

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 février 2015

---

Présidence de        Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :        M.     Métral et Mme Berberat  
Greffier     :        M.     Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Montreux, recourant, représenté par sa co-curatrice Me Annik Nicod, avocate à Montreux,

et

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

---

**Art. 6ss, 17 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 et 2 LAI**

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

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, sans formation professionnelle achevée, a eu un parcours personnel difficile chargé de troubles psychiques dépressifs, d'une personnalité borderline avec décompensations de type dépressives ou prépsychotiques fréquentes, et d'emplois de courte durée comme manœuvre, magasinier, animateur et surveillant (cf. rapport du 10 décembre 1990 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH). Le 31 octobre 1990, il a déposé une première demande de prestations AI.

Par décision du 10 mai 1993, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a alloué une rente entière à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> novembre 1992 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%.

Selon une fiche de prononcé AI No 5 établie le 19 avril 1994, au terme d'une première révision d'office en mars 1994, la rente entière était maintenue sur la base d'un état de santé stationnaire, l'incapacité de travail de l'assuré restant totale.

Au terme d'une seconde révision d'office du droit à la rente initiée en novembre 1996, le droit à la rente entière de l'assuré a été maintenu par décision du 29 juillet 1999 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%.

Dans un rapport du 16 janvier 2002, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin généraliste à [...], a posé les diagnostics de trouble de la personnalité pré-psychotique de type état limite, d'abus d'alcool et de cocaïne (consommation intermittente), de bronchopathie obstructive tabagique et asthmatique et de colon irritable. Ce praticien évaluait la capacité de travail de l'assuré de l'ordre de 20% au maximum dans une activité occupationnelle.

Par décision du 13 décembre 2002, rendue au terme d'une nouvelle révision d'office du droit à la rente débutée en août 2001, l'OAI a supprimé le droit de l'assuré à une rente rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 1999. Le motif était que l'intéressé avait manqué à son obligation de renseigner au sens de l'art. 88bis al. 2 let. b aRAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201); sur le vu des bilans et comptes d'exploitation pour les années 1999 et 2000 produits le 22 novembre 2001, il ressortait que dès l'année 1999, l'assuré avait obtenu des revenus importants ne justifiant plus le maintien du droit à la rente AI. Il était précisé à cet égard que sans formation professionnelle, l'intéressé ne pouvait prétendre à un revenu sans invalidité supérieur au gain alors obtenu. Cette décision de suppression de rente est entrée en force.

Par décision du 30 avril 2003, l'Office AI a demandé à l'assuré la restitution d'un montant total de 63'586 fr. relatif au solde des rentes versées à tort du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 28 février 2003. A la suite du retrait de son recours par l'assuré en date du 27 mai 2004, indiquant qu'un plan de recouvrement pour rendre supportable cette restitution avait abouti, cette dernière décision est également entrée en force.

**B.** Le 27 août 2009, R.\_\_\_\_\_ a déposé une seconde demande de prestations AI sous la forme de l'octroi d'une rente. Il indiquait avoir travaillé à plein temps du 25 mars 2003 au 28 novembre 2008, en qualité de manager auprès de la société Caveau D.\_\_\_\_\_ SA à [...], dont le but consistait en la location de salles, l'organisation de réceptions et service traiteur. S'agissant du genre de l'atteinte à la santé, il mentionnait souffrir de dépression et de tension nerveuse dès le 28 novembre 2008.

Le 7 décembre 2009, l'assureur perte de gain maladie L.\_\_\_\_\_ Assurances (ci-après : la L.\_\_\_\_\_ ) a indiqué verser des indemnités journalières à l'assuré depuis le 28 novembre 2008.

Le 15 février 2010, cet assureur perte de gain a transmis à l'Office AI la copie d'une expertise psychiatrique du 13 janvier 2010 de

l'assuré. Dans leur rapport d'expertise du 10 février 2010, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et A.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont relevé notamment ce qui suit s'agissant du cas de l'assuré :

## "A. QUESTIONS CLINIQUES

### 1. ANAMNESE

#### 1.1. CIRCONSTANCES DE L'EXPERTISE

Monsieur R.\_\_\_\_\_ est un homme d'origine vaudoise, né le [...]1965. Au terme de la scolarité obligatoire, il n'arrive pas à mener à terme un apprentissage de boulanger pâtissier. Il occupe différentes activités peu qualifiées, notamment comme magasinier à [...] pendant 4 ans. Monsieur R.\_\_\_\_\_ est condamné en 1985 à 4 ans d'emprisonnement pour avoir volé, avec un complice, 40'000 francs à la [...].

A sa sortie, Monsieur R.\_\_\_\_\_ est engagé chez [...] et se forme sur le tas dans la polygraphie. En novembre 1991, suite au suicide de son frère, il développe un état dépressif pour lequel il bénéficie de l'assurance-invalidité jusqu'en 1997. Par la suite, il exploite une société active dans la restauration pour manifestation, que ce soit le marché de Noël, le Paléo, le festival de Jazz.

Suite à un achat de 3 yourtes pour un montant de 150'000 francs, il connaît des déboires financiers fin 2008, raison pour laquelle il doit être mis en faillite le 14.8.2009, avec un passif de 350'000 francs. Il a aussi été obligé de remettre le Caveau D.\_\_\_\_\_ qu'il avait mis en gérance.

Dans ce contexte, fin 2008, il se sent anxieux, et s'alcoolise de plus en plus. Il demande une hospitalisation en mode volontaire à l'Hôpital de [...]. Il y est interné du 28.11 au 9.12.2008, date de son retour à domicile. Il est brièvement pris en charge par le Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, avec lequel le contact ne s'établit pas bien et retourne dès le 15.4.2009 auprès de la Dresse P.\_\_\_\_\_ qu'il avait déjà consulté en juin 1989 jusqu'au 9.10.1997.

Au niveau asséculoologique, le cas est pris en charge par la L.\_\_\_\_\_ Assurances en tant qu'assureur perte de gain maladie.

Le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste [en médecine] générale FMH, dans son rapport à la L.\_\_\_\_\_ Assurances du 29.1.2009, retient les diagnostics de : « troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool ; syndrome de dépendance, utilisation épisodique ; épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ; troubles de la personnalité, sans précision ». Il note que Monsieur R.\_\_\_\_\_ a subi un sevrage alcoolique à l'hôpital de [...] et juge l'incapacité de travail comme totale depuis son hospitalisation « et par mes soins à partir du 19.12.2009 (à comprendre 2008 ??) jusqu'au 6.3.2009 ». Il recommande de s'adresser pour la suite de l'appréciation au Dr Z.\_\_\_\_\_.

Les Drs S. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, de l'Hôpital de [...], dans leur rapport du 3.3.2009 à l'attention du médecin-conseil de la L. \_\_\_\_\_ Assurances, retiennent les diagnostics de « troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool ; syndrome de dépendance ; utilisation épisodique. Episode dépressif moyen sans syndrome somatique ». Il est mentionné que Monsieur R. \_\_\_\_\_ a été suivi à la fondation de [...] à [...] de 1998 à 2003.

Le Dr Z. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical au médecin-conseil de la L. \_\_\_\_\_ Assurances du 5.5.2009, retient les diagnostics de « syndrome de dépendance à l'alcool ; épisode dépressif moyen ; troubles de la personnalité ». Il atteste d'une incapacité de travail complète dès le 16.3 au 15.4.2009. Il précise qu'il n'a pas vu le patient depuis le 13.3.2009.

La Dresse P. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 13.7.2009 au médecin-conseil de la L. \_\_\_\_\_, retient les diagnostics d' « épisode dépressif chez un patient présentant des troubles de la personnalité sans précision ; trouble du comportement lié à l'utilisation d'alcool ; syndrome de dépendance ». Elle parle d'un « syndrome dépressif marqué avec une obésité liée à son état général ; problème de sommeil face aux états d'angoisse, face à sa façon de vivre ; tabagisme important ». Elle atteste toujours d'une incapacité de travail complète.

Dans un nouveau rapport du 10.12.2009 au médecin-conseil de la L. \_\_\_\_\_ Assurances, la Dresse P. \_\_\_\_\_ retient toujours les mêmes diagnostics. Elle estime que l'incapacité de travail est toujours complète.

Face à cette évolution médicale non optimale, vous nous mandatez le 22.12.2009, afin de procéder à une expertise psychiatrique.

[...]

#### 4. DIAGNOSTIC

##### 4.1 DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR

- |         |   |
|---------|---|
| Axe I   | Etat dépressif majeur récurrent de gravité moyenne<br>Dépendance éthylique                          |
| Axe II  | Personnalité état limite à traits d'immaturation<br>Intelligence aux limites inférieures à la norme |
| Axe III | Surcharge pondérale ; cf. spécialiste concerné  |
| Axe IV  | Antécédents de carence affective ; faillite ; autres (?)  |

Confirmant une incapacité de travail totale de l'assuré en toute activité, le Dr G. \_\_\_\_\_ et la psychologue A. \_\_\_\_\_ se sont prononcés en ces termes sur le parcours ainsi que sur l'état de santé de R. \_\_\_\_\_ :

“Monsieur R. \_\_\_\_\_ est un homme d'origine vaudoise né en 1965. Il a vécu dans un environnement familial perturbé, avec un père dur, froid, violent, éthylique et une mère dépeinte de manière, très idéalisée, avec laquelle Monsieur R. \_\_\_\_\_ a une relation probablement très fusionnelle.

Cet environnement a manifestement entravé le développement psycho-affectif du sujet. Il est resté un homme relativement instable, dépendant, à la maturité affective relative. Il établit probablement des relations de type "étayage" ou anaclitique. Toute modification d'étayage ou en général de modification de l'image de soi, entraîne des décompensations dépressives marquées, des alcoolisations importantes.

On sait un parcours personnel très chargé avec des troubles psychiques probablement dépressifs ayant entraîné une rente invalidité pendant 7 ans entre 1990 et 1997, un suivi psychiatre à l'hôpital de [...] en 1998 et 2003, puis suite à la nouvelle décompensation actuelle. Celle-ci paraît être en relation avec des soucis professionnels avec cet assuré qui travaille en tant qu'indépendant et qui a dû déposer le bilan de sa société de restauration dans les manifestations en été 2009.

Depuis l'évolution se fait sur un mode très régressif et apragmatique, avec un sujet en proie à des manifestations anxieuses, incapable de verbaliser sa souffrance. Il paraît très limité intellectuellement. Volontiers passif, il semble déjà rechercher comme toute solution, le retour à l'assurance-invalidité pour faire face à ses difficultés, ce qui témoigne de son importante immaturité affective.

Comme les différents confrères qui ont examiné cet assuré, nous retenons le diagnostic d'état dépressif majeur actuellement de gravité moyenne; probablement une dépendance éthylique plus importante qu'il veut bien l'admettre, sur fond d'une personnalité immature à fonctionnement "état limite" éventuellement sur un versant psychotique.

Il existe une dépendance éthylique qui joue un rôle très défavorable dans l'évolution actuelle.

Après un consilium téléphonique avec la Dresse P.\_\_\_\_\_ le 18.1.2010, nous confirmons pour l'heure l'incapacité de travail complète.

Monsieur R.\_\_\_\_\_ a demandé une hospitalisation volontaire à [...] pour réadaptation de son traitement et sevrage éthylique. Nous pensons qu'il serait impératif d'examiner à nouveau cet assuré peu après sa sortie de l'hôpital, soit fin février début mars, afin d'essayer d'éviter une évolution vers la chronicité qui semble déjà bien amorcée."

Dans un rapport du 17 février 2010, la Dresse P.\_\_\_\_\_, suivant l'assuré depuis sa sortie de l'hôpital psychiatrique de la Fondation de [...], a posé les diagnostics de personnalité état limite (sur un versant pré-psychotique subdécompensé), d'état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne, de dépendance éthylique et de surcharge pondérale. Ce psychiatre mentionnait un pronostic réservé en indiquant que son patient

était actuellement à nouveau hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de la Fondation de [...] compte tenu de son état dépressif et pour un sevrage alcoolique avec cure de désintoxication. Etais annexé, un rapport de sortie du 11 février 2009 des Drs S.\_\_\_\_\_, chef de clinique et N.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du secteur psychiatrique de [...] de la Fondation de [...], établi suite à une hospitalisation volontaire en urgence de l'assuré du 28 novembre au 9 décembre 2008 en raison d'un sevrage à l'alcool.

A teneur d'un nouveau rapport établi le 24 mars 2010, suite à un second séjour de l'assuré du 3 février au 22 février 2010, les Drs T.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint et J.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du secteur psychiatrique de [...] de la Fondation de [...] ont indiqué que le patient avait été transféré à l'Unité de Réhabilitation Thérapeutique pour suite de prise en charge. Ces médecins ont posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.2) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) chez un patient présentant probablement une structure psychotique (F28).

Dans un rapport du 22 juin 2010 adressé à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-adjoint et B.\_\_\_\_\_, psychologue assistante de l'Unité Ambulatoire Spécialisée (UAS) du secteur psychiatrique de [...] de la Fondation de [...] ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen (F33.10) et de troubles anxieux, sans précision (F41.9). Le diagnostic non invalidant mentionné était celui de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent et dans un lieu protégé (F10.21). Ces spécialistes retenaient une incapacité de travailler à 100% de leur patient pour une durée indéterminée en indiquant que les troubles présentés empêchaient l'intéressé d'effectuer un travail dit « productif » compte tenu en particulier d'une perte de l'élan vital, d'une difficulté à se concentrer, d'une fragilité l'handicapant dans un travail nécessitant une attention soutenue et une rapidité dans l'exécution. A cela s'ajoutait une anxiété envahissante par instants ayant des répercussions sur la capacité de gestion, de prises de décisions et dans la gestion du stress de l'assuré. Le Dr W.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ proposaient une réévaluation de la situation dans une année.

Dans un rapport du 25 février 2011, la Dresse P.\_\_\_\_\_, suivant le cas de l'assuré depuis la sortie de celui-ci de l'Unité de Réhabilitation Thérapeutique de l'hôpital psychiatrique de la Fondation de [...] le 29 juin 2010, a posé les diagnostics invalidant de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, de personnalité de structure psychotique avec des décompensations psychotiques et de troubles du comportement liés à une utilisation épisodique d'alcool. Ce psychiatre estimait que l'assuré était en incapacité de travailler à 100% pour une durée indéterminée sans que l'on puisse s'attendre à une reprise d'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Le traitement mis en œuvre consistait en une psychothérapie de soutien et une médication appropriée. La Dresse P.\_\_\_\_\_ proposait toutefois un réexamen de la situation dans un délai de six mois à une année.

Dans un rapport du 8 avril 2011, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin associée et B.\_\_\_\_\_ de l'UAS du secteur psychiatrique de [...] de la Fondation de [...] ont retenu les diagnostics invalidant de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger (F33.10) et d'anxiété généralisée (F41.1). Le diagnostic de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.21) était posé en tant que diagnostic sans effet sur la capacité de travail. De l'avis de ces spécialistes, l'assuré était toujours en incapacité de travailler à 100% et ceci pour une durée indéterminée. Evoquant la probabilité d'une récupération partielle ou totale dans les années à venir, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ proposaient une réévaluation au début 2012.

Dans un rapport d'expertise psychiatrique complémentaire du 23 septembre 2011, établi à la suite d'un entretien du 22 juillet 2011 avec l'assuré, le Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif majeur récurrent de gravité légère et/ou troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, de non ou mauvaise observance au traitement (Cipralex®), de dépendance éthylique et de personnalité immature avec

traits limites. Ces experts relevaient une amélioration progressive de l'état psychique de l'assuré à la suite de sa dernière hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de la Fondation de [...], l'état dépressif étant jugé de gravité légère depuis le 8 février 2011. Ils mentionnaient en outre une consommation d'alcool en grande partie primaire. Le Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ estimaient que l'assuré avait présenté une incapacité de travail complète depuis le 28 novembre 2008 dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec éthyliation sévère ; au plus tard depuis le 8 février 2011 (cf. rapport du 8 avril 2011 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_), sa capacité médico-théorique était entière et ceci dans toute activité en tant qu'indépendant, telle qu'il la réalisait précédemment.

A l'occasion d'un avis médical du 5 octobre 2011, le Dr K.\_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a pris position comme il suit sur le cas de l'assuré :

"L'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ conclut à un état dépressif majeur récurrent de gravité légère et à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.

Il est démontré que l'état psychique de l'assuré s'est progressivement amélioré depuis son hospitalisation du 3 au 22.2.2010 à [...], et ceci malgré une non-observance au traitement anti-dépresseur.

Il présente actuellement un état de passivité et une certaine anxiété résultant de l'oisiveté, du manque de perspective et de la consommation d'alcool.

L'expert estime que l'atteinte psychiatrique actuelle est compatible avec une reprise de l'activité antérieure à plein temps au plus tard depuis le 8.2.2011. Il apparaît cependant que la motivation de l'assuré n'est pas optimale.

Au vu de ce qui précède, nous admettons une incapacité de travail totale du 28.11.2008 au 7.2.2011."

Selon une fiche d'examen du dossier No 15 établie le 10 octobre 2011, l'Office AI se ralliait à l'avis de son SMR du 5 octobre 2011 en retenant que l'incapacité de travail de R.\_\_\_\_\_ pouvait être admise du 28 novembre 2008 au 7 février 2011 y compris.

Dans une fiche d'examen du dossier No 17 établie le 18 janvier 2012, l'OAI observait en particulier qu'au vu de la nouvelle demande de prestations déposée le 27 août 2009 et outre le fait que l'état de santé de l'assuré justifiait en principe le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009, les prestations étaient dues au plus tôt dès le 1<sup>er</sup> février 2010 (soit six mois après le dépôt de la demande) et jusqu'au 31 mai 2011 (soit après trois mois d'amélioration depuis le 8 février 2011).

Par projet de décision du 24 janvier 2012, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> février 2010 au 31 mai 2011. Reprenant les constatations et conclusions du rapport d'expertise psychiatrique complémentaire du 23 septembre 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, l'Office AI retenait que l'atteinte psychiatrique actuelle était compatible avec une reprise de l'activité habituelle de l'assuré à plein temps au plus tard depuis le 8 février 2011.

Par communication du même jour, l'Office AI a informé l'assuré qu'au vu de la capacité de travail à nouveau complète dès le 8 février 2011 dans son activité professionnelle habituelle, d'autres mesures de réadaptation professionnelle n'étaient donc pas nécessaires.

Le 16 février 2012, l'assuré a fait part de ses objections sur le projet de décision précité. Il observait à cet égard que sa situation ne s'était pas améliorée et qu'il n'avait pas repris d'activité lucrative en 2011. Il précisait en outre ne pas avoir de revenu et s'être inscrit auprès des services sociaux de la ville de [...]. Indiquant qu'un rapport médical suivrait, l'assuré a produit un certificat médical du 16 février 2012 de la Dresse P.\_\_\_\_\_. Ce psychiatre y décrivait de fréquentes fluctuations de l'état thymique de son patient et une péjoration générale de son état de santé à la suite de son dernier rapport de février 2011. Dans ce contexte, les rapports médicaux suivants ont été produits ultérieurement auprès de l'OAI par les médecins de l'assuré :

- un rapport du 24 février 2012 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, psychologue assistante, de l'Unité Ambulatoire Spécialisée (UAS) du

secteur psychiatrique de [...] de la Fondation de [...]. Il en ressort que l'assuré est suivi depuis le 21 février 2010 en raison d'une pathologie psychiatrique (que celui-ci présente au premier plan) et addictive (qui est secondaire),

- un rapport du 26 octobre 2012 de la Dresse P.\_\_\_\_\_. Ce psychiatre faisait état d'un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) appareillé avec une certaine amélioration, d'une fracture Maisonneuve et de la malléole postérieure droite en juillet 2012. Sur le plan psychiatrique, la Dresse P.\_\_\_\_\_ s'est exprimée en ces termes sur l'état de santé de son patient :

"Sur le plan psychiatrique, l'état dépressif récurrent persiste avec de graves troubles de l'humeur, plutôt en phase dépressive, d'où également cette prise de poids importante, son immobilité, des troubles du sommeil (52 apnées par heure et qui se sont réduites à 10-15 actuellement). Il présente des troubles de la concentration et de la mémoire, des idées paranoïdes, avec un sentiment d'être surveillé, d'être persécuté. Dans la fratrie, deux frères présentent également des troubles psychiatriques importants, la mère également et un frère est mort par suicide il y a plusieurs années.

Il y a plusieurs facteurs et raisons pour parler de l'aggravation de l'état de santé du patient dans cette difficulté existentielle, ne recevant que le minimum vital et même sous le minimum vital par le service social, en attendant toujours une réponse et une décision de votre part.

Le patient a déjà été au bénéfice d'une rente AI pendant plusieurs années. Après une amélioration et une reprise de pouvoir gérer différemment sa vie, il a été pendant de longues années (environ 10 ans) à son compte et il a fonctionné d'une façon indépendante. Suite à des difficultés dans sa santé et dans l'organisation de sa vie professionnelle, il a présenté une aggravation de ses troubles psycho-affectifs qui l'ont amené à sa nouvelle situation clinique sur le plan psychiatrique.

Le patient se trouve en incapacité de travail à 100% depuis que je l'ai revu à ma consultation en avril 2009 et il est urgent de prendre une mesure pour son problème d'obésité car, en seulement 4 mois, le patient a pris 30 kg suite à son accident physique.

Je continue de voir régulièrement le patient qui est sous médication neuroleptique et anxiolytique. Il continue d'être suivi par UAT à [...] et par l'UAS et également par son curateur Monsieur X.\_\_\_\_\_ à la [...]."

Le 5 septembre 2012, X.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI de sa nomination en qualité de curateur à forme de l'art. 394 CC (code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210) de R.\_\_\_\_\_ en date du 16 avril 2012 par la Justice de paix du district de [...].

A teneur d'une « communication interne » du 1<sup>er</sup> novembre 2012, U.\_\_\_\_\_ a informé une collaboratrice de l'Office AI lors d'un entretien téléphonique du début octobre 2012, de l'éventuelle mise en œuvre d'un examen neuropsychologique de l'assuré.

Lors d'un entretien téléphonique d'une collaboratrice de l'OAI du 9 novembre 2012 avec U.\_\_\_\_\_, cette dernière a indiqué que les examens neuropsychologiques seraient effectués au début de l'année 2013. Cette psychologue précisait que l'OAI en serait tenu informé.

Dans un avis médical « audition » SMR du 22 novembre 2012, le Dr K.\_\_\_\_\_ a pris position en ces termes sur les dernières pièces médicales récoltées au dossier :

“A l'appui de son opposition, l'assuré produit un certificat médical de la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre, alléguant de fréquentes fluctuations de la thymie et une péjoration générale de l'état de santé.

Sans plus de détails, ce document ne saurait avoir valeur de preuve d'une aggravation.

En date du 24.2.2012, on trouve un bref rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ (Unité ambulatoire spécialisée) attestant un suivi depuis le 21.2.2010 pour une pathologie psychiatrique et addictive.

Pas plus que le précédent, ce document n'apporte d'arguments pour une aggravation de l'état de santé.

Suit un rapport de la Dresse P.\_\_\_\_\_ du 26.10.2012. Il y est fait état d'un SAS traité, d'une fracture de Maisonneuve et de la malléole postérieure droite en juillet 2012. Aucune de ces atteintes n'est à l'origine d'une incapacité de travail durable.

La Dresse P.\_\_\_\_\_ en disant que l'état dépressif persiste, avec des troubles de la concentration, de la mémoire et des idées paranoïdes. Elle évoque ensuite des facteurs sociaux. Elle atteste enfin une incapacité de travail depuis avril 2009. Elle insiste sur l'urgence de traiter l'obésité.

A cet égard, il convient de remarquer que l'incapacité attestée remonte à une date antérieure à l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ sur laquelle nous avons fondé notre avis. L'aggravation alléguée n'est pas confirmée.

Il n'y a pas de raison de modifier notre position.

Au vu de ce qui précède, je réponds comme suit à vos questions:

- Au vu des nouveaux éléments reçus, les conclusions de l'avis SMR du 5.10.2011 doivent-elles être modifiées ? Non.
- Devons-nous attendre les résultats des examens neuropsychologiques qui devraient être effectués au début 2013 avant de pouvoir se déterminer? Non. Des examens faits en 2013 ne peuvent pas avoir une portée rétrospective.”

Le 5 mars 2013, suivant les constatations du SMR, l'Office AI a fait savoir à l'assuré que les renseignements médicaux reçus dans le cadre des objections formulées à l'encontre de son projet de décision du 24 janvier 2012 n'apportaient aucun élément médical nouveau et/ou sur lesquels il était possible de démontrer une aggravation de l'état de santé. L'OAI estimait en conséquence que son projet de décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps devait être confirmé.

Par décision du 23 avril 2013, l'OAI a confirmé l'intégralité de son projet de décision rendu le 24 janvier 2012 en octroyant à l'assuré une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> février 2010 au 31 mai 2011. Ses constatations étaient les suivantes :

“Résultat de nos constatations:

En raison de votre état de santé, vous aviez été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 1992, votre taux d'invalidité ayant été fixé à 100%.

Cette prestation a été supprimée au 1<sup>er</sup> décembre 2002 avec demande de restitution des rentes versées du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 28 février 2003 étant donné que vous aviez obtenu des revenus importants qui ne nous permettaient pas de maintenir les prestations AI.

Le 27 août 2009, vous avez présenté une nouvelle demande AI en raison d'une rechute et nous avons repris l'examen de votre dossier.

A la demande de votre assurance perte de gain, la L. \_\_\_\_\_ assurances, vous avez été expertisé par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en janvier 2010, qui atteste une incapacité de travail à 100 % dès le 28 novembre 2008 pour des troubles psychiatriques.

Sur la base de ce rapport, et après une analyse médicale et économique de votre situation, nous estimons que depuis le 28 novembre 2008 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Afin de déterminer la capacité de travail encore exigible dans votre activité habituelle d'indépendant et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'un complément d'expertise auprès du Dr G.\_\_\_\_\_ était nécessaire.

Dans son rapport du 23 septembre 2011, l'expert, estime que votre état de santé psychique s'est progressivement amélioré depuis votre hospitalisation à [...] du 3 au 22 février 2010, et ceci malgré une non-observance au traitement anti-dépresseur. L'expert estime que l'atteinte psychiatrique actuelle est compatible avec une reprise de votre activité habituelle antérieure à plein temps au plus tard depuis le 8 février 2011.

Nous tenons à préciser que l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée.

Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas: procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté. (RCC 1978,65, 1970, 162).

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 28 novembre 2009, votre incapacité de travail et de gain est toujours de 100 % ce qui vous aurait ouvert le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009. Or nous constatons que votre demande AI, présentée le 27 août 2009 seulement, est tardive, les prestations AI étant allouées, au plus tôt, 6 mois après le dépôt de la demande, soit dans votre cas à partir du 1<sup>er</sup> février 2010."

**C.** Par acte du 24 mai 2013, R.\_\_\_\_\_, représenté par sa co-curatrice depuis le 26 mars 2013 en la personne de Me Annick Nicod, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Il a conclu avec dépens et principalement à la réforme de la décision querellée en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une

rente entière non seulement du 1<sup>er</sup> février 2010 au 31 mai 2011 mais également dès le 1<sup>er</sup> juin 2011 et pour une durée indéterminée. Il a conclu subsidiairement à l'annulation de la décision querellée et au renvoi du dossier de la cause à l'Office AI pour complément d'instruction par toutes voies utiles, y compris une expertise pluridisciplinaire, de son état de santé actuel et récent ainsi que, le cas échéant, l'activité adaptée dans laquelle il pourrait travailler puis pour nouvelle décision. Le recourant conteste en substance l'appréciation de son état de santé par l'intimé, lequel s'est fondé à cet effet sur les constatations et conclusions non étayées du complément d'expertise du 23 septembre 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_. R.\_\_\_\_\_ qualifie notamment cette expertise de contradictoire et lacunaire dans ses explications dès lors qu'il y est mentionné une amélioration de l'état psychique intervenue à la suite de la dernière hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de la Fondation de [...]. Il met en premier lieu en doute la partialité de ces experts préalablement mandatés par son assureur perte de gain L.\_\_\_\_\_ Assurances. Il oppose ensuite à l'avis des experts précités ceux de ses médecins traitants ; dans leur rapport du 22 juin 2010, le Dr W.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ posent les diagnostics invalidants de troubles dépressifs récurrents, épisode actuellement moyen (F33.10) et de troubles anxieux sans précision (F41.9) depuis 2008. Ces médecins retiennent une incapacité de travailler complète pour une durée indéterminée à réévaluer dans le délai d'une année, soit en juin 2011. Quant au rapport du 8 avril 2011 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, il confirme les troubles dépressifs récurrents, épisode à l'époque léger, mais une anxiété généralisée avec influence sur la capacité de travail. Le 16 février 2012, la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, précise que son patient est toujours en traitement et pour une durée indéterminée, ceci en raison de fréquentes fluctuations de l'état thymique et une péjoration générale de l'état de santé. Cet avis est corroboré par celui du 24 février 2012 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ de l'UAS étant précisé que ces spécialistes ont actuellement envisagé de faire procéder à des tests psychologiques et neuropsychologiques en vue d'expliquer l'état psychique invalidant de leur patient sur la durée. En soutenant que ces tests ne sauraient avoir d'effets rétroactifs, l'OAI n'aurait à tort pas tenu compte de l'état de santé dès

septembre 2011 et à ce jour. Le recourant observe au surplus que la reprise de son activité d'indépendant dans le domaine des vins et de la restauration n'est pas exigible de sa part en regard de ses atteintes à la santé. A le suivre, seule une activité manuelle avec peu de sollicitations devrait être envisagée, comme par exemple celle de cuisinier. Il précise pour terminer qu'en regard des hauts salaires obtenus dans son activité d'indépendant, la méthode de comparaison des revenus ne saurait dès lors aboutir qu'à l'octroi d'une rente AI entière en sa faveur.

Par décision du 6 juin 2013 du Juge instructeur, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 mai 2013, Me Annik Nicod, co-curatrice de R.\_\_\_\_\_, étant désignée en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 8 juillet 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Par réplique du 6 novembre 2013, le recourant a confirmé les conclusions prises à l'appui de son recours du 24 mai 2013. Il répète qu'outre le fait de mettre en cause le principe de choisir comme expert un médecin qui avait été déjà consulté par l'assurance perte de gain dans le contexte de droit privé, le Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ n'ont pas suffisamment motivé leur changement d'avis sur sa capacité de travail depuis leur première expertise de janvier 2010. Le recourant a cité les conclusions d'un certificat du 22 octobre 2013 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ de l'UAS du secteur psychiatrique de [...] de la Fondation de [...] adressé à son conseil, à la teneur suivante:

"L'échelle d'intelligence (WAIS-IV) effectuée le 06.02.2013, conclut à un fonctionnement intellectuel limite (QIT = 76). Les examens projectifs mettent en évidence un fonctionnement limite de la personnalité et des éléments laissent supposer une possible atteinte organique qui a été par la suite objectivée à l'aide d'un examen neuropsychologique. En effet, l'examen neuropsychologique met en évidence des difficultés de mémoire à court terme verbale, des difficultés en mémoire de travail et un fléchissement exécutif se manifestant principalement par un ralentissement.

Ces différents examens, pris isolément objectivent des troubles qui sont incompatibles avec la poursuite d'une activité en tant qu'indépendant.

Par ailleurs, il est connu que les comorbidités se potentialisent ce qui nous fait émettre de sérieux doutes quant à la possibilité pour M. R. \_\_\_\_\_ de recouvrer une capacité de travail dans une autre activité, davantage adaptée à ses troubles."

Le recourant estime sur la base de ces constatations être dans l'incapacité de poursuivre ou reprendre l'exercice d'une activité indépendante telle qu'il l'exerçait précédemment mais encore qu'il existe de sérieux doutes quant à sa possibilité de retrouver une capacité de travail même dans une autre activité davantage adaptée à ses atteintes à la santé.

Au terme de sa duplique du 25 novembre 2013, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'OAI relève que les constatations d'un « fonctionnement intellectuel limite » et d'un « fonctionnement limite de la personnalité » figuraient déjà parmi les diagnostics posés par le Dr G. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ dans leurs expertises des 10 février 2010 et 29 (recte : 23) septembre 2011 ; or selon ces experts, ces constats n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de sorte que l'extrait cité du certificat du 22 octobre 2013 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ ne contiendrait aucun élément ayant été ignoré par les experts précités et ne serait pas de nature à valablement rediscuter les conclusions du complément d'expertise de septembre 2011. L'intimé observe en outre que durant toutes ces années, les limites présentées par le recourant n'ont jamais entravé ce dernier dans l'obtention ou dans l'exercice d'une activité lucrative permettant de générer des gains conséquents, ceci tant comme salarié que comme indépendant si bien que la situation ne pourrait en aller différemment à l'heure actuelle ainsi qu'à l'avenir.

Interpellé par le tribunal, le recourant a produit, en date du 14 avril 2014, le rapport médical du 22 octobre 2013 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ cité dans sa réplique.

Au terme de ses déterminations du 8 mai 2014, l'intimé précise que faute pour le recourant d'avoir apporté de nouveaux éléments objectivement vérifiables dont le Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ n'auraient pas tenu compte dans le cadre de leur expertise et suffisamment pertinents pour l'amener à revoir son point de vue, il y avait lieu de proposer à nouveau le rejet du recours ainsi que le maintien de la décision attaquée. L'OAI a produit en annexe un avis médical du 6 mai 2014 des Drs K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ du SMR établi en relation avec le rapport médical du 22 octobre 2013 précité. Il en ressort ce qui suit :

“Le document produit par le mandataire juridique de l'assuré, daté du 22.10.2013 à la signature de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et de Mme U.\_\_\_\_\_, psychologue, fait état d'une intelligence limite (QIT 76), d'un fonctionnement limite de la personnalité. Une atteinte organique aurait été confirmée par des difficultés de mémoire verbale à court terme, des difficultés de mémoire de travail et un fléchissement exécutif.

L'ensemble serait incompatible avec une activité d'indépendant.

Ce bref rapport appelle les commentaires suivants :

- Dans son expertise de 2010, le Dr G.\_\_\_\_\_ mentionnait déjà l'intelligence aux limites inférieures de la norme. Il ne s'agit donc pas d'un élément nouveau dont il n'aurait pas été tenu compte. Précisons encore que la limite inférieure de la norme est toujours dans la norme. On ne parle pas ici de déficience mentale. Le niveau d'intelligence de l'assuré est dans les limites inférieures de la norme depuis toujours, et cela ne l'a pas empêché d'exercer diverses activités à titre salarié ou indépendant (technicien de salle, magasinier, polygraphe, restaurateur).
- De même, le fonctionnement limite de la personnalité est relevé par le Dr G.\_\_\_\_\_. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une manière de fonctionner constitutive de la personnalité de l'individu, mais pas d'une atteinte pathologique incapacitante. Dans ce cas, on aurait parlé de «trouble de la personnalité décompensé».
- Une atteinte cérébrale organique ne peut être confirmée que par un examen objectif tel qu'un EEG [électro-encéphalogramme] ou un examen d'imagerie par exemple. Un examen neuropsychologique, aussi complet soit-il, permet de suspecter une origine organique, mais en aucun cas de la confirmer. Si les auteurs du document confirment l'origine organique des déficits constatés, pourquoi ne précisent-ils pas de quelle nature est cette atteinte? S'agit-il d'un processus expansif tumoral ? d'une atteinte dégénérative ? toxique ? Pourquoi les examens adéquats (IRM) n'ont pas été ordonnés ?

- Quels que soient les déficits constatés, on ne saurait avancer qu'ils existaient déjà lors de la décision contestée. Par ailleurs, de manière plus générale, ce document ne précise pas quels tests ont été réalisés. Plutôt qu'un bref certificat, il eût été préférable de fournir le compte-rendu intégral des examens pratiqués."

Dans ses déterminations du 28 mai 2014, le recourant a précisé la conclusion subsidiaire de son recours du 24 mai 2013 dans le sens du renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour mise en œuvre par ce dernier de toutes mesures médicales (IRM, EEG, etc.) de nature à décrire l'atteinte cérébrale organique dont souffrirait R. \_\_\_\_\_ et préciser leurs conséquences sur sa capacité de travail. Le recourant considère en effet qu'au vu du rapport médical du 22 octobre 2013 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_, il apparaît hautement vraisemblable qu'il existe une origine cérébrale organique à la base de son trouble psychique. Seulement une fois cette éventuelle atteinte organique mise en évidence et documentée, il sera possible de trancher le litige en toute connaissance de cause.

Le 13 juin 2014, l'Office AI a indiqué que la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires n'était pas justifiée en l'espèce. Il a confirmé pour le surplus sa position tendant au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il retient à l'instar du SMR dans son avis du 6 mai 2014 que quels que puissent être les déficits susceptibles d'être constatés par la réalisation d'un électro-encéphalogramme ou d'une IRM, il ne saurait être établi que lesdites atteintes étaient présentes déjà lors de sa décision rendue le 23 avril 2013. Il rappelle au surplus que le fonctionnement intellectuel limite invoqué par les psychiatres traitants dans leur certificat du 22 octobre 2013 représente un aspect ayant déjà été pris en compte par le Dr G. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ dans leurs rapports d'expertise des 10 février 2010 et 23 septembre 2011.

Le 4 décembre 2014, le recourant a informé la Cour de céans du retrait de sa demande d'assistance judiciaire en indiquant avoir entre-temps obtenu la couverture du cas par son assurance de protection juridique.

## **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 let. a LPA-VD). L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit 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 LPA-VD s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** 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.** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non

critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**3. a)** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

L'article 17 LPGA prévoit que, 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 (al.1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/2003 du 30 décembre 2003, consid. 2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver

une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

**b)** Par décision du 13 décembre 2002 entrée en force, l'OAI avait supprimé la rente entière allouée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1992 rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 1999 au vu des comptes d'exploitation de l'entreprise de l'assuré pour les années 1999 et 2000, ceci avec demande de restitution des rentes versées du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 28 février 2003. A la suite de la nouvelle demande de rente déposée le 27 août 2009, l'Office AI est, par décision du 23 avril 2013, entré en matière et a octroyé au recourant une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> février 2010 au 31 mai 2011. Est donc litigieux le droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> juin 2011.

En l'espèce, l'OAI a procédé à une comparaison des faits existants lors de la décision du 13 décembre 2002 avec ceux à prendre en compte lors de la décision attaquée du 23 avril 2013, étant rappelé que la demande de prestations faisant l'objet de cette décision date du 27 août

2009. Il a reconnu que l'état de santé du recourant s'est aggravé et qu'il a présenté une incapacité de travail totale à compter du 28 novembre 2008 jusqu'au 7 février 2011. Reste litigieuse la question de savoir si l'aggravation de l'état de santé reconnue par l'OAI à compter du 28 novembre 2008 s'est prolongée au-delà du 7 février 2011.

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

**5.** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

**6. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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\_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les

médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être 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; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**b)** 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 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 et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait

que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C\_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (TF 9C\_791/2012 du 1<sup>er</sup> mars 2013, consid. 3.3, 9C\_113/2008 du 11 novembre 2008, consid. 4.2 et 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012, consid. 2, 9C\_885/2007 du 15 septembre 2008, consid. 3.2, 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012, consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au

besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

**7.** En l'espèce, l'OAI a retenu dans sa décision - suivant en ce sens l'avis du SMR du 5 octobre 2011, lui-même basé sur les conclusions du complément d'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ -, que l'atteinte psychique actuelle du recourant était compatible avec une reprise de l'activité habituelle d'indépendant à plein temps, ceci au plus tard dès le 8 février 2011. Par rapport à leur première expertise psychiatrique du 10 février 2010 au terme de laquelle ils avaient conclu à une incapacité de travailler à 100%, les experts précités ont cette fois-ci posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'état dépressif majeur récurrent de gravité légère et/ou troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, de non ou mauvaise observance au traitement, de dépendance éthylique et de personnalité immature avec traits limites. Selon le Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, il existerait une amélioration progressive de l'état psychique du recourant depuis son hospitalisation du 3 au 22 février 2010 à l'hôpital psychiatrique de la Fondation de [...] malgré une non-observance au traitement anti-dépresseur.

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit plusieurs rapports de ses médecins traitants, dont notamment en dernier lieu un certificat émanant de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_. Il soutient que ce rapport établi le 22 octobre 2013 attesterait l'existence d'éléments de nature à rendre plausible la péjoration de son état de santé ; la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ font état d'une intelligence limite (QIT 76), d'un fonctionnement limite de la personnalité ainsi que d'une atteinte organique supposée puis confirmée à l'examen neuropsychologique (difficultés de mémoire verbale à court terme, difficultés de mémoire de travail et un fléchissement exécutif). Le recourant s'estime ainsi en incapacité de poursuivre ou reprendre l'exercice d'une activité indépendante telle qu'il l'exerçait précédemment voire éventuellement ne

plus bénéficiaire d'aucune capacité de travail même dans une activité davantage adaptée à son état de santé ; il soutient qu'il apparaît hautement vraisemblable qu'il existe une origine cérébrale organique à la base de son trouble psychique et que ce n'est qu'une fois cette éventuelle atteinte mise en évidence qu'il sera possible de se déterminer en toute connaissance de cause sur son droit à la rente.

Suivant les Drs K. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ du SMR, l'OAI est d'un avis opposé à celui du recourant ; l'intimé considère d'une part que les affections à la santé d'intelligence limitée et de fonctionnement limité de la personnalité ont déjà été relevées et prises en compte par les experts dans leurs expertises psychiatriques de février 2010 et septembre 2011. Il avance d'autre part que si un examen neuropsychologique a pu permettre de suspecter une origine organique, un tel examen aussi complet soit-il ne permet en aucun cas de la confirmer ; dans leur avis du 6 mai 2014, les médecins du SMR reprochent ainsi aux psychiatres traitants de ne pas avoir ordonné d'examens plus spécifiques tels un électro-encéphalogramme (EEG) ou une imagerie par résonance magnétique (IRM), seuls à même d'éventuellement confirmer la présence d'une atteinte cérébrale organique chez le recourant. Les Drs K. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ ajoutent que quelque puissent être les déficits constatés par un EEG ou une IRM, il serait de toute manière impossible d'établir que ces atteintes étaient présentes au moment de la décision querellée. L'OAI estime par conséquent que la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires à l'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ ne se justifie pas.

**a)** Après avoir notamment pris connaissance du fait qu'il avait été annoncé depuis octobre 2012 que des examens neuropsychologiques allaient être effectués par les médecins traitants au début de l'année 2013 afin d'expliquer l'état psychique invalidant de l'assuré sur la durée, dans un avis médical « audition » du 22 novembre 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ - suivi dans les faits par l'intimé qui a rendu la décision attaquée le 23 avril 2013 - affirmait que les tests neuropsychologiques en question n'étaient pas aptes à décrire une situation qui prévalait dans le passé (« Des examens

faits en 2013 ne peuvent pas avoir une portée rétrospective ») de sorte qu'il n'était pas nécessaire d'en attendre les résultats pour pouvoir se déterminer. C'est uniquement après leur réalisation que ce même médecin du SMR relève que si ces examens neuropsychologiques permettent de suspecter une origine organique, il y a cependant lieu d'être plus spécifique sur l'origine organique des déficits constatés ; à suivre les Drs K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ (cf. leur avis médical SMR du 6 mai 2014), pour objectiver, le cas échéant, une atteinte invalidante, un EEG ou une IRM s'avèrent devoir être mis en oeuvre. L'OAI retient ainsi que n'ayant pas effectué de tels examens, le recourant doit en être pénalisé par le rejet de son recours. A l'instar du recourant, on constate que la position de l'intimé n'est pas défendable. Il n'est en effet pas possible à l'Office AI de reprocher a posteriori au recourant des manquements dans les examens réalisés par ses médecins sur l'origine organique de son état de santé psychique alors même qu'il ressort des explications du SMR de novembre 2012 que les examens neuropsychologiques envisagés au début 2013 étaient considérés comme étant inutiles dans le cas particulier. Pour que la position de l'OAI se tienne, les médecins du SMR auraient dû rendre attentif l'intimé, en novembre 2012 déjà, à l'importance des résultats des examens envisagés par les psychiatres traitants et notamment quant au besoin d'un EEG ou d'une IRM du recourant. Or, tel n'a pas été le cas en l'espèce.

De plus, et contrairement à ce qu'en dit l'intimé, le complément d'expertise du 23 septembre 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ est par ailleurs peu probant (sur la notion de valeur probante d'un rapport médical, cf. consid. 6b supra) ; le versant psychotique de l'assuré relevé en février 2010 par le Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ n'est plus mentionné dans leur complément du 23 septembre 2011 alors que les autres médecins le relèvent (cf. le rapport du 24 mars 2010 des Drs T.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, le rapport du 22 juin 2010 du Dr W.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, le rapport du 8 avril 2011 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ainsi que les rapports des 25 février 2011 et 26 octobre 2012 de la Dresse P.\_\_\_\_\_). Au surplus, tous les autres médecins s'accordent sur le caractère secondaire (et non pas primaire) de la dépendance alcoolique du

recourant, alors que le Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ le déclarent « en grande partie primaire » sans toutefois l'étayer. De manière générale, le complément d'expertise de septembre 2011 peine à convaincre. En février 2010, les experts concluent à une incapacité de travail totale liée à des facteurs inhérents à la personnalité de l'assuré ; ils relèvent depuis l'été 2009, une évolution sur un mode très régressif et apragmatique avec un sujet en proie à des manifestations anxieuses et qui semble très limité intellectuellement (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2010 du Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, p. 20). Environ une année et demi plus tard, ces mêmes experts observent une symptomatologie dépressive de gravité légère tout comme la symptomatologie anxieuse (cf. complément d'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, p. 14). Or, l'unique explication fournie en lien avec le changement précité se base, à dire d'experts, sur une amélioration progressive de l'état psychique du recourant consécutive à son hospitalisation du 3 au 22 février 2010 (cf. complément d'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, p. 16), ceci malgré une non-observance au traitement anti-dépresseur mis en œuvre (cf. complément d'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, p. 14). Or, l'hospitalisation en question l'a été sur un mode volontaire et principalement pour un sevrage alcoolique de l'assuré avec cure de désintoxication (cf. rapport du 17 février 2010 de la Dresse P.\_\_\_\_\_). Les explications des experts emportent d'autant moins la conviction qu'elles se fondent sur l'appréciation du 8 avril 2011 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, lesquels spécialistes estimaient quant à eux que leur patient présentait toujours une incapacité de travail totale de durée indéterminée et évoquaient une hypothétique récupération les années suivantes en proposant une réévaluation au début 2012. Outre l'absence d'une explication objective des experts en lien avec l'évolution clinique favorable évoquée de la symptomatologie psychiatrique par rapport à leur précédente expertise, on doit également admettre avec le recourant que l'avis de ses médecins traitants diverge du Dr G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail. Ainsi, dans leur rapport du 22 juin 2010, le Dr W.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ retiennent une incapacité de travailler à 100% pour une durée

indéterminée en raison des pathologies psychiatriques invalidantes du recourant. Le 16 février 2012, la Dresse P. \_\_\_\_\_ certifie toujours traiter l'assuré et ceci pour une durée indéterminée. Mentionnant de fréquentes fluctuations de l'état thymique ainsi qu'une péjoration générale de l'état de santé de son patient depuis février 2011, cette psychiatre atteste, le 26 octobre 2012, une incapacité de travailler à 100% depuis avril 2009 à cause d'un état dépressif récurrent avec de graves troubles de l'humeur, de graves troubles du sommeil et de la concentration, d'idées paranoïdes avec sentiment d'être surveillé et persécuté. Cette évaluation est corroborée par la Dresse Q. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ qui précisent que l'assuré présente une pathologie psychiatrique au premier plan (cf. le rapport du 24 février 2012 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_). En présence d'une atteinte à la santé vraisemblablement ancienne, il paraît peu possible de soutenir à l'instar de l'intimé que les tests psychologiques et neuropsychologiques réalisés par les médecins traitants au début 2013 ne sauraient avoir une portée rétrospective. Il n'existe en l'état aucun élément médical au dossier permettant de retenir que l'atteinte cérébrale organique suspectée soit postérieure ou antérieure à la décision litigieuse du 23 avril 2013.

**b)** L'OAI soutient que le fonctionnement intellectuel limité invoqué le 22 octobre 2013 par les psychiatres traitants représente un aspect ayant été pris en compte dans le cadre de la rédaction du rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ daté du 10 février 2010 ainsi que dans leur complément du 23 septembre 2011.

Or, l'aspect mental ne saurait être négligé dans le cas particulier. Il est en effet admis que la quantification exacte du quotient intellectuel (QI) peut avoir un caractère invalidant (cf. TFA I 642/2004 du 6 décembre 2005, consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011, consid. 6.2). Ainsi, selon le chiffre 1011 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) édictée par l'Office Fédéral des Assurances Sociales (ci-après : l'OFAS), toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbécillité, idiotie, démence) doit être quantifiée au moyen de séries de tests adéquats. Un

quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite. Certes, celui du recourant est légèrement supérieur, mais vu la situation et l'éventuelle atteinte cérébrale organique, il demeure toutefois nécessaire de procéder à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social, ce d'autant plus que le recourant semble avoir toujours eu, à plus ou moins long terme, des difficultés dans ses activités professionnelles. Or, rien au dossier ne permet de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'existence d'un éventuel lien entre le parcours professionnel difficile ainsi que les difficultés administratives du recourant et ses facultés intellectuelles limitées ou une éventuelle atteinte organique.

**c)** Il s'ensuit qu'au vu des opinions contraires d'autres spécialistes auxquelles on peut également attribuer un caractère probant et qui s'avèrent aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions du complément d'expertise psychiatrique de septembre 2011 du Dr G. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_, la cause ne saurait être tranchée d'une part en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. D'autre part, au vu de l'absence au dossier de tout élément médical apte à établir quelle est l'atteinte cérébrale organique et si cette atteinte est postérieure ou antérieure à la décision attaquée, la Cour de céans ne peut établir en l'état si le recourant a rendu plausible ou non une aggravation de son état de santé qui aurait perduré au-delà du 7 février 2011. Il apparaît dès lors justifié de renvoyer le dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical. Il appartiendra ainsi à l'office intimé d'ordonner qu'il soit procédé à toutes les mesures médicales nécessaires, à savoir une IRM, un EEG ainsi qu'une expertise psychiatrique et neuropsychologique complémentaire conformément à la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, permettant notamment de décrire l'atteinte cérébrale organique dont souffrirait R. \_\_\_\_\_ et de préciser son origine et les conséquences de dites atteintes sur sa capacité de travail. Compte tenu de l'issue du litige, la question de savoir si l'intimé était ou non fondé à choisir comme expert un médecin ayant préalablement été consulté par

l'assureur perte de gain dans le contexte de droit privé peut demeurer indécise en l'état.

**8.** En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

**a)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe.

**b)** Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 al. 2 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]) et qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. compte tenu de la complexité de l'affaire.

**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 23 avril 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais de justice, 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 R. \_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Annik Nicod (pour R. \_\_\_\_\_),
- 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 :