

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 décembre 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mmes Röthenbacher et Dessaux  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Prangins, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,  
avocate à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 6ss et 16 LPGA; 28 LAI et 88a al. 2 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1965, a suivi un apprentissage de monteur en chauffages, au terme duquel il a obtenu un certificat fédéral de capacité le 3 mars 1986. Il a par la suite poursuivi cette activité professionnelle, notamment pour l'entreprise M. \_\_\_\_\_ SA, dès le mois de mai 1999. Le 17 octobre 2005, son employeur a résilié les rapports de travail pour le 30 novembre suivant. Cette résiliation n'a toutefois pas pris effet pour la date prévue, en raison d'une incapacité de travail totale attestée dès le 16 novembre 2005 par le médecin traitant de G. \_\_\_\_\_, la Dresse C. \_\_\_\_\_.

Le 21 février 2006, G. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de prothèses auditives et à un reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il indiquait souffrir d'asthme et d'allergies depuis l'enfance, d'un diabète décompensé depuis 2001, de troubles de l'audition depuis 2005 et d'un état dépressif. Il avait en outre souffert d'une péritonite aigue en 1983 et d'une maladie de Hodgkin en 1985. La dépression était due aux autres atteintes à la santé.

L'assuré a perçu des indemnités journalières de l'assurance-maladie collective de son employeur. Le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de cette assurance, a précisé dans un rapport du 22 février 2006:

"L'assuré cumule une série de pathologies toutes aussi graves les unes que les autres. Il ne baisse pas les bras mais il ne peut certainement plus continuer à être chauffagiste. Il luttait tout de même pour conserver son métier mais, pour une raison obscure, il a été licencié pour le 31.11.05. Son ITT [incapacité de travail] date de peu avant son licenciement définitif mais il ne s'agit pas d'un certificat de complaisance, je possède toutes les preuves que l'arrêt de travail aurait pu être octroyé bien avant.

Pour le moment il est prêt à se réadapter mais a besoin d'aide pour y parvenir. Il s'est déjà inscrit à l'AI de sa propre initiative et a déjà expérimenté les méandres et les retards de cette administration. Je lui ai dit que vous alliez le convoquer pour organiser la suite. L'ITT n'est pas pour tous les métiers mais il n'y aura pas beaucoup de possibilités compte tenu des multiples maladies."

Pour sa part, dans un rapport du 26 juin 2006, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail:

- "- Asthme allergique et asthme de l'effort depuis l'enfance allant en s'aggravant au contact des poussières.
- 1983 : péritonite sur appendicite perforée avec adhérences cicatricielles.
- 1985 : maladie de Hodgkin, traitée par chimiothérapie et radiothérapie.
- 2001 : pancréatites indolores et décompensation diabétique acido-cétosique avec difficulté d'équilibration et nécessité d'insulinothérapie en raison des pancréatites qui contre-indiquent l'utilisation de médicaments sécrétolytiques.
- 2001 : état dépressivo-anxieux avec idées de dévalorisation et difficulté de mener de front sa vie professionnelle et sa vie personnelle.
- 2005 : surdité bilatérale et symétrique."

Elle posait également les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de stérilité consécutive aux traitements de la maladie de Hodgkin et de splénectomie. Dans l'anamnèse, la Dresse C.\_\_\_\_\_ mentionnait notamment que l'assuré avait présenté une décompensation diabétique en 2001, avec perte pondérale impossible à juguler, malaises correspondants à des hypoglycémies, épisodes de poussées de pancréatites, état dépressivo-anxieux avec idées suicidaires, mais refus de s'engager dans une thérapie en raison d'une certitude que nul ne pouvait changer le cours de sa vie étant donné son mauvais état de santé physique. L'assuré pesait 49 kg pour une taille de 1 m 67. Il était maigre, asthénique, dépressif et anxieux face à une possible nouvelle décompensation acido-cétosique, à ses difficultés à reprendre du poids, à son manque d'appétit et aux difficultés qu'il rencontrait dans sa vie de tous les jours en raison de ses problèmes de santé. Un appareillage auditif n'était pas nécessaire, mais on pouvait imaginer qu'il le deviendrait à l'avenir. L'assuré supportait très mal les médicaments anti-dépressifs et refusait tout traitement psychothérapeutique.

Les perspectives de réinsertion professionnelles étaient décrites comme suit:

"[La réinsertion professionnelle] va dépendre avant tout de l'intérêt que le patient pourra y trouver, étant donné qu'il se sent incapable actuellement, en raison de son état dépressif, d'assumer, quel que soit l'horaire, ayant besoin de beaucoup de repos d'une part et d'autre part qu'il se sent très diminué avec une infinie difficulté à faire un choix quant à la profession qu'il pourrait effectuer. Dans ces conditions, il est difficile d'évaluer la possibilité d'une réinsertion professionnelle, tout en étant parfaitement conscient que l'instauration d'une rente pourrait renforcer l'idée du patient de la vanité d'une tentative de réinsertion. Il me semblerait peut-être nécessaire que le patient soit vu par un psychiatre, dans le cadre de déterminer s'il vaut mieux orienter ce patient vers une réinsertion professionnelle, ou si dans un premier temps, une rente serait préférable avec un traitement psychothérapeutique qui pourrait l'aider à retrouver confiance en lui-même et à reprendre une aptitude plus positive face à l'existence, malgré ses multiples pathologies difficiles à supporter pour lui."

L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après:

l'OAI ou l'intimé) a confié au Centre d'expertise médicale, à [...], le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire. Ce centre a établi un rapport d'expertise le 14 septembre 2007, signé par les Drs S.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_. Il en ressort notamment qu'un examen psychiatrique a été réalisé le 16 mars 2007 par la Dresse R.\_\_\_\_\_. Cette dernière a posé les diagnostics de trouble anxio-dépressif mixte léger et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques avec névrose de compensation. Elle a notamment précisé:

"[...] Monsieur G.\_\_\_\_\_ a développé un état anxiodépressif de longue date, en lien avec les nombreuses maladies graves vécues depuis l'âge de 18 ans, comme la péritonite, la maladie de Hodgkin, splénectomie, pancréatite, diabète, etc... Son état est stabilisé avec une rémission partielle et l'assuré présente actuellement une amélioration du sommeil, de l'appétit, de l'humeur. Il est moins angoissé et moins inquiet pour son quotidien, qu'il a réussi à bien organiser. Par contre, l'assuré a l'impression d'avoir accumulé beaucoup et se sent déstabilisé à l'idée de devoir reprendre un travail. Avec le temps, il a accumulé plusieurs épisodes difficiles, ce qui fait qu'il a mal vécu le licenciement fait par son nouveau patron, «il s'est débarrassé de moi» dit-il. Victime de différentes maladies et d'une stérilité liée aux traitements subis selon lui, il avait peu de capacités à encaisser encore une injustice comme son licenciement. Cet acte a pu réveiller toutes ses blessures, renforcer le sentiment d'injustice et provoquer un changement chez lui, devenant revendicateur avec un besoin de réparation de toutes les injustices subies. La réparation par une rente doit lui permettre de se réhabiliter, de justifier l'absentéisme et lui assurer la vie tranquille et sans souci pour lui laisser le temps de s'occuper de lui-même et de ses loisirs. L'assuré parle de fluctuation de l'humeur qu'il a l'habitude de gérer. Il a adopté une attitude démonstrative et a réagi

par un sentiment de détresse. Il redoute une péjoration de symptômes déjà existants. La motivation de recherche d'une rente est claire et verbalisée par l'assuré. En conclusion, d'un point de vue psychiatrique, l'assuré a une capacité entière pour reprendre un travail."

Sur le plan somatique, les diagnostics de diabète insulino-requérant non stabilisé, d'asthme allergique et malnutrition étaient posés, avec une répercussion sur la capacité de travail (sans répercussion sur la capacité de travail: pancréatite chronique, discarthrose cervicale, hypothyroïdie subclinique et hypoacousie bilatérale). L'assuré présentait une intolérance majeure aux sollicitations physiques lourdes (raisons respiratoire et constitutionnelle, ainsi que risque d'hypoglycémie). Il souffrait également d'une intolérance aux allergènes (poussière et moisissures). Le risque d'hypoglycémie lui interdisait de s'exposer à des situations dangereuses (monter sur une échelle, porter une lourde charge, par exemple) ou de travailler avec des machines pouvant être dangereuses. L'assuré n'était donc plus apte à exercer le métier de monteur en chauffage, mais pouvait effectuer une activité légère à modérée. Il devait pouvoir se nourrir, faire ses contrôles glycémiques et faire des injections d'insuline à heures régulières; il devait en outre éviter l'exposition à des allergènes connus et prendre ses sprays en cas de nécessité. Si ces limitations étaient respectées, il présentait une pleine capacité de travail.

Le Service de réadaptation professionnelle, dans un rapport daté des 11 et 13 août 2008, a exposé que l'assuré s'estimait trop faible physiquement pour travailler et qu'il ne voyait pas comment il pourrait être employable alors qu'il était constamment en arrêt de travail en raison de son état de santé. Il ne pouvait donc s'engager dans aucune mesure de réadaptation professionnelle. S'il avait souhaité bénéficier d'une mesure d'ordre professionnel, le service de réadaptation aurait toutefois pu lui proposer une formation de dessinateur en génie civil, en bâtiment ou en chauffage, professions dans lesquelles il aurait pu escompter un revenu annuel minimum de 45'744 fr. brut au départ, et de 60'792 fr. après six ans de pratique. Une formation d'assistant de bureau aurait également pu être envisagée (revenu annuel moyen brut de 63'236 fr. en 2006). Selon

un entretien téléphonique avec l'ancien employeur de l'assuré, son revenu sans invalidité aurait été de 63'729 fr. brut en 2006.

Le 29 octobre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Selon ce projet de décision, l'assuré pourrait travailler à 100 % dans une activité adaptée telle que décrite par les Drs S.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_. S'il avait accepté les mesures d'ordre professionnel proposées par son service de réadaptation, il aurait pu réaliser un revenu quasiment identique à celui que lui aurait versé son ancien employeur s'il n'avait pas été invalide.

Le 23 février 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin au secteur psychiatrique ouest, a attesté un état anxio-dépressif d'évolution prolongée avec un degré variable de sévérité et une probable modification durable de la personnalité. Cet état s'était développé progressivement dans les suites de la décompensation diabétique et était en partie lié aux crises d'hypoglycémies fréquentes avec malaise. La capacité de travail actuelle était très réduite pour des raisons d'ordre physique et psychique, mais il était difficile de l'évaluer car elle était très variable.

Par décision du 20 juillet 2009, l'OAI a maintenu son refus d'allouer des prestations, pour les mêmes motifs que ceux évoqués dans son préavis.

**B. a)** Par acte du 24 août 2009, G.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision. Dans son mémoire de recours, il en demande la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée, avec effet dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006, sous suite de dépens. A titre subsidiaire, il conclut au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de dépens.

L'intimé a répondu le 24 novembre 2009 en concluant au rejet du recours. Il précise notamment, en se référant à un «avis juriste» du 15 juillet 2009 figurant au dossier, que même dans une activité simple et répétitive ne requérant pas de formation particulière, le taux d'invalidité serait de 16 % et n'ouvrirait pas droit à une rente d'invalidité.

Le 6 janvier 2010, le recourant a déposé une nouvelle détermination, en maintenant ses conclusions. A l'appui de ses allégations, il a produit un rapport du 8 octobre 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_. Ce dernier conteste les diagnostics d'état dépressif mixte léger de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, posés par la Dresse R.\_\_\_\_\_ en 2007, et atteste un état dépressif avec anxiété de degré moyen.

L'intimé a pris position le 3 février 2010 en proposant la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique par le tribunal, en vue de clarifier la question d'une éventuelle péjoration de l'état de santé de l'assuré entre les mois de septembre 2007 et la décision litigieuse.

Le 4 mars 2010, le recourant a demandé qu'une expertise pluridisciplinaire soit administrée et qu'elle porte également sur la période antérieure au mois de septembre 2007. Chaque partie s'est ensuite exprimée à nouveau, en maintenant ses conclusions.

**b)** Le tribunal a désigné le Centre d'expertise médicale de [...] (CEMed) pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Celui-ci a rendu son rapport le 8 juillet 2011, signé par les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie. Ces médecins ont constaté, sur le plan strictement somatique, que les limitations fonctionnelles ne s'étaient pas modifiées depuis 2007, avec intolérance au port de charges lourdes consécutive à l'asthme bronchique ainsi qu'à la constitution fragile de l'assuré et au risque d'hypoglycémie. L'environnement de travail devait être exempt de poussières et de moisissures. Dans une activité respectant ces limitations, avec un port de charges limité à 10 kg de manière occasionnelle et sans utilisation d'engins, de machines de chantiers ni toute autre situation à risque de chute, permettant la prise de repas réguliers avec possibilité de collations intermédiaires, la capacité de travail de l'assuré était entière.

Sur le plan psychique, les experts ont posé les diagnostics d'anxiété généralisée, d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique, depuis 2001, avec une certaine variabilité quant à son intensité. Ils ont précisé, notamment:

"[...]

Il nous est par contre impossible aujourd'hui d'évaluer l'intensité de l'épisode dépressif lors de l'expertise de 2007.

Nous constatons que les variations de son humeur succèdent aux différents stress que Monsieur G. \_\_\_\_\_ a rencontrés et rencontre encore, que cela soit l'annonce d'une problématique physique ou surtout, les problèmes relatifs à la gestion de ses hypoglycémies. Nous ne pouvons toutefois pas souscrire à ceux que l'expertisé imagine et qui ne sont pas vérifiés.

Nous cautionnerons par contre l'avis du Docteur M. D. \_\_\_\_\_ qui, déjà en 2009, évoque une probable Modification durable de la personnalité.

Le Dr M. D. \_\_\_\_\_ relève en effet, chez Monsieur G. \_\_\_\_\_, un sentiment d'injustice face à son destin qu'il n'accepte pas, face à ses malheurs successifs, face aux pertes de sa santé, à la possibilité de fonder une famille, de sa profession, de ses désirs d'indépendance et surtout de sa personnalité.

Il aurait été préalablement plutôt positif, optimiste, courageux, social; et il se sentirait alors petit, aigri, dévalorisé, soucieux pour son avenir qu'il voit comme une succession de problèmes. Il est obligé d'accepter sans broncher ou de tolérer l'intolérable.

En 2010, le Docteur M. D. \_\_\_\_\_ ajoute que Monsieur G. \_\_\_\_\_ est en partie conscient et pas à tort, du fait que certaines de ses affections actuelles résultent des conséquences et complications vraisemblables de ses différentes pathologies et de leurs traitements comme la radiothérapie intensive qu'il a subie pour sa maladie de Hodgkin. Si on admet que la stérilité, le diabète suite à une atteinte pancréatique, l'hypothyroïdie en soient des conséquences, on peut sans trop de difficultés comprendre son état d'esprit, notamment celui qui est reflété par ses revendications, son besoin de réparation, et sa demande de reconnaissance notamment de la part du corps médico-social.

Le Dr S. R. \_\_\_\_\_, dans son expertise en 2007, évoquait aussi quant à elle, un changement de la personnalité de Monsieur G. \_\_\_\_\_, conséquences de son vécu mais elle n'en retenait pas le diagnostic.

Elle relevait que Monsieur G. \_\_\_\_\_ avait l'impression d'avoir beaucoup accumulé et de se sentir déstabilisé à l'idée de devoir reprendre un travail. Elle soulignait qu'il avait mal vécu le licenciement et qu'il avait peu de capacité à encaisser encore une telle injustice. Cet acte aurait réveillé toutes ses blessures

renforçant le sentiment d'injustice et provoquant un changement chez lui, devenant revendicateur avec un besoin de réparation de toutes les injustices subies.

Il est fondamental de relever que cette personnalité s'est progressivement construite et s'organise autour des multiples problèmes somatiques que Monsieur G.\_\_\_\_\_ a vécus, lesquels peuvent avoir conduit à une modification de celle-ci. Sans ses plaintes, Monsieur G.\_\_\_\_\_ ne serait plus grand-chose aujourd'hui.

La dépressivité de sa mère a, par ailleurs, vraisemblablement également joué un rôle dans la construction de la personnalité de l'expertisé.

Nous retiendrons donc aussi le diagnostic de Modification durable de la personnalité, sans précision: F62.9.

Selon le Dr M. D.\_\_\_\_\_, Monsieur G.\_\_\_\_\_ qui avait déjà vécu avec une identité de malade, lorsqu'enfant il souffrait d'asthme, conserve une certaine forme d'identité en exprimant un sentiment d'injustice et une certaine revendication. Cet aspect revendicatif ne s'inscrit pas dans une névrose de compensation, mais dans une nécessité absolue de rester vivant.

Dans l'expertise de 2007, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques avec névrose de compensation: F68.0, avait par contre été posé, ce que nous ne retiendrons pas.

S'il est vrai que le discours de Monsieur G.\_\_\_\_\_ est multi-plaintif, teinté de pessimisme; que celui-ci anticipe rapidement des conséquences lourdes; qu'il redoute une insatisfaction relative aux résultats du traitement ou à des investigations, nous ne mettons pas en doute l'authenticité de ses plaintes et de ses angoisses même si elles reposent sur des arguments non fondés. Monsieur G.\_\_\_\_\_ s'est montré un peu démonstratif, mais tout à fait collaborant au cours de l'entretien.

Il n'exprime par ailleurs pas de motivation claire d'une compensation financière. Il reconnaît avoir mal accepté son licenciement en 2007 et pensé alors qu'une rente devait lui revenir. Aujourd'hui, il réalise avec une certaine douleur qu'il ne pourra plus jamais effectuer sa profession de monteur en chauffage, pour des raisons physiques.

Il est par contre convaincu que son état de santé psychique actuel ne lui permet pas de s'engager dans une activité même adaptée à son handicap physique. Il craint en effet de ne pouvoir respecter les exigences et de ne pas être apte à l'effectuer efficacement.

Les inquiétudes de Monsieur G.\_\_\_\_\_ quant à la péjoration de son état, parfois disproportionnées voire même discordantes par rapport à sa réalité physique, témoignent réellement de son trouble anxieux et non pas d'une simulation ou d'une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques.

Si le cumul de stress relativement important a réellement entamé l'expertisé et généré une pathologie psychique aussi bien anxieuse que dépressive; si l'on admet une modification de la personnalité, l'invalidation et les possibilités de réadaptation restent toutefois à préciser.

[...]

Nous constatons actuellement, que malgré le traitement psychiatrique entrepris, Monsieur G.\_\_\_\_\_ n'a pas le niveau de motivation, d'intérêt et d'énergie lui permettant d'entreprendre une nouvelle formation et qu'au vu de ses ressources psychiques réduites, une réadaptation professionnelle ne semble actuellement pas envisageable.

Monsieur G.\_\_\_\_\_ ne bénéficie cependant pas d'un traitement médicamenteux, tel qu'un antidépresseur anxiolytique qui lui permettrait vraisemblablement de retrouver la motivation et l'énergie nécessaire à une telle entreprise, lorsque l'angoisse sera diminuée tout comme l'état dépressif sous-jacent.

Cela nous semble d'autant plus important que Monsieur G.\_\_\_\_\_ ne peut plus effectuer son activité professionnelle habituelle pour des raisons physiques.

Au vu de l'étude du dossier et de l'évaluation d'aujourd'hui, son activité de chauffagiste nous semblerait toutefois compatible à son état psychique, à 60% actuellement et à plein temps d'ici quatre à cinq mois, temps nécessaire pour prouver l'efficacité d'un tel traitement.

Seules persistent aujourd'hui la crainte relative à la gestion des hypoglycémies et à l'évolution du carcinome basocellulaire qui ne devrait à priori pas poser de problèmes majeurs.

Il ne nous est toutefois pas possible d'évaluer à posteriori le taux de capacité que Monsieur G.\_\_\_\_\_ présentait en 2007. Nous n'avons pas d'arguments plausibles pour nous distancer de l'expert précédent sur ce point.

Nous pouvons toutefois reconnaître une dégradation de l'état psychique parallèlement à l'apparition du carcinome basocellulaire et constater que l'évolution psychique de 2007 à 2009 a été négative, si l'on retient la capacité totale de travail retenue en 2007 par le Dr S. R.\_\_\_\_\_.

Le pronostic de Monsieur G.\_\_\_\_\_ est compromis par son évolution somatique et surtout par ses difficultés à gérer adéquatement ses problèmes médicaux ou ses traitements.

S'il n'est pas possible de faire un pronostic exact, on peut espérer obtenir toutefois une amélioration de son état de santé psychique suite à l'introduction du traitement préconisé (antidépresseur anxiolytique).

Les allégations de Monsieur G.\_\_\_\_\_ et l'analyse du dossier, nous amènent à retenir une incapacité de travail à partir du 16.11.2005. Comme l'évoque le Dr V.\_\_\_\_\_, il n'est pas exclu que sa capacité

de travail ait été préalablement diminuée en raison de son état psychique, mais nous ne pouvons le prouver."

A la question relative à l'évolution de la capacité de travail de l'assuré depuis 2001, les experts ont fait état d'une incapacité de travail totale; pour des raisons psychiques, depuis le 16 novembre 2005, en précisant:

"Toutefois, on peut supposer que dès 2001, le rendement et le temps de présence exigibles aient été diminués pour des raisons psychiques sans pour autant que l'on puisse en estimer précisément le taux. Actuellement, la capacité est de 60 % et de 100 % dans quelques mois, après introduction d'un traitement antidépresseur anxiolytique. Il n'est pas possible d'évaluer la situation entre 2005 et 2011."

**c)** Chacune des parties s'est déterminée sur l'expertise. Le 7 octobre 2011, notamment, le recourant en a contesté certaines constatations et a demandé qu'une nouvelle expertise soit administrée. Il a produit un rapport médical établi le 3 octobre 2011 par le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel estime notamment irréalistes les perspectives d'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré évoquées par les experts.

Le 25 octobre 2011, le recourant a produit un nouveau rapport médical, signé le 12 octobre 2011 par la Dresse B.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe à l'Hôpital de [...]. On y apprend que le recourant était à l'époque hospitalisé, depuis le 10 octobre 2011 à la suite d'une tentative de suicide par injection d'une forte dose d'insuline. La Dresse B.\_\_\_\_\_ précisait qu'un transfert en milieu psychiatrique était nécessaire pour mise à l'abri et suite de prise en charge, probablement sur un mode non volontaire. L'idée du suicide n'était pas abandonnée et le patient ne voyait pas d'amélioration possible dans son existence.

**d)** Le tribunal a tenu une audience d'instruction le 12 mars 2012, lors de laquelle les parties ont maintenu leurs conclusions. Le juge instructeur a annoncé l'administration d'une nouvelle expertise, ainsi que son intention d'étendre l'examen du droit aux prestations à la période

postérieure à la décision litigieuse. Les parties ont exposé qu'elles n'avaient pas d'objections à cette extension.

e) Le tribunal a mandaté le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Celui-ci a rendu son rapport le 30 juillet 2012. Il a posé les diagnostics suivants:

"Trouble anxiété généralisée (F41.11)  
Trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)  
Trouble mixte de la personnalité (F61.0)"

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a notamment exposé, en conclusion de son rapport d'expertise:

"Au terme de son évaluation, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir ici des limitations psychiatriques et une incapacité de travail en conséquence.

Après avoir clarifié la situation diagnostique, il ne paraît pas excessivement difficile ni hasardeux de chiffrer et de dater ce qui doit l'être.

Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique avant 2001, année où l'assuré a présenté les premiers symptômes de son diabète.

Pour la période qui suit soit depuis 2001 jusqu'au 15.11.2005 y compris, le soussigné admet une incapacité de travail psychiatrique. Celle-ci est vraisemblablement allée en augmentant. En considérant les choses de façon globale et en estimant une incapacité de travail psychiatrique moyenne, le soussigné admet un taux d'incapacité psychiatrique légèrement inférieur à 20 %, quelle que soit la profession proposée à l'intéressé. Depuis le 16.11.2005, le soussigné admet une incapacité de travail psychiatrique plus importante. Il considère que l'expertise du COMAI de [...] a sous-estimé les éléments anxieux et dépressifs de l'intéressé, même s'ils étaient très probablement moins marqués qu'aujourd'hui. Il considère surtout que la problématique de personnalité n'a pas été suffisamment prise en compte alors qu'elle était déjà pleinement significative.

Pour cette période courant du 16.11.2005 au 01.01.2011, soit au début de l'année précédant l'évaluation du CEMed de [...], le soussigné admet une incapacité de travail psychiatrique de 40 %.

Dès 2011, l'assuré relève d'un épisode dépressif franc et le trouble de personnalité est cette fois explicitement reconnu et diagnostiqué,

même si l'expert soussigné ne peut se rallier à l'appréciation diagnostique qui en a été faite.

Depuis le 01.01.2011, soit au début de l'année précédant l'évaluation du CEMed de [...], le soussigné considère que l'incapacité de travail psychiatrique est de 70 %. Elle est restée à ce taux depuis lors. Elle est probablement fixée pour une longue durée voire définitivement fixée.

Une incapacité de travail psychiatrique de 100 % ne paraît pas justifiée. L'assuré G. \_\_\_\_\_ est tout de même capable de vivre de façon autonome. Il semble gérer correctement ses affaires. Il peut "bricoler" sur ses ordinateurs. Il communique plutôt correctement. D'un point de vue médico-théorique, une activité professionnelle à hauteur de 30 %, quelle que soit la profession qui lui serait proposée, doit être raisonnablement exigible.

Actuellement, le traitement est certainement optimal tant en qualité qu'en quantité. La prescription d'une médication psychotrope n'apporterait probablement rien de plus aujourd'hui, en termes de capacité de travail. Tout au plus pourrait-on en attendre une augmentation de la qualité de vie, sans qu'il en soit d'ailleurs certain. La psychopathologie de l'intéressé est essentiellement fondée par un trouble de la personnalité et ce type de troubles ne répondent que peu ou pas aux traitements psychiatriques, quels qu'ils soient.

Pour le soussigné, l'assuré n'est pas apte à être engagé actuellement dans des mesures professionnelles. Il se vit comme totalement invalide. Il reste très sensible au stress. Le fait de le mobiliser pourrait d'ailleurs aggraver sa pathologie psychiatrique.

En l'état, le soussigné ne verrait d'ailleurs pas quelle activité professionnelle proposer à M. G. \_\_\_\_\_ telle qu'elle augmenterait sa capacité de travail.  
[...]"

Les parties ont déposé leurs déterminations sur ce rapport d'expertise. Le 6 septembre 2012, l'intimé a proposé de se rallier aux constatations de l'expert relatives à une incapacité de travail, dans toute activité professionnelle, de 20% de 2001 au 15 novembre 2005, de 40 % du 16 novembre 2005 au 31 décembre 2010 et de 70 % dès 2011, en raison d'atteintes à la santé psychique. Il a par la suite proposé d'allouer au recourant une demie rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2006 au 31 mars 2011, fondée sur un taux d'invalidité de 53 %, puis une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, fondée sur un taux d'invalidité de 77 %.

Le recourant s'est rallié à cette proposition le 30 octobre 2012.

## **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

**2.**           Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Les parties ont été averties du fait que le tribunal envisageait exceptionnellement d'étendre son pouvoir d'examen à la période postérieure à la période litigieuse (sur le pouvoir d'examen du Tribunal cantonal limité aux faits qui se sont produits jusqu'à la date de la décision administrative litigieuse et l'extension possible de ce pouvoir d'examen: ATF 130 V 138). Cela se justifie dans le cas d'espèce en raison du temps écoulé depuis la saisine du tribunal et du fait que deux expertises judiciaires ont été mises en oeuvre, qui permettent de statuer en connaissance de cause sur les faits postérieurs à la décision du 20 juillet 2009. Le tribunal prendra par conséquent en considération l'évolution des faits jusqu'à la date de l'expertise réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_, soit jusqu'au 31 juillet 2012 et statuera sur le droit à la rente jusqu'à cette date. Les parties n'ont pas émis d'objection à l'extension de ce pouvoir d'examen et ont eu la possibilité de s'exprimer sur les faits nouveaux si elles le souhaitaient.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (RO 2003 p. 3844). Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGa), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGa) (RO 1987 p. 449).

**b)** L'art. 8 LPGa définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGa). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 ss.) que dans celle en vigueur

depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3.1). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé »); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

**d)** Conformément à l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Il en résulte que le juge apprécie les preuves administrées sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références).

**4. a)** En l'espèce, tant les experts du Centre d'expertise médicale, à [...], que ceux du CEMed SA, à [...], ont considéré que le recourant présente des atteintes à sa santé physique (notamment son asthme et son diabète, avec de fréquentes hypoglycémies) l'empêchant d'exercer une activité comportant le port de charges lourdes ou de réaliser des travaux dangereux; il doit pouvoir se nourrir et faire des injections d'insuline à heures régulières, et doit éviter les allergènes connus (poussière et moisissures). Sur ce point, les avis d'experts convergent pour exclure la poursuite de l'activité professionnelle antérieure du recourant. Les limitations décrites doivent être tenues pour établies.

**b)** En ce qui concerne les atteintes à la santé psychique dont souffre le recourant, ainsi que les limitations de la capacité résiduelle de travail qu'elles induisent, y compris dans une activité physiquement adaptée, les avis des experts divergent. Le recourant a soulevé plusieurs griefs contre l'avis exprimé par la Dresse R.\_\_\_\_\_. Il a notamment mis en doute que ce médecin ait pu, à l'époque de l'expertise, se prévaloir d'un titre FMH de spécialiste en psychiatrie, ce qui entacherait la valeur probante de ses constatations. La question de l'existence ou non de ce titre peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où il convient de toute façon de s'écarter des constatations de ce médecin, pour d'autres motifs. En effet, on ne connaît ses constatations que par le résumé qu'en

font les Drs S.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, dès lors que ces derniers n'ont pas joint à leur expertise le rapport complet de la Dresse R.\_\_\_\_\_. Ce résumé reste trop succinct pour convaincre, compte tenu également des critiques soulevées à son encontre par le Dr D.\_\_\_\_\_ notamment. Par ailleurs, l'évaluation psychiatrique de la Dresse R.\_\_\_\_\_ date du 16 mars 2007, de sorte qu'elle est trop ancienne pour permettre de statuer sur la période postérieure. L'intimé et son Service médical régional en ont d'ailleurs convenu en proposant un complément d'expertise psychiatrique (détermination du 3 février 2010). Enfin, tant le Drs H.\_\_\_\_\_, dans l'expertise du CEMed SA, que le Dr F.\_\_\_\_\_, ont contesté le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, posé par la Dresse R.\_\_\_\_\_ ; or, il ne fait guère de doute que ce diagnostic a fortement influencé l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré par ce médecin. Comme on le verra ci-après (consid. 4c et 4d), les arguments soulevés dans les deux expertises judiciaires, surtout dans l'expertise établie par le Dr F.\_\_\_\_\_, à l'encontre de ce diagnostic emportent la conviction.

**c)** Dans l'expertise judiciaire établie par le CEMed SA les 5 et 11 mai 2011, la Dresse H.\_\_\_\_\_ réfute le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, en indiquant que les inquiétudes de l'assuré quant à la péjoration de son état, certes parfois disproportionnées voire même discordantes par rapport à sa réalité physique, témoignent réellement de son trouble anxieux et non pas d'une simulation ou d'une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. De manière toutefois difficilement explicable, la Dresse H.\_\_\_\_\_ expose ensuite qu'elle n'a pas d'argument plausible pour se distancer de l'expert précédent en ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré en 2007. En réalité, elle refuse simplement de prendre position sur la question («il ne nous est toutefois pas possible d'évaluer a posteriori le taux de capacité que Monsieur G.\_\_\_\_\_ présentait en 2007» ; «il n'est pas possible d'évaluer la situation entre 2005 et 2011»), tout en admettant une incapacité de travail à partir du 16 novembre 2005 au moins, puis une péjoration de l'état de santé psychique de l'assuré de 2007 à 2009 «si l'on retient la capacité totale de travail retenue en 2007

par le Dr S. R. \_\_\_\_\_ ». Ces constatations sont en parties contradictoires et ne permettent pas de constater une capacité ni une incapacité de travail du recourant pour la période de 2005 à 2011.

**d)** Compte tenu de ce qui précède, le tribunal a administré une deuxième expertise judiciaire, confiée au Dr F. \_\_\_\_\_. Le rapport établi par ce dernier est probant en tous points. L'expert a eu connaissance du dossier, a procédé à une anamnèse complète et a soigneusement rapporté les plaintes exprimées par l'assuré ainsi que ses propres observations lors de l'expertise. Il a pris soin de poser des diagnostics clairs, qu'il a dûment motivés, en prenant position sur chaque diagnostic posé par ses confrères et en expliquant en détail pourquoi il s'en écartait, lorsque tel était le cas. En particulier, concernant le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, le Dr F. \_\_\_\_\_ a souligné qu'il ne constatait pas de discordance importante entre les plaintes du registre somatique et les bases organiques objectives, quand bien même l'assuré avait insisté sur sa problématique somatique. Selon l'expert, l'assuré souffre effectivement d'un diabète difficile à équilibrer et présente une comorbidité médicale notamment un asthme bronchique entraînant des limitations mesurées de façon objective. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a également exposé de manière convaincante pourquoi il écartait le diagnostic de modification durable de la personnalité au profit des diagnostics de trouble mixte de la personnalité, trouble dépressif récurrent et trouble anxiété généralisée. Il a précisé, de manière relativement détaillée, comment ces atteintes interagissent et pourquoi elles limitent la capacité de travail de l'assuré. Enfin, le Dr F. \_\_\_\_\_ a pris des conclusions claires et motivées sur la capacité de travail de l'assuré de 2005 jusqu'à l'expertise. Les parties se sont d'ailleurs ralliées à ses constatations.

**e)** En se fondant sur l'expertise établie par le Dr F. \_\_\_\_\_, qui est la plus probante au dossier, il convient de constater une incapacité de travail de l'ordre de 20 % de 2001 jusqu'au 15 novembre 2005, puis de 40 % jusqu'au 31 décembre 2010, dans toute activité professionnelle, en raison d'atteintes à la santé psychique. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, l'incapacité de travail a été de 70 % et a perduré depuis lors.

**5.** L'intimé a présenté, le 31 août 2011, un calcul du taux d'invalidité du recourant compte tenu de l'incapacité de travail constatée par l'expert F.\_\_\_\_\_. Il propose ainsi de constater un revenu hypothétique sans invalidité de 63'729 fr. en 2006 et de 68'649 fr. 70 en 2011, compte tenu notamment des renseignements communiqués par l'ancien employeur du recourant (cf. note d'entretien téléphonique du 12 août 2008 d'une collaboratrice de l'OAI avec l'ancien employeur et rapport initial et final adulte des 11 et 13 août 2008). Ces revenus hypothétiques sont établis au degré requis de la vraisemblance prépondérante et ne sont d'ailleurs pas contestés par le recourant.

En ce qui concerne le revenu que pourrait réaliser le recourant sans invalidité, on doit constater, comme le propose l'intimé en se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), qu'un revenu de l'ordre de 30'000 fr. était exigible en 2006, compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 40 %. Dans ce contexte, une déduction de 15 % pour tenir compte des circonstances personnelles telles que les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré (cf. ATF 126 V 75) paraît adéquate, comme le propose l'intimé. Le recourant a déclaré s'y rallier, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en discuter de manière plus détaillée. Il s'ensuit qu'après comparaison des revenus, le recourant a présenté un taux d'invalidité de 53 % lui ouvrant droit à une demie rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006.

Compte tenu de la diminution de la capacité résiduelle de travail du recourant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, le revenu qu'il aurait pu réaliser à partir de cette date a été réduit à un montant de l'ordre de 16'000 fr., si l'on se réfère à l'Enquête sur la structure des salaires 2010 et compte tenu d'une déduction de 15 % pour tenir compte de circonstances liées à la personne du recourant. Il en résulte un taux d'invalidité de l'ordre de 77 % qui ouvre droit à une rente entière d'invalidité, dès le 1<sup>er</sup> avril 2011 (soit trois mois après la péjoration de l'état de santé du recourant, cf. consid. 3c ci-avant).

**6.** Finalement, le recourant se voit allouer une demie rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2006 au 31 mars 2011, puis une rente entière d'invalidité, de sorte que les conclusions prises dans son recours sont admises dans une large mesure. Il peut donc prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Ce dernier supportera par ailleurs les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; CASSO AI 230/11 - 2012/144 du 23 avril 2012, consid. 7).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 20 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une demie rente d'invalidité est allouée à G.\_\_\_\_\_ pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2006 au 31 mars 2011 et qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> avril 2011.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 3'200 fr. (trois mille deux cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour G. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :