

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 juillet 2015

---

Composition : M. MERZ, président  
Mme Dessaux, juge, et M. Berthoud, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à H.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par le Service juridique de Procap, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Ressortissant italo-suisse, S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, est marié, sans enfants. Au bénéfice d'une formation de coiffeur acquise en Italie, il est revenu en Suisse en 1984, date à partir de laquelle il a exercé diverses professions (chauffeur-livreur, aide de laboratoire) au service de différents employeurs avant d'être engagé en date du 1<sup>er</sup> octobre 2009 en qualité de concierge par la Régie J.\_\_\_\_\_ SA.

Par formulaire signé le 21 janvier 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), sollicitant l'octroi d'une rente motivée par un cancer de la sphère ORL depuis juin 2010. Il a précisé être en incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010.

Procédant à l'instruction de la cause, l'office AI a recueilli divers documents à propos de la situation personnelle et médicale de S.\_\_\_\_\_. Invité à compléter le questionnaire adressé par l'administration, l'employeur a indiqué avoir résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 mars 2011 en raison de la maladie de ce dernier (questionnaire complété le 8 février 2011).

Dans un rapport du 16 février 2011 sur formule officielle à l'intention de l'office AI, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de carcinome épidermoïde de l'amygdale droite opéré en mai 2010 stade cT2c NO cMO, d'état dépressif réactionnel et d'asthénie. A ces diagnostics s'ajoutaient divers status se rapportant au carcinome de l'amygdale : status post-amygdalectomie droite le 10 juin 2010, status après radiothérapie du 9 août au 24 septembre 2010 et status après deux séances de chimiothérapie le 10 août 2010 et le 31 août 2010. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait depuis le 10 septembre 2010 une

incapacité de travail totale, celle-ci étant vraisemblablement appelée à perdurer pendant plusieurs mois en raison d'un état dépressif et d'une asthénie importante suite à son opération et à la radio-chimiothérapie. Il n'a toutefois pas exclu la reprise, dans le futur, d'une activité professionnelle.

Le Dr B.\_\_\_\_\_, alors médecin assistant au Service d'oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) de l'Hôpital M.\_\_\_\_\_, a transmis un rapport à l'office AI (indexé au 7 mars 2011) dans lequel il a notamment indiqué que l'assuré se plaignait d'une asthénie très importante post-radiochimiothérapie ainsi que d'un état dépressif réactionnel. Selon lui, l'exercice de l'activité habituelle était restreint par une « asthénie très importante ». La reprise éventuelle d'une activité professionnelle devait être déterminée en fonction de l'évolution de la situation.

Le 4 octobre 2011, la Dresse X.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Service d'ORL de l'Hôpital M.\_\_\_\_\_, a répondu à une demande de rapport médical adressée par l'office AI. A la rubrique « Questions sur l'activité exercée à ce jour. Enumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes », elle a écrit : « Toujours asthénie très importante et état dépressif réactionnel ». S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail et de la reprise d'une activité professionnelle, elle a indiqué qu'il incombait au médecin traitant de se prononcer sur ce point.

Réinterrogé par l'office AI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a complété un nouveau rapport médical sur formule officielle le 14 décembre 2011. Rendant compte de l'anamnèse de l'assuré, il a indiqué qu'en date du 26 septembre 2011, il avait été décidé de mettre fin à son incapacité de travail afin qu'il puisse s'inscrire au chômage. « En raison de son état dépressif, il n'a cependant pas pu faire assez d'offres d'emploi et a été pénalisé. (...) Il est donc retombé dans un état dépressif sévère nécessitant un nouvel arrêt de travail depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2011. » Si le constat médical était superposable à celui contenu dans le rapport du 16 février 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_ émettait toutefois un pronostic réservé à moyenne échéance. Le traitement médical incluait, outre la prescription

de divers médicaments, un suivi psychothérapeutique. Le médecin traitant était d'avis que l'incapacité de travail était totale du 10 septembre 2010 au 25 septembre 2011 et dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011 pour une durée indéterminée. Selon lui, aucune activité n'était actuellement possible pour des raisons mentales.

Dans un rapport du 20 décembre 2011 à l'office AI, la Dresse K.\_\_\_\_\_, alors médecin assistante au Service d'ORL de l'Hôpital M.\_\_\_\_\_, a écrit ce qui suit concernant l'anamnèse : « Fatigue ++ et détresse psychologique et plaintes ORL ». Le status ORL était dans les normes avec un pronostic en rémission. Renonçant à se prononcer sur l'incapacité de travail, elle a renvoyé sur ce point à l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_.

S'avisant que, selon les informations communiquées par le médecin traitant le 14 décembre 2011, l'assuré était suivi sur le plan psychique par la Dresse U.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'office AI a prié cette dernière de compléter un rapport médical à son intention, ce qu'elle a fait en date du 23 avril 2012. Ayant précisé que l'assuré était suivi à sa consultation depuis le 4 décembre 2011 (cf. ch. 1.6), elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (CIM - 10 F 33.10), carcinome épidermoïde de l'amygdale droite depuis 2010 et trouble de la personnalité non spécifié avec des traits paranoïaques (F 60.9), existant depuis l'âge adulte. En ce qui concerne le pronostic, elle a notamment relevé ce qui suit : « Le trouble dépressif est en train de s'améliorer. Les idées suicidaires sont disparues, la thymie est améliorée et le patient arrive à se projeter plus dans l'avenir. Pour l'instant la maladie cancéreuse semble stabilisée, mais le patient reste inquiet. » Elle a retenu une grande fatigabilité ainsi que des douleurs cervicales droites comme séquelles de la radiothérapie. A cela s'ajoutait une salivation réduite le contraignant à boire fréquemment et/ou à mâcher des chewing-gums. En outre, des symptômes anxieux et dépressifs étaient notés, de même que des troubles de la concentration et la présence d'une importante méfiance et de difficultés relationnelles. La

Dresse U.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'ensemble de ces restrictions (physiques, mentales et psychiques) conduisaient à une diminution du rendement et à des difficultés à travailler en équipe. Elle a considéré que l'activité exercée était exigible à un taux variant entre 50 et 100% même si elle a concédé qu'il était pour l'instant difficile de dire s'il y aurait une reprise de travail possible. Dans l'affirmative, la capacité de travail pourrait être entière à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012.

En réponse à des questions complémentaires du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), la Dresse U.\_\_\_\_\_ a précisé son point de vue dans une lettre du 29 mai 2012. Elle y soulignait que l'assuré avait recommencé de travailler à partir du 1<sup>er</sup> mai 2012 mais qu'il était encore trop tôt pour savoir si l'équilibre retrouvé pourrait se maintenir ou s'il était au contraire trop fragile. L'intéressé poursuivait son traitement psychiatrique tout en étant soutenu par sa psychiatre traitante pour maintenir son activité professionnelle.

Prenant position sur les documents médicaux versés au dossier, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a déclaré le 15 juin 2012 se rallier à l'avis de la Dresse U.\_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré était à même de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle à plein temps à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012.

Selon un projet de décision du 13 juillet 2012, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité, cependant limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 31 juillet 2012. Il a motivé son projet en retenant que l'assuré présentait une incapacité de travail ininterrompue dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010, date du début du délai de carence d'une année. Au vu des pièces médicales et économiques au dossier, il avait toutefois retrouvé une capacité de travail de 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2012 dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : dysgueusie, xérostomie, fatigue. Le droit à la rente était supprimé au 31 juillet 2012, soit trois mois après l'amélioration constatée de l'état de santé.

Le 16 août 2012, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a écrit à l'office AI pour lui faire part de l'évolution défavorable de l'état de santé psychique de l'assuré depuis son rapport du 23 avril précédent. Elle a indiqué que, dans le contexte de la reprise de l'activité professionnelle et vraisemblablement suite à une surcharge de travail, elle avait constaté une recrudescence de la symptomatologie dépressive et paranoïaque avec un important risque des perturbations des émotions et des conduites. Elle demandait par conséquent une prolongation de six mois de l'octroi de la rente afin de favoriser une reprise évolutive du travail tandis que l'assuré ferait l'objet de mesures de soutien durant cette période par le Service de psychiatrie de l'Hôpital M.\_\_\_\_\_.

A la suite de cette lettre, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a relevé, dans un avis médical du 7 septembre 2012, que l'assuré aurait décompensé après avoir repris une activité professionnelle, suite à une surcharge de travail. Il a dès lors suggéré de réévaluer la situation dans six mois, soit en février 2013, et a donc proposé que toute prise de décision soit suspendue d'ici là.

Par lettre du 21 septembre 2012, l'office AI a demandé à la Dresse U.\_\_\_\_\_ de lui indiquer depuis quand l'assuré était en incapacité totale de travail. Elle a répondu dans l'espace prévu à cet effet que tel était le cas depuis le 1<sup>er</sup> août 2012, ajoutant qu'il avait travaillé à plein temps du 1<sup>er</sup> mai au 31 juillet 2012.

Réinterpellée par l'office AI qui l'a invitée à se prononcer sur l'évolution de la situation de l'assuré depuis son rapport du 16 août 2012, sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que ses limitations fonctionnelles, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a déclaré dans un rapport du 27 mars 2013 que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis juillet 2012. Faisant une nouvelle fois état d'une grande fatigabilité et de douleurs cervicales droites, elle a indiqué que le pronostic lui paraissait mauvais et elle a écarté l'éventualité d'une amélioration de la capacité de travail.

Dans un avis médical du 26 avril 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

L'office AI a confié au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise de l'assuré. Après s'être entretenu à deux reprises avec ce dernier, le 9 juillet 2013 et le 15 juillet suivant, l'expert a déposé son rapport le 3 octobre 2013. Celui-ci débute par un résumé des principales pièces médicales et administratives versées au dossier de l'office AI (pp. 2-6), puis comprend l'anamnèse circonstanciée de l'intéressé (pp. 7-11) avant de rendre compte de l'examen clinique pratiqué (pp. 11-13). L'expert a ensuite posé des diagnostics, puis a conclu son rapport par l'appréciation du cas et les réponses aux questions de l'administration (pp. 13-22). S'il n'a pas retenu de diagnostic affectant la capacité de travail, l'expert a en revanche diagnostiqué une neurasthénie (F 48.0) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), existant toutes deux depuis 2011 et n'ayant, selon lui, pas de répercussion sur la capacité de travail. Sous l'intitulé « discussion médicale », l'expert s'est exprimé en ces termes :

« Il ressort de ces rappels que si l'incapacité de travail totale résultait initialement d'un cancer O.R.L., la bonne évolution de ce côté-là, amenant à un état de rémission, n'a en rien permis de l'améliorer.

Rétrospectivement, il est raisonnable de penser que sur le plan O.R.L. strict, l'assuré aurait pu retrouver une pleine capacité de travail rapidement dans son activité de concierge (fin 2010-début 2011) et que, si le service d'oncologie a continué d'attester une IT [incapacité de travail, réd.] de 100% jusqu'en juin 2011, c'est aussi qu'il avait à constater un certain état de détresse persistant, dans un contexte psychosocial chargé, détresse facilement admissible en la matière, vu la connotation du cancer et le bouleversement existentiel qui résulte de son annonce.

Dès l'origine, les médecins du service d'oncologie ont constaté une dépression réactionnelle, ce qui les a conduits à proposer un suivi psychologique dans leur unité, comme c'est souhaitable et habituel en la matière. A son tour, le nouveau médecin traitant a eu à constater cet état dès le début de sa prise en charge, en janvier 2011. Quand il n'existait plus d'argument pour considérer qu'une IT persistait au plan oncologique et O.R.L., ce médecin a eu à porter seul la situation, pour ces aspects psychologiques qui restaient limitants, à un an de l'épisode cancéreux. Au bout de trois mois, il a été favorable à une reprise du travail, mais l'échec de la tentative au

bout de deux mois et les indications fournies par l'assuré, l'ont amené à considérer une rechute dépressive d'allure sévère. Il a alors souhaité l'intervention d'un psychiatre. Celui-ci n'a pas constaté un état dépressif sévère et de plus, il fait état d'une tendance vers la résolution. Ce médecin met par contre en avant un trouble de la personnalité et du comportement, comme principale cause de la difficulté de retour à l'emploi.

Force est de constater à partir du dossier, que la résolution des éléments dépressifs n'a amené aucune amélioration au niveau de la CT, l'assuré continuant de l'estimer lui-même comme définitivement nulle. Force est encore de constater que dans ce dossier, depuis l'origine jusqu'à ce jour, il existe un télescopage entre les plans physique, psychique et psychosocial. Ce télescopage est aussi extrêmement marqué au niveau des plaintes amenées par l'assuré.

Il ressort que ce qui empêche principalement l'assuré de travailler, en dehors de l'extrême fatigue physique et de ses plaintes physiques, réside dans une incapacité de gérer le sentiment d'être exploité, dans un désir de ne plus avoir de contraintes, dans un manque de patience et de motivation pour le travail, dans un besoin d'être laissé en paix. Ce tableau n'est pas caractéristique d'un état dépressif. Il évoque plutôt soit un trouble de personnalité, soit un trouble somatoforme, soit les deux associés.

D'un trouble dépressif. À l'examen, nous n'avons pas retrouvé un état dépressif présent actuellement. Les réquisits diagnostiques ne sont pas satisfaits : en effet, l'humeur n'est pas manifestement déprimée, l'intérêt et le plaisir sont conservés et l'énergie n'est pas réduite. De plus, la plupart des autres symptômes évocateurs de dépression, manquent également (notamment, pas d'effondrement de l'estime de soi, pas de culpabilité, pas de tendance à l'auto-attribution négative, pas de pessimisme déplacé). Globalement non plus, la présentation n'est pas celle d'un état dépressif. Par ailleurs, nous nous différencions de son psychiatre en ne retenant pas un trouble dépressif récurrent. D'après son médecin, celui-ci aurait débuté en 2010. Typiquement, un trouble dépressif récurrent décrit la récurrence d'au moins deux épisodes dépressifs d'une durée habituelle de plusieurs mois (au moins deux semaines), entrecoupés de périodes de rémission de plusieurs mois au moins, où l'humeur est normale. Cette modalité évolutive n'a pas été observée dans ce cas (pas d'antécédents rapportés avant 2010, pas de période de rémission jusqu'à ce que ce diagnostic soit posé). La CIM-10 prévoit aussi d'intégrer dans ce diagnostic, une forme clinique plus rare, plutôt rencontrée chez les personnes âgées, qui consiste en une dépression persistante. Nous ne retenons pas non plus ce diagnostic dans cette acception du terme, parce qu'il ne s'agit pas d'une modalité habituelle et pour d'autres raisons exposées ci-avant ou ci-après. On peut relever que dès le départ, l'état dépressif a été qualifié de réactionnel. Quand la composante réactionnelle est à ce point prégnante, on peut évoquer, avant une dépression, soit une réaction quasi-physiologique, soit quand elle est manifestement inappropriée ou qu'elle atteint un degré pathologique, un trouble de l'adaptation en réaction à un bouleversement existentiel. Un trouble de l'adaptation se manifeste par une réaction émotionnelle (anxieuse, dépressive ou mixte) et/ou comportementale (perturbation des conduites) qui ne persiste en principe guère au-

delà de six mois, sauf dans le cas d'une réaction dépressive prolongée, pour laquelle il est admis qu'elle peut atteindre deux ans. Rétrospectivement, on peut remarquer que le tableau enclenché par l'annonce du licenciement et de la résiliation du bail, survenant après le diagnostic et le traitement de la lésion cancéreuse (2011), peut évoquer fortement un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive dans un premier temps (jusqu'à décembre 2010), puis avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) à partir de janvier 2011. Seul le degré sévère qui a été évoqué, vient contredire ce diagnostic, mais d'un autre côté, on peut relever que cette estimation n'aboutit pas à un diagnostic précis, posé en milieu spécialisé. On peut également observer, que bien que qualifié de sévère, l'état dépressif n'a pas donné lieu à un traitement très consistant, ni à une hospitalisation (de ce fait aussi, nous restons très tributaires des informations fournies par l'assuré). Ce qui semble en établir principalement la sévérité, est la persistance durable de l'IT amenée par l'assuré. D'un autre côté, même quand l'état dépressif est pratiquement résolu selon son psychiatre, l'IT reste totale. Enfin, si un trouble somatoforme ou apparenté devait être retenu, ces éléments anxio-dépressifs dont nous venons de montrer les caractères singuliers pourraient dans ce cas y être intégrés. En effet, de tels éléments contribuent à décrire un trouble somatoforme ou apparenté, dans lequel une dépression et une anxiété sont souvent présentes, pouvant justifier un traitement spécifique sans que, dans tous les cas, un diagnostic additionnel soit légitime. En tenant compte de tous ces aspects, nous retenons un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique associé à un status post chirurgie et radio-chimiothérapie pour une lésion cancéreuse. Quoi qu'il en soit, sauf peut-être dans la période initiale, il apparaît que le trouble anxio-dépressif n'a pas joué un rôle déterminant sur la capacité de travail.

Concernant la perte de poids importante constatée dans la période initiale, elle semble avoir trouvé sa source à la fois dans l'épisode cancéreux (principalement) et peut-être en partie dans les éléments anxio-dépressifs qui l'ont accompagné à la période initiale. On peut remarquer que si le poids rapporté par son médecin traitant se situe en dessous du poids idéal (indice de masse corporelle de 17,7, au lieu d'au moins 18-20), il existait antérieurement une surcharge pondérale, si on en juge par la photographie choisie pour le curriculum vitae (indexé au 11/02/2011). De plus le poids actuel indiqué par l'assuré (58 kg habillé), entre, lui, dans la norme (BMI 19,8).

D'un trouble somatoforme. Le télescopage dont il vient d'être question, et la demande persistante de reconnaissance d'un état d'invalidité définitif, invitent à s'interroger sur l'éventualité d'un trouble somatoforme, même si un tel trouble n'a pas été évoqué jusqu'ici. Pourtant chez l'assuré, les plaintes physiques extrêmement gênantes et persistantes apparaissent au premier plan, au moins au même niveau que celles concernant la réaction anxio-dépressive, surtout au cours des 18 premiers mois post traitement radio-chimiothérapique. De plus, il existe une discordance nette entre la persistance de ces plaintes et le niveau de gêne qu'elles amènent, et leur substrat médical. Par ailleurs, il existe dans ce cas un contexte marqué impliquant des facteurs psychosociaux et des conflits émotionnels, pour lequel un clinicien peut raisonnablement

penser qu'il constitue la cause essentielle du trouble, même si dans ce cas, au départ, il existe des éléments physiques objectifs (lésion ORL, chirurgie mutilante, effets secondaires indésirables du traitement radio-chimiothérapeutique). On ne comprend pas bien pourquoi des plaintes, tout à fait vraisemblables au début, persistent à ce niveau sur une aussi longue durée. On peut remarquer aussi qu'elles sont accompagnées d'autres plaintes douloureuses, non liées au traitement du cancer. Enfin, on observe que ces plaintes sont accompagnées d'un certain sentiment de détresse, à côté des difficultés psychosociales qui les sous-tendent.

Sur cette base, l'ensemble des réquisits diagnostiques CIM-10 pour un trouble somatoforme sont réunis.

De plus, d'autres aspects évocateurs d'un trouble somatoforme ou apparentés sont bien présents ici (traits de personnalité accentuée prémorbides ; vécu d'insatisfaction et d'abus subis qui peut faire le lit d'une demande d'une forme de reconnaissance et de réparation ; sentiment d'insatisfaction à l'égard du corps médical justifiant une défiance ; trouble accompagné d'une profonde altération du comportement interpersonnel et social entraînant un certain repli social ; revendication d'une reconnaissance d'un état d'invalidité totale et définitive ; trouble accompagné d'une dépression et d'une anxiété d'une certaine intensité ; l'adoption d'une attitude histrionique etc.).

Pour toutes ces raisons, il y a lieu de retenir un tel trouble. Comme les symptômes incriminés renvoient à plusieurs types de troubles somatoformes ou apparentés (douleur cervico-brachiale, asthénie profonde, dysgueusie, xérostomie..), un trouble somatoforme sans précision pourrait être retenu, pour tenir compte de ce polymorphisme. Un trouble douloureux somatoforme persistant pourrait aussi être évoqué. En l'état actuel du dossier, nous préférons ne retenir aucun de ces deux diagnostics.

Pour les plaintes correspondant à des symptômes qui reconnaissent un substrat somatique, au moins au début du traitement, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, correspond bien. Quant au tableau d'asthénie profonde, tant physique que psychique, il décrit bien une neurasthénie.

En effet, le premier peut être retenu sur la base de la présence de symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique, ainsi que de la présence d'une insatisfaction relative aux résultats du traitement ou des investigations et d'une déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue). De même, il existe un sentiment de détresse et une peur, compréhensible, d'une aggravation ou d'une récurrence.

Concernant une neurasthénie, deux types sont classiquement décrits. Le premier concerne une fatigabilité mentale, avec des difficultés de concentration ou une pensée globalement inefficace. Le deuxième décrit surtout des sensations de faiblesse corporelle avec un sentiment d'épuisement après des efforts minimes. Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables. Il existe par ailleurs souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé, une irritabilité, une anhédonie, et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineures. Chez l'assuré, ces deux versants sont concernés.

On peut enfin remarquer que l'entité clinique correspondant au diagnostic de trouble somatoforme dans la CIM-10 (classification syndromatologique pour ce qui concerne les troubles psychiques et comportementaux, et non nosologique) correspond moins à une maladie au sens habituel, qu'à un comportement anormal de personne malade. Cela vaut aussi pour les troubles apparentés (telle que l'entité syndromique Majoration de symptômes, qui est classé dans les troubles de la personnalité et du comportement dans la CIM-10).

Pour comprendre le développement et l'entretien de ces situations médicales complexes aboutissant à une invalidation, le modèle intégratif du processus de somatisation proposé [par] L.J. Kirmayer et al., déjà ancien, reste pertinent. Il rend compte comment une situation existentielle difficile (problèmes personnels, conjugaux, familiaux, socioprofessionnels) peut générer une baisse de l'estime de soi et une certaine dépressivité. La porte de sortie honorable peut être alors un label de maladie qui valide le retrait du monde du travail et le légitime face à la société. Comme d'autres entités cliniques, la neurasthénie ou la majoration de symptômes pour raisons psychologiques, peuvent être un mode de présentation d'une personne engagée dans un tel processus d'invalidation.

(Modèle intégratif du processus de somatisation proposé L.J. Kirmayer.

(Kirmayer L.J., Young A. Psychosom. Med., 1998, 60, 420-430) / Fauchère PA, Douleur somatoforme. Ed. Médecine & Hygiène, 2007, 191-194).

Dans ce cas, les éléments dépressifs plus ou moins persistants, présents depuis le début 2012, pour lesquels il n'est pas rapporté qu'ils ont pu dépasser le degré moyen sans syndrome somatique, sont à intégrer au trouble somatoforme qu'ils contribuent à décrire.

Il n'y a pas lieu de retenir dans ce cas, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F60.0). Les traits de personnalité problématiques depuis 2011, sont présents depuis le début de l'âge adulte, même si l'expérience du cancer, aggravée par l'expérience concomitante avec l'employeur, les ont exacerbés (répondant au mécanisme d'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites).

D'un trouble de la personnalité. Une personnalité paranoïaque est avancée par le psychiatre traitant, non sans une certaine consistance.

Pour ce qui nous concerne, la biographie et nos propres observations cliniques ne nous amènent pas à considérer que l'assuré présente un trouble de dimension morbide au niveau de sa personnalité. En effet, les singularités de type paranoïaque et narcissique que nous avons constatées ne franchissent pas le seuil pathologique de perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales. Cet homme s'est en effet montré correctement stable sur un plan personnel et socioprofessionnel jusqu'à son licenciement et son congé de l'appartement dans le contexte d'une maladie cancéreuse, fin 2010. On ne peut pas considérer qu'il a présenté une instabilité professionnelle (cf. CV indexé au 11/02/2011). Dans son CV, il se présente lui-même comme « efficace, fiable, ponctuel, honnête et de contact facile ». Le dossier ne mentionne pas de problèmes avec la justice, la police ou

son voisinage. Son mariage est stable et heureux depuis 1998 etc. Or, pour un trouble de la personnalité, la déviation doit être profondément enracinée et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être limitée à un stimulus ou à une situation « gâchette » spécifique. Or, dans ce cas, le mode de comportement problématique concerne principalement sinon exclusivement un certain type de relation hiérarchique dans le cadre du travail, qui lui donne le sentiment d'être exploité. Il ne paraît dès lors pas justifié de retenir un trouble de personnalité grave ayant valeur incapacitante en soi. Une telle pathologie doit, par définition, se manifester dès les débuts de l'âge adulte, et remplir les critères clairement établis par les ouvrages de référence, telle que la CIM-10.

#### Des facteurs psychosociaux et des conflits émotionnels associés.

Manifestement, l'assuré a souffert d'avoir dû quitter la Suisse quand il avait onze ans, pour rejoindre avec ses parents leur région natale pauvre, en Italie du Sud, alors que ses frères aînés, majeurs, sont restés en Suisse. Il a le sentiment d'avoir perdu la chance d'acquérir une bonne formation, à la hauteur de ses capacités et de ses attentes. Revenu en Suisse à 18 ans sans formation, il a toujours dû se satisfaire d'emplois subalternes, peu valorisants pour lui. Selon lui, son frère pour lequel il a travaillé au total neuf ans (une première période de sept ans, une deuxième de deux ans), s'est montré peu reconnaissant pour ce qu'il a apporté à son entreprise et ne lui a pas donné sa chance pour se développer professionnellement, comme il le méritait. Le rêve de vivre au Brésil et d'y mener avec son épouse leur propre affaire (bar restaurant), a tourné court en 2008. Ils ont néanmoins bien réagi, et la place de concierge (impliquant les deux) et le logement de fonction, ont été vécus par le couple comme une seconde chance. On peut penser en écoutant l'assuré, que s'il n'y avait pas eu cet épisode cancéreux qui lui a fait perdre l'un et l'autre, il aurait pu prospérer dans cette place (un peu comme un régisseur, s'occupant des espaces verts et de la piscine, en plus des communs d'habitation, apprécié et proche des locataires). L'annonce du cancer l'a bouleversé, comme tout un chacun, un peu plus peut-être du fait de traits narcissiques. Se voir congédié et jeté dehors comme un vulgaire mouchoir en papier, l'a insécurisé et révolté, de même que son épouse.

Au total. Il ressort de la discussion que, à côté de la neurasthénie et de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'assuré ne présente pas une comorbidité psychiatrique sévère. Notamment, il ne souffre pas d'un trouble de personnalité grave ou d'un trouble affectif grave. Les autres facteurs de gravité qu'il est habituel de rechercher dans un tel cas, sont également absents. En effet, on ne retrouve ni une perte totale d'intégration sociale touchant tous les domaines de la vie, ni une absence de rémission désespérante malgré un traitement adapté et bien conduit dans une durée suffisante, ni un état psychique pouvant être considéré comme totalement fixé (« cristallisé »), ni enfin une comorbidité somatique grave sous forme d'une maladie chronique ou évolutive (selon le dossier, ce domaine sortant de notre domaine de compétence). En effet, concernant ce dernier point, un état de rémission a été constaté concernant le carcinome épidermoïde de l'amygdale.

## **Evolution de la capacité de travail**

Une incapacité de travail de 100% a été reconnue médicalement entre le 01/09/2010 et le 25/09/2011, entre le 01/12/2011 et le 30/04/2012 et depuis le 01/08/2012. Sur la base du dossier, nous admettons que sa capacité de travail a été nulle dans les périodes indiquées jusqu'au 25/09/2013 ou au plus jusqu'au 30/04/2012, pour des raisons principalement physiques (bien mentionnées dans le rapport du médecin traitant du 16/02/2011), mais aussi psychiques (état dépressif moyen réactionnel). Sur le plan psychiatrique médico-théorique, nous considérons que sa capacité de travail est de 100% depuis le 26/09/2011 ou au moins depuis le 01/05/2012.

## **Position de l'expert par rapport aux avis médicaux antérieurs**

Nous partageons l'avis du psychiatre traitant, en considérant que ce qui est susceptible d'entraver la capacité de travail au niveau psychique, se situe au niveau de la personnalité et du comportement. Nous nous différencions de lui au niveau diagnostique, en mettant en avant deux diagnostics qui appartiennent au registre somatoforme et apparenté et en ne reconnaissant pas aux éléments de personnalité identifiés, une dimension pathologique. Nos diagnostics peuvent paraître incongrus et difficiles à soutenir, dès lors que l'ensemble des faits à considérer surviennent dans le cadre d'une maladie cancéreuse bien réelle (et aggravée encore, dans le cas [de] l'assuré, par des complications psychosociales qui peuvent être difficiles « à digérer » pour tout un chacun). Nous nous y tenons cependant sur le plan médico-théorique (cf. l'ensemble des données cliniques).

Nous nous différencions aussi du psychiatre traitant quant à l'évaluation de la capacité de travail. Il l'estime réduite à nouveau à 0% depuis août 2012 alors que nous considérons qu'elle est de 100% depuis le 26/09/2012 ou au moins depuis le 01/05/2005, sur le plan médico-théorique. Mais nous relevons que les raisons qui fondent son évaluation sont à la fois physiques et psychiques, alors que nous nous limitons à considérer les éventuelles limitations fonctionnelles psychiques, à l'aune des critères actuels.

Par ailleurs, il semble normal qu'un médecin traitant se place en avocat médical pour porter les plaintes et les demandes de reconnaissance de son patient face à des institutions complexes, d'autant plus quand il lui apparaît que la reprise d'activité qui peut être attendue semble illusoire, comme c'est le cas ici.

## **Propositions thérapeutiques**

Le traitement actuel est adapté. Concernant le traitement psychotrope prescrit, il y a de bonnes raisons pour s'interroger sur l'observance, qu'il a cependant été impossible de vérifier puisque l'assuré a refusé la prise de sang proposée à fin de monitoring thérapeutique, malgré nos explications, au motif que, après toutes les souffrances endurées depuis 2010, il ne se sentait plus la force de supporter une prise de sang supplémentaire. Il aurait été d'accord, un autre jour. Concernant une psychothérapie, on peut remarquer que celle-ci peut se révéler décevante en cas de

positionnement projectif de l'intéressé, comme c'est le cas ici, puisque par définition, un tel positionnement laisse peu de place pour une démarche personnelle introspective.

### **Pronostic**

Un trouble de type somatoforme connaît en général une évolution chronique, bien que parfois fluctuante. Sur ce point, le pronostic est donc réservé.

### **Conclusions médico-asséculo-logiques**

Il résulte de l'analyse du dossier et de notre examen que l'assuré ne présente pas une maladie mentale ou un trouble psychique équivalent, qui amène en soi des limitations fonctionnelles durables ou définitives et qui ait valeur de maladie invalidante au sens de la LAI. Au plan psychiatrique, sa capacité de travail est donc entière dans toute activité correspondant à ses compétences.

## **C. REPONSES AUX QUESTIONS**

### **Influences des atteintes retenues sur la capacité de travail**

Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

1. Cf. Diagnostic psychiatrique. Au plan psychique et mental, il n'existe pas de limitation qualitative et quantitative en rapport avec un trouble pouvant avoir valeur de maladie invalidante. Au plan social, il existe des facteurs psychosociaux amenant une surcharge psychique.

Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

1. Caduque, aucune limitation psychique n'a été retenue. Au plan psychiatrique, l'assuré conserve une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état physique et à ses compétences. Pour la période jusqu'au 25/09/2011, ou au plus jusqu'au 30/04/2013, on peut admettre que les causes amenant une IT de 100% depuis le 01/09/2010 étaient en partie psychiatriques (état dépressif réactionnel).

Capacités d'adaptation à son environnement professionnel

1. Oui, d'un point de vue médico-théorique, l'assuré reste capable de s'adapter à son environnement professionnel au plan psychique.

### **Influences sur la réadaptation professionnelle**

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont parfaitement envisageables sur le plan médico-théorique, sous un angle psychiatrique. Toutefois, l'assuré s'estime lui-même incapable de suivre de telles mesures. Sur le plan psychiatrique, ce fait s'explique par la présence d'un trouble apparenté aux troubles somatoformes, qui se traduit par un comportement empêchant la mobilisation des ressources

- existantes et l'adaptation à un rythme de travail, et limitant l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social.
2. Non, des mesures médicales, des moyens auxiliaires ou une adaptation du poste de travail ne permettront pas d'améliorer la capacité de travail dans le poste de concierge professionnel occupé précédemment.
  3. Oui, d'autres activités que la dernière activité exercée restent exigibles. L'activité de concierge n'a été exercée qu'une année environ et ne lui a pas bien convenu. Entre 1997 et 2003, il a travaillé six ans comme chauffeur-livreur. Cette activité est celle qui lui a le mieux convenu, parmi toutes celles qu'il a exercées (légère sur le plan physique, propre, assez autonome). Au plan psychiatrique, il n'y a pas lieu de considérer de limitation de la capacité de travail, ni horaire ni du rendement, dans toute activité adaptée à son état physique et à ses compétences. Toutefois, un travail léger, propre et lui laissant une bonne autonomie, aurait plus de chances d'être accepté. Pour mémoire, son rêve était de tenir son propre restaurant.

**Remarque :** le rêve que l'assuré [et] son épouse nourrissaient depuis 10 ans s'est effondré en 2008 (tenir leur propre restaurant au Brésil, au bord de la plage). De retour en Suisse, ils ont connu une année difficile, sans travail et obligés de solliciter l'aide sociale. Fin 2009, l'assuré a accepté un emploi de concierge, n'ayant pas d'expérience dans ce domaine, après un essai bref dans une place fournie par l'office de l'emploi. Cette activité présentait pour lui des attraits (logement de fonction avec jardin, être dehors en s'occupant des espaces verts et de la piscine), mais aussi des désavantages (aspects physiquement lourds du travail, trop grande proximité du supérieur hiérarchique). La survenue du cancer huit mois après le début de cette activité, et quelques mois plus tard son licenciement « brutal » et son congé de l'appartement, l'ont choqué. Entre autres, il en a résulté une profonde démotivation pour reprendre une activité et se réintégrer dans le tissu socio-professionnel.

Je vous prie de me communiquer votre décision. »

Dans un avis médical du 16 octobre 2013, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a constaté que le Dr F. \_\_\_\_\_ retenait une pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012 au moins, rejoignant en cela le contenu de l'avis SMR du 15 juin 2012.

Le 20 janvier 2014, l'office AI a rendu un nouveau projet de décision annulant et remplaçant celui du 13 juillet 2012 par lequel il reconnaissait, comme dans ce dernier, le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 31 juillet 2012.

Par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assuré a présenté, en date du 24 mars 2014, des objections à l'encontre de ce préavis. Il conteste pour l'essentiel la valeur probante du rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_. Il s'étonne que l'expert n'explique pas pourquoi, alors qu'il a posé le diagnostic de trouble somatoforme, il a finalement choisi d'écarter l'existence d'un trouble somatoforme sans précision ainsi que celle d'un trouble somatoforme persistant. Par ailleurs, tout en reconnaissant lui-même que les diagnostics retenus (neurasthénie et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques) pouvaient paraître incongrus et difficiles à soutenir, il n'a toutefois pas non plus précisé pour quelles raisons il considérait devoir s'y tenir sur le plan médico-théorique. L'assuré lui reproche encore de ne pas avoir exposé pour quel motif il présenterait une capacité de travail complète depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012. Insuffisamment motivées, les conclusions de l'expertise ne sauraient dès lors emporter la conviction. L'assuré se prévaut en outre d'un rapport de la Dresse U.\_\_\_\_\_ du 17 février 2014 joint en annexe. Celle-ci y pose, selon la classification internationale des maladies (CIM-10), les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11), personnalité paranoïaque (F 60.00) et séquelles du carcinome de l'amygdale droite. Elle indique que l'incapacité de travail est totale depuis le 1<sup>er</sup> août 2012 et que la capacité de travail dans une activité adaptée est impossible à évaluer au cours d'un entretien, de sorte qu'elle devrait être évaluée dans le cadre d'un atelier protégé ou lors d'un stage. Se fondant sur ce qui précède, l'assuré demande par conséquent la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante pour déterminer de manière précise tant les atteintes physiques que psychiques qu'il présente « ainsi que ses limitations fonctionnelles, partant sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, avant de statuer à nouveau sur son droit aux prestations. » A titre subsidiaire, il invite l'office AI à examiner une nouvelle fois son droit à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel ou d'aide au placement, en vue de sa réadaptation dans une activité adaptée.

Le 2 avril 2014, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit à propos des critiques soulevées par l'assuré :

« Me (...), avocate au service de [l'assurance de protection juridique de l'assuré], objecte que l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ n'aurait pas de valeur probante du fait que ses conclusions sont insuffisamment motivées et peu convaincantes. Elle relève en particulier que l'expert aurait posé le diagnostic de trouble somatoforme sans toutefois le retenir.

L'avocate joint un bref rapport de la Dresse U. \_\_\_\_\_ du 17.2.2014, se bornant à répéter les diagnostics précédents et à confirmer l'incapacité de travail totale. Selon le médecin, l'exigibilité dans une activité adaptée ne pourrait être évaluée que lors d'un stage.

Au plan formel, je remarque que l'expert F. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme contrairement à ce qu'affirme Me (...) (voir pages 13, 17 et suivantes de l'expertise).

Le trouble somatoforme est évoqué dans la *Discussion médicale*. L'expert explique que certains éléments du status peuvent évoquer un trouble somatoforme, ou un trouble de la personnalité, ou encore les deux associés. En page 18, il dit ne pas retenir in fine le trouble somatoforme, lui préférant la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Plus loin (page 17), le Dr F. \_\_\_\_\_ écrit que, même si l'on devait retenir le trouble somatoforme, les quelques éléments anxio-dépressifs du status pourraient y être rapportés. Il ajoute (page 20), que les facteurs de gravité pris en considération dans le cadre des troubles somatoformes ne sont en l'espèce pas réunis.

Finalement, il importe peu que le trouble somatoforme ait été écarté par l'expert car, au cas où il aurait été retenu, il n'aurait de toutes manières pas eu de valeur incapacitante. »

Dans une lettre du 4 avril 2014, l'office AI a pris position sur les griefs formulés par l'assuré en reprenant pour l'essentiel l'argumentation développée par le SMR dans son avis du 2 avril précédent.

Par décision du 4 juillet 2014, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 31 juillet 2012, à hauteur de 1'800 fr. par mois. Selon lui, l'expertise pratiquée par le Dr F. \_\_\_\_\_ n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. La motivation de la décision était identique à celle contenue dans le préavis du 20 janvier 2014.

**B.** Par acte de son nouveau mandataire Procap du 2 septembre 2014, S.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Il conclut à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants. L'assuré fait valoir que, atteint d'un cancer de la sphère ORL, il a pu arrêter tout traitement radiochimiothérapique depuis septembre 2010, mais souffre d'un état de fatigue chronique qui n'a pas été investigué. Quatre médecins (Drs D.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_) auraient mentionné l'existence d'une fatigue chronique. L'office AI n'en aurait toutefois pas tenu compte et se serait contenté d'instruire le dossier sur le seul plan psychiatrique. Pour le surplus, invoquant la précarité de sa situation matérielle, le recourant a demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire concernant les frais judiciaires.

Par décision du 4 septembre 2014, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 septembre 2014, l'intéressé étant exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 2 octobre 2014, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il relève que le médecin généraliste traitant du recourant, le Dr D.\_\_\_\_\_, avait mis fin à l'incapacité de travail le 26 septembre 2011. Il avait ensuite ordonné un nouvel arrêt de travail dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011 pour raisons « psychologiques ». Dès lors, l'intimé ne voit pas de raison pour procéder à d'autres investigations que l'expertise psychiatrique effectuée à sa demande en juillet 2013 (rapport du 3 octobre 2013) par le Dr F.\_\_\_\_\_.

En réplique du 24 octobre 2014, le recourant relève que dans la mesure où tous ses médecins traitants font état d'une fatigue chronique, l'intimé se devait de diligenter les mesures d'instruction idoines à cet égard. Il se réfère pour le surplus à son mémoire de recours dont il déclare maintenir les conclusions.

Cette écriture a été transmise pour information à l'office intimé, qui ne s'est plus manifesté depuis lors.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA 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 est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) - et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Sont litigieux l'appréciation médicale de la situation du recourant et son droit éventuel à une rente d'invalidité, singulièrement la

valeur probante accordée par l'intimé au rapport d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ pour procéder à l'évaluation de l'invalidité.

**3. a)** Un assuré a droit à une rente AI, entre autres conditions, s'il présente un taux d'invalidité de 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c et al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité d'une personne qui aurait exercé sans atteinte à la santé une activité lucrative à plein temps, le revenu que cette personne aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, 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).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF [Tribunal fédéral] 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si l'administration estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, elle doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité est encore raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés (ATF 125 V 351 consid. 3a). A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins

traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2 ; I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.3). Si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver sa décision et il ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de tomber dans l'arbitraire (TFA I 64/05 du 19 septembre 2005 consid. 3.2).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de procéder à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in: SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.2).

**d)** Puisque le présent litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, il convient de rappeler les principes jurisprudentiels en la matière.

Les règles et principes jurisprudentiels sur la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.5; voir également ATF 133 V 545) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.1). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 ; ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b et les références ; TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C\_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence).

**4.** En l'espèce, l'office intimé considère que l'expertise réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_ satisfait aux requisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Dès lors, il s'est fondé en particulier sur les conclusions de ce médecin pour supprimer avec effet au 31 juillet 2012 la rente entière d'invalidité servie au recourant depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011.

S.\_\_\_\_\_ conteste la valeur probante de l'expertise susmentionnée en faisant valoir que ses conclusions sont insuffisamment motivées et, partant, peu convaincantes.

**a)** Si on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'explique pas pour quel motif il a posé le diagnostic de trouble somatoforme, dans la mesure où cette atteinte, comme l'explique le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son avis du 2 avril 2014, n'a pas été retenue par l'expert, force est toutefois de constater que son appréciation n'est pas exempte de toute critique, même s'il faut admettre que son rapport est en partie bien motivé.

Dans son rapport du 3 octobre 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de neurasthénie (F 48.0) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), existant toutes deux depuis 2011 selon lui. Il explique que ce dernier diagnostic peut être retenu sur la base de la présence de symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique, ainsi que de la présence d'une insatisfaction relative aux résultats du traitement ou des investigations et d'une déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue). De même, il existerait un sentiment de détresse et une peur, compréhensible, d'une aggravation ou d'une récurrence. Quant au tableau d'asthénie profonde, tant physique que psychique, il représente bien, selon l'expert, une neurasthénie. Il ajoute que les deux types de neurasthénie classiquement décrits, à savoir celle impliquant une fatigabilité mentale et celle se caractérisant par une faiblesse corporelle, sont présentes chez l'assuré. Néanmoins, on peine à comprendre la motivation ayant présidé à la fixation des diagnostics retenus, lorsque le Dr F.\_\_\_\_\_ écrit ce qui suit : « Nos diagnostics peuvent paraître incongrus et difficiles à soutenir, dès lors que l'ensemble des faits à considérer surviennent dans le cadre d'une maladie cancéreuse bien réelle (et aggravée encore, dans le cas de l'assuré, par des complications

psychosociales qui peuvent être difficiles « à digérer » pour tout un chacun). Nous nous y tenons cependant sur le plan médico-théorique (cf. l'ensemble des données cliniques). » De tels propos jettent un sérieux doute sur la pertinence des diagnostics posés, dont on relèvera au demeurant qu'ils sont discutés dans le paragraphe consacré au trouble somatoforme, lequel, comme relevé ci-avant, est finalement écarté par l'expert.

**b)** S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'expert Dr F.\_\_\_\_\_ écrit que celle-ci est de 100% depuis le 26 septembre 2011 ou au moins depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012 (cf. p. 20 du rapport d'expertise). Quelques lignes plus bas, il écrit que la capacité de travail est de « 100% depuis le 26 septembre 2012 ou au moins depuis le 1<sup>er</sup> mai 2005, sur le plan médico-théorique ». Finalement, en réponse aux questions posées par l'administration, il déclare que « pour la période jusqu'au 25 septembre 2011, ou au plus jusqu'au 30 avril 2013, on peut admettre que les causes amenant une incapacité de travail de 100% depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010 étaient en partie psychiatriques (état dépressif réactionnel). » Si l'on peut à la rigueur admettre la présence d'une erreur de retranscription dans la saisie du texte dactylographié, force est de remarquer qu'elles excèdent ici ce nombre, ce qui rend peu intelligible l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ quant à la période précise au cours de laquelle le recourant a présenté une capacité, respectivement une incapacité de travail. Au vrai, l'expert ne fournit aucune explication à propos de ces différences, ce qui ne contribue pas à lever l'incertitude qui subsiste sur ce point. A cela s'ajoute que, en se déterminant au sujet de la position de la Dresse U.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'exprime en ces termes (cf. p. 21 du rapport d'expertise) : « Mais nous relevons que les raisons qui fondent son évaluation sont à la fois physiques et psychiques, alors nous nous limitons à considérer les éventuelles limitations fonctionnelles psychiques à l'aune des critères actuels. » Ce faisant, l'expert laisse entendre que s'il avait dû retenir également des problèmes physiques - comme l'aurait fait à son avis la Dresse U.\_\_\_\_\_ - et non pas seulement psychiques, une autre appréciation de la capacité de travail aurait pu se justifier. Des éléments qui précèdent, il ressort que l'estimation de la

capacité de travail faite par le Dr F.\_\_\_\_\_, d'une part, repose sur des indications confuses et, d'autre part, pourrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation si des troubles physiques étaient pris en considération. Dans ces conditions, il apparaît que l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail de l'assuré n'est pas de nature à emporter la conviction.

**c)** Cela étant, le Dr F.\_\_\_\_\_ relève qu'au plan psychique et mental, il n'existe pas de limitation qualitative et quantitative en rapport avec un trouble pouvant avoir valeur de maladie invalidante. Son appréciation diverge ainsi de celle de la Dresse U.\_\_\_\_\_ quant à la sévérité des troubles psychiques présentés lesquels, d'un point de vue médico-théorique, font selon cette dernière obstacle à toute capacité résiduelle de travail, depuis le 1<sup>er</sup> août 2012 à tout le moins. Toutefois, tant l'expert Dr F.\_\_\_\_\_ que la psychiatre traitante conviennent que le recourant présente des problèmes psychiques depuis le début de l'âge adulte. A cet égard, la Dresse U.\_\_\_\_\_ diagnostique dans son rapport du 23 avril 2012 un trouble de la personnalité non spécifié avec des traits paranoïaques (F 60.9) existant depuis cette période. Le 27 mars 2013, elle diagnostique une personnalité paranoïaque (F 60.0) apparue au début de l'âge adulte. De même, l'expert note que les traits de personnalité problématiques sont présents depuis le début de l'âge adulte (cf. p. 19 du rapport d'expertise). Ils n'ont toutefois pas empêché le recourant de travailler même si le Dr F.\_\_\_\_\_ laisse entendre l'existence de difficultés relationnelles dans le cadre de son activité professionnelle, imputables à des troubles affectant la personnalité et le comportement.

Il s'ensuit que l'on ne peut pas se fonder uniquement sur les troubles psychiques présentés par l'assuré pour retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une éventuelle incapacité de travail. Dans ce sens, on rappellera que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'écarte pas l'hypothèse d'une remise en cause de son appréciation de la capacité de travail si des éléments physiques étaient pris en considération. Il observe en effet que la situation de l'assuré révèle « un télescopage entre les plans physique, psychique et psychosocial ». En l'occurrence, la Dresse

U.\_\_\_\_\_ fait en particulier allusion aux difficultés rencontrées par l'assuré en ce qui concerne sa situation matérielle et le soutien dont lui-même et son épouse font l'objet de la part des services sociaux. Les facteurs psycho-sociaux ne relèvent toutefois pas de l'assurance-invalidité (cf. TF 9C\_700/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.2.4.3 et la référence). Ensuite, même si la Dresse U.\_\_\_\_\_ ne pose pas de diagnostic somatique (hormis celui de carcinome épidermoïde de l'amygdale droite), elle retient notamment à titre de restrictions physiques des douleurs cervicales consécutives à la radiothérapie entraînant une rigidité des épaules et de la nuque (cf. rapports du 23 avril 2012 et du 27 mars 2013). Sur le plan physique, il y a toutefois un élément dont font état tous les médecins ayant examiné l'assuré, c'est celui d'une fatigue, respectivement d'une asthénie. Si seul le Dr D.\_\_\_\_\_ retient cette dernière à titre de diagnostic affectant la capacité de travail (cf. rapport du 14 décembre 2011), les Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ en soulignent l'incidence sur l'aptitude de l'assuré à exercer une activité professionnelle. Quant à la Dresse K.\_\_\_\_\_, elle relève également une fatigue importante (« fatigue ++ ») même si elle laisse au Dr D.\_\_\_\_\_ le soin de se prononcer sur l'incapacité de travail (cf. rapport du 20 décembre 2011). De leur côté, tant la Dresse U.\_\_\_\_\_ que le Dr F.\_\_\_\_\_ mentionnent également une fatigue et une asthénie. Parmi les praticiens prénommés, seuls les Drs K.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ne lui attribuent pas expressément d'impact sur la capacité de travail. Leur avis respectif doit cependant être relativisé, dans la mesure où la Dresse K.\_\_\_\_\_ renvoie à l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_ sur ce point. Quant à l'expert Dr F.\_\_\_\_\_, il n'exclut pas que des facteurs somatiques puissent remettre en question son évaluation de la capacité de travail. Le fait que l'existence d'une fatigue et/ou d'une asthénie ait fait l'objet d'un consensus parmi le corps médical peut expliquer que l'office AI ait admis qu'elle puisse figurer au nombre des limitations fonctionnelles entrant en ligne de compte dans la détermination d'une activité exigible. Mais on peine à comprendre dans quelle mesure cette fatigue est alors susceptible de constituer une limitation fonctionnelle puisque l'intimé retient par ailleurs une capacité de travail entière sans perte de rendement.

**d)** Il est constant que l'assuré a souffert d'un carcinome épidermoïde de l'amygdale droite, lequel a eu des répercussions sur son état de santé psychique puisque c'est dans ce contexte qu'il a été amené à consulter dès le 4 décembre 2011 la Dresse U.\_\_\_\_\_. Il est en outre notoire que la plupart des patients atteints d'un cancer souffre d'une fatigue causée par les différentes mesures thérapeutiques auxquelles le traitement de la maladie les expose (cf. ATF 139 V 346 consid. 3.2). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral explique que les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, exposée à l'arrêt ATF 130 V 352, ne sont pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer (« cancer-related fatigue »). En d'autres termes, une valeur incapacitante peut, à certaines conditions, être reconnue à cette dernière. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'une telle fatigue perdure même si le Tribunal fédéral a admis que, dans 30 à 40% des cas, elle pouvait subsister encore un certain temps après la fin de la thérapie (cf. ATF 139 V 346 consid. 3.3). Il a ainsi admis qu'elle pouvait avoir disparu, lorsque des éléments cliniques susceptibles de l'attester font défaut (cf. TF 9C\_122/2014 du 11 septembre 2014 et 8C\_909/2013 du 14 juillet 2014).

Dans le cas présent, on constate que la question d'une fatigue liée au cancer n'a pas été spécifiquement analysée. On ignore donc si l'assuré présente toujours un tel trouble et, le cas échéant, s'il est de nature à influencer sa capacité de travail. C'est le lieu de rappeler ici que les médecins du Service d'ORL de l'Hôpital M.\_\_\_\_\_ ont renvoyé l'intimé à l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_ (cf. le rapport du 4 octobre 2011 de la Dresse X.\_\_\_\_\_ et celui du 20 décembre 2011 de la Dresse K.\_\_\_\_\_). Ceci s'explique peut-être par le fait que l'assuré présentait des troubles de la sphère psychique (toutes deux évoquent du reste la présence d'une détresse psychologique) et qu'il n'était alors suivi que de manière épisodique au sein du service précité. Quoi qu'il en soit, le Dr D.\_\_\_\_\_ avait estimé, dans un premier temps, que la reprise d'une activité professionnelle était envisageable (cf. rapport du 16 février 2011) avant de se raviser et d'exclure toute capacité de travail en raison des troubles

psychiques présentés (cf. rapport du 14 décembre 2011). Il n'a par la suite plus été sollicité, seule la Dresse U. \_\_\_\_\_ ayant été interpellée à ce sujet par l'office intimé. Celui-ci a commencé par suivre l'appréciation de la psychiatre traitante s'agissant de la capacité de travail du recourant. Il a en effet proposé, par l'intermédiaire de l'avis de son SMR du 7 septembre 2012, d'attendre le mois de février 2013 avant de réévaluer la situation, au motif que l'état de santé de l'intéressé n'était pas stabilisé. Il s'en est par la suite écarté pour lui reconnaître une capacité de travail entière à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012. Un tel revirement ne peut s'expliquer que par les conclusions de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, dont les faiblesses ont été mises en évidence ci-avant (cf. consid. 4a, 4b et 4c supra). En tout état de cause, l'appréciation - fondée sur une motivation on ne peut plus succincte - de l'office intimé ne saurait emporter la conviction, faute de reposer sur des éléments suffisamment étayés.

**e)** En résumé, il résulte des considérants qui précèdent qu'il ne saurait être accordé de valeur probante à l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ et que l'instruction à laquelle a procédé l'office intimé est incomplète, dans la mesure où le dossier tel que constitué ne contient aucune analyse médicale de la fatigabilité, respectivement de l'asthénie, présentée par le recourant.

**5.** Ainsi, en présence d'une instruction lacunaire et non d'un seul conflit d'avis médicaux - au demeurant dénués de valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée plus haut (cf. consid. 3c supra) - imposant une surexpertise, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il fasse effectuer, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA comprenant à tout le moins un examen de médecine interne et un volet psychiatrique, voire oncologique, rhumatologique ou autre, une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du rendement exigible du recourant dans ses activités habituelles de chauffeur-livreur et de concierge ainsi que dans une activité adaptée, à l'aune des affections constatées et des limitations qu'elles entraînent. On ajoutera que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a

jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence ; TF 8C\_932/2014 du 13 avril 2015 consid. 3.2). En outre, selon les constatations au sujet de la capacité de travail et de gain dans l'activité habituelle, l'intimé devra évaluer la capacité de travail et de gain dans des activités adaptées afin de déterminer le taux d'invalidité conformément à l'art. 16 LPGA.

Au cas où les experts envisageraient les diagnostics de troubles somatoformes douloureux ou d'autres affections assimilées, il est retenu ce qui suit :

Selon une toute récente jurisprudence modifiant explicitement la précédente, il est renoncé à la présomption du caractère surmontable de la douleur (TF 9C\_492/2014 du 3 juin 2015, destiné à la publication aux ATF ; commenté par Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, Jusletter du 29 juin 2015). Désormais, le Tribunal fédéral exige une procédure d'établissement des faits structurée. La capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. TF cité consid. 3.6 et 4 pour le catalogue d'indices).

Eu égard aux indices retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de sa vie quotidienne. La phase diagnostic devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question

des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

Le Tribunal fédéral a invité les Sociétés médicales à reformuler ses lignes directrices et recommandations pour les expertises médicales afin de concrétiser les indices qu'il a retenus. Selon la Haute Cour, on trouve de telles directives depuis longtemps en Allemagne (TF cité consid. 5.1.2).

Le Tribunal fédéral a néanmoins relevé que cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence légale selon laquelle il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De plus, même si des motifs psychosociaux – tels que l'intégration en Suisse – peuvent dans une certaine mesure jouer un rôle dans l'appréciation globale, une invalidité de travail ne saurait toujours pas être basée sur de tels motifs en soi (TF cité consid. 3.7.1 et 4.3.3 avec renvoi à l'ATF 127 V 294 consid. 5a).

**6.** En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 4 juillet 2014, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

**7.** Ayant procédé par l'intermédiaire d'une avocate du Service juridique de Procap, qui peut se voir accorder des dépens, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu notamment de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'400 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 4 juillet 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. \_\_\_\_\_ la somme de 1'400 fr. (mille quatre cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Service juridique de Procap (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :