

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mars 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Zbinden et Monod, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

C._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Eric Kaltenrieder, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. C._____, né en 1976, marié et père de deux enfants, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité d'aide-maçon pour le compte de l'entreprise [...] par l'intermédiaire de l'agence de travail [...] SA à [...] du 30 mai au 30 novembre 2007 (contrat de durée indéterminée). Dès le 16 juillet 2007, il a présenté une incapacité de travail en raison de lombalgies. Le 20 juillet 2007, il a été victime d'un accident non professionnel : alors qu'il marchait de nuit dans son appartement, il s'est violemment tapé le pied dans un pot-de-fleur, déclaration-LAA du 23 juillet 2007). La T._____ Assurances (par la suite la V._____ Assurances), assurance-maladie collective perte de gain, a versé des indemnités journalières en cas de maladie, alors que les suites de l'accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la CNA).

Dans un rapport médical du 11 août 2007 adressé à la T._____ Assurances, la Dresse D._____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté une incapacité de travail à 100 % du 16 au 20 juillet 2007, puis à 50 % du 21 au 31 juillet 2007 avec reprise du travail prévue le 1^{er} août 2007. L'assuré s'est ensuite rendu au Portugal en vacances où il a été hospitalisé du 18 au 21 août 2007, selon ses déclarations, pour une appendicectomie pratiquée le 19 août 2007. Dans son rapport du 7 septembre 2007 adressé à la V._____ Assurances, le Dr P._____, médecin généraliste, a attesté une incapacité de travail totale dès le 18 août 2007 pour une durée d'un mois environ. Enfin, le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué dans son rapport du 22 octobre 2007 adressé à l'assureur perte de gain que son patient souffrait d'un état dépressif sévère depuis la fin septembre 2007, si bien qu'il l'avait adressé au Centre F._____. Le Dr R._____ a attesté une incapacité de travail totale du 1^{er} au 5 octobre 2007, laquelle a été prolongée par le psychiatre traitant dès la date précitée pour une durée indéterminée. Ainsi, dans un rapport du 25 octobre 2007 adressé à la V._____ Assurances, les Dresses Q._____ et K._____,

respectivement cheffe de clinique et médecin assistante à l'Unité urgences-crise du Centre F._____, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2). S'agissant de l'évolution du cas, les médecins précités ont exposé ce qui suit :

"M. C._____ présente une symptomatologie dépressive sous forme de tristesse, retrait social, aboulie, anhédonie, troubles de la concentration, difficultés à gérer ses émotions, le patient s'énerve facilement, troubles du sommeil et diminution de l'appétit, apparue progressivement depuis une opération de l'appendicite en août dernier et péjorée depuis qu'il a appris que son père était atteint d'une maladie grave en septembre 07, ayant aggravé les difficultés de couple chez ce patient d'origine portugaise, maçon, marié et père de 2 enfants.

Au début de notre prise en charge, la symptomatologie dépressive était à son maximum, avec présence d'idées suicidaires, amendées depuis lors. Nous avons également observé une légère amélioration psychique au cours des entretiens et sous un traitement antidépresseur et anxiolytique".

Par courrier du 21 novembre 2007, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'intéressé pour le 30 novembre 2007.

Au vu de ces éléments, la V._____ Assurances a mandaté le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 14 mai 2008 faisant suite à un entretien avec l'assuré en date du 13 mars 2008 (en présence d'un interprète indépendant), l'expert a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive actuellement de gravité légère à moyenne (DD [diagnostic différentiel] : épisode dépressif majeur), de personnalité frustrée à fonctionnement passif-agressif, d'intelligence probable aux limites inférieures de la norme et d'éventuelles difficultés conjugales. S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr H._____ a exposé ce qui suit :

"L'évolution sous traitement médical bien conduit - l'observance au traitement est bonne, cf. § 3.2 - semble favorable de notre point de vue. Cet **épisode dépressif majeur** peut être qualifié de **gravité moyenne à légère (dd : trouble de l'adaptation** tout au plus).

Frappe surtout ici une **personnalité fruste, d'intelligence limitée**, chez un sujet qui adopte une **attitude passive, agressive**. Il est flou, peu collaborant, évasif, avec une tendance à la mise en échec de toutes propositions constructives. Il semble amplifier ses difficultés lors du questionnement direct, et présente une certaine suggestibilité. Toutes questions ayant trait à son avenir professionnel est systématiquement mis en échec sur un mode passif-agressif. [sic]

L'attitude de M. C._____, une forme de revendication explicite peut justifier par avance la discordance d'appréciation entre le médecin traitant et le médecin expert, le premier par définition, faisant le postulat de sincérité de son patient.

D'autre part, force est de constater que l'assuré, après plus de 10 ans passés en Suisse, ne maîtrise absolument pas le français. Autrement dit, sans avoir recours à un interprète indépendant, il serait bien difficile d'obtenir des informations fiables ou de qualité, tant par les éléments anamnestiques que pour réaliser un examen clinique. Apparemment, il ne bénéficierait pas de la présence d'un interprète pour son suivi psychiatrique actuel, ceci expliquant aussi cela.

(...) On ne peut dès lors que s'inquiéter de l'évolution régressive vers une forme d'invalidisation chez ce sujet de 32 ans qui paraît, pour des raisons qui nous échappent en grande partie, se conforter dans une entité de malade.

Si, dans le cas d'un état dépressif majeur sévère, l'incapacité de travail complète est justifiée pour donner du temps au patient de se remettre, en étant éloigné d'une situation stressante et permettre aux antidépresseurs et aux traitements d'avoir un effet, tel n'est plus le cas quand il s'agit d'un épisode dépressif léger à moyen, comme c'est le cas de l'assuré. L'évolution vers une forme de régression, une attitude passive-agressive, chez un sujet manifestement d'intelligence très limitée qui fait preuve de peu de volonté d'intégration linguistique est de mauvaise augure.

Il s'agit maintenant d'envisager progressivement sa réinsertion dans une activité professionnelle de son choix, car cette situation risque rapidement d'aboutir à une impasse.

Nous estimons que sa capacité de travail est complète dès le 1.4.2008. C'est dans son activité habituelle que l'assuré pourra au mieux valoriser sa capacité de travail".

Par courrier du 2 juin 2008, la V._____ Assurances a mis un terme au versement de ses prestations au 30 avril 2008, sur la base des conclusions du rapport d'expertise du Dr H._____. A la demande du

médecin traitant, l'assureur a cependant dans l'intervalle convoqué l'assuré à trois reprises (soit en date des 2 avril, 28 mai et 1^{er} juillet 2008) en vue d'un examen médical complémentaire. L'intéressé ne s'y est toutefois pas rendu.

Par certificat médical intermédiaire du 20 août 2008 adressé à la V._____, Assurances, les Dresses Z._____, et N._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Centre F._____, ont estimé que durant sa dernière hospitalisation du 23 juin au 21 juillet 2008, le patient souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à léger, et de troubles mixtes de la personnalité avec traits dépendants et narcissiques. Durant ses hospitalisations, soit du 14 au 21 janvier 2008, du 29 mars au 2 avril 2008 et du 23 juin au 21 juillet 2008, l'assuré présentait une totale incapacité de travail, renvoyant pour les autres périodes aux psychiatres traitants, soit les Drs K._____ et S._____, médecin assistant à l'Unité de psychiatrie A._____.

Par courrier du 24 septembre 2008, les Dresses Q._____ et K._____ ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques; probable intelligence limitée et difficultés avec le conjoint. Elles ont indiqué que du 5 octobre 2007 au 9 avril 2008, *"le patient présentait une incapacité de travail à 100 % en raison d'une symptomatologie dépressive sévère avec symptômes psychotiques sous forme de mutisme, de perplexité, de discours parfois confus, de réponse à côté, de sentiment de vide et d'impression de ne plus exister"*. Elles n'ont pas énoncé de pronostic.

Dans un rapport du 3 octobre 2008, les Drs L._____, médecin-adjoint à l'Unité de psychiatrie A._____ et S._____ ont indiqué que le patient avait été hospitalisé en milieu psychiatrique à cinq reprises depuis octobre 2007 et ont attesté une incapacité de travail totale depuis la date précitée. Ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à léger, sans syndrome somatique et de troubles mixtes de la personnalité. Au vu du grave trouble de la

personnalité dont souffrait l'assuré, ils ne pouvaient se prononcer quant à l'évolution de sa capacité de travail.

Dans un courrier daté du 3 février 2009 (en réponse à une demande du Dr H._____ du 25 novembre 2008), les Drs J._____, chef de clinique adjoint à l'Unité de psychiatrie A._____, et S._____, ont mentionné que l'assuré venait en consultation une fois toutes les 3 à 4 semaines. A trois reprises, le patient avait bénéficié d'un traducteur, mais les médecins précités n'avaient pas eu l'impression que cette traduction amenait plus d'éléments tant au niveau de la compréhension que de l'élocution, avis partagé par une infirmière portugaise et par la psychologue ayant effectué des tests. Ils ont justifié l'incapacité de travail par une décompensation du trouble de la personnalité (exacerbation des traits narcissiques et immatures). Ils ont également mis en évidence une intelligence limite (QI performance à 53) avec une organisation dysharmonique, ainsi qu'une structure psychotique de la personnalité. Ils ont enfin relevé que les conflits de couple avaient pris une telle importance que l'épouse de l'assuré lui avait demandé de quitter le domicile conjugal. L'assuré vivait à présent chez sa sœur en l'absence d'un autre lieu de vie possible.

Dans un rapport complémentaire du 27 février 2009 (à l'expertise du 14 mai 2008) faisant suite à un entretien avec l'assuré du 21 novembre 2008, le Dr H._____ a retenu un état dépressif majeur, actuellement de gravité légère à moyenne, une personnalité avec des traits narcissiques et dépendants (immature), une intelligence limite, ainsi qu'un conflit conjugal. Il a en outre indiqué ce qui suit à propos de l'évolution entre les deux rapports d'expertise :

"La situation actuellement semble figée par l'existence d'un litige asséculoologique avec la V._____ Assurances et d'autre part - comme nous l'avons appris - par le fait que son épouse a envisagé une séparation : ils ne se parlent plus depuis une année. Et d'une certaine manière, l'assuré exerce probablement une sorte de chantage sur son entourage.

Nous savons (courrier de l'Unité de psychiatrie A._____ du 03.02.2009) que l'assuré a depuis quitté le domicile familial pour habiter chez sa sœur. M. C._____ a 32 ans.

Outre des facteurs familiaux, des éléments du registre extra-médical jouent un rôle dans ce comportement d'invalidé qu'il s'agit aussi de combattre.

Le maintien de l'inactivité risque de l'amener à terme dans une impasse. Le problème ici étant psychologique et pédagogique, il s'agit alors de réfléchir au meilleur moyen de programmer la reprise d'une activité. Il y a manifestement peu d'espoir de succès par de simples mesures incitatives, et M. C._____ se montre particulièrement disqualifiant vis-à-vis de sa prise en charge psychothérapeutique. Il s'agit maintenant de fixer des limites à ses attentes de dispense de ses obligations professionnelles. L'assuré est dramatique et revendicateur. Ceci explique pour l'essentiel la différence d'appréciation potentielle entre le médecin traitant et le médecin expert. Le premier faisant le postulat de sincérité de son patient, ce que l'on ne saurait lui reprocher.

Les éléments intercurrents relevés dans le rapport de l'Unité de psychiatrie A._____ du 03.02.2009, peuvent justifier une aggravation de la décompensation de la personnalité et une réaction émotionnelle importante. En conséquence, il faut bien reconnaître qu'il paraît probablement justifié de poursuivre l'incapacité de travail, et ceci depuis avril 2008 même si à certaines périodes l'assuré aurait pu assumer, de notre point de vue, une activité professionnelle. Cette situation est particulièrement complexe vu l'intrication des éléments médicaux objectifs et un comportement probablement revendicateur, presque sinistrosique qu'il s'agit aussi de prendre en compte.

Cette situation devrait être brièvement réévaluée fin mars 2009.

En conclusion, le diagnostic retenu est le même que celui de notre expertise délivrée, le 14.05.2008, et correspond d'ailleurs à l'appréciation du [...]".

b) Dans l'intervalle, soit en date du 23 septembre 2008, C._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après OAI).

Dans un rapport médical du 4 décembre 2008 demandé par l'OAI, les Drs J._____ et S._____ ont posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec traits passifs-agressifs, narcissiques et antisociaux et d'épisode dépressif moyen, sans symptôme psychotique. Ils ont indiqué que le patient présentait une très pauvre tolérance à la frustration, un manque de motivation, un retrait social important auxquels se rajoutaient des troubles de la concentration avec des pics de colère à la

moindre contradiction. Ils ont attesté une reprise de l'activité professionnelle à 50 % dès le 1^{er} décembre 2008, avec une augmentation de la capacité de travail selon l'évolution clinique.

Au vu de la situation de cet assuré, l'OAI a examiné la possibilité de lui proposer une mesure de réinsertion. Lors d'un entretien téléphonique du 27 novembre 2008 entre l'OAI et le Dr S._____, ce dernier a estimé qu'il était urgent d'entreprendre quelque chose afin d'éviter que le patient ne s'enlise davantage dans la situation actuelle. Aucun trouble psychiatrique n'était mis en évidence, malgré son incapacité à gérer sa frustration et les poussées de colère qui s'en suivaient. Une reprise d'activité visant une capacité de travail à 50 % était adaptée selon lui (note d'entretien du 16 décembre 2008).

Par communication du 6 février 2009, l'OAI a pris en charge une mesure d'intervention précoce pour la période allant du 26 janvier au 25 avril 2009 auprès de X._____ à [...] (entraînement à l'endurance ; au début de la mesure 2h/jour, 4 jours par semaine, puis augmentation progressive à 8h/jour, 4 jours par semaine à la fin du 3^{ème} mois) dans le cadre d'un contrat d'objectifs signé avec l'assuré le 2 février 2009. Au cours de la mesure, l'assuré n'est pas arrivé à tenir le taux prévu équivalent au minimum requis des objectifs de la mesure. Une modification de la médication a modifié le comportement de l'assuré (très ralenti dans tous les actes quotidiens, fonctions cognitives diminuées, absences répétées en raison d'une grande fatigabilité). Le responsable de la mesure semblait soupçonner que l'assuré consommait de l'alcool en sus de la médication (note de l'OAI du 24 février 2009). L'intéressé a finalement été hospitalisé, les psychiatres traitants attestant une incapacité totale de travail du 18 février au 1^{er} mars 2009 (certificat médical du 23 février 2009). Le Dr S._____ a toutefois préconisé la reprise de la mesure de réentraînement au travail, malgré un pronostic réservé sur la capacité de l'assuré à poursuivre une telle mesure (entretien du 5 mars 2009 avec l'OAI). L'assuré n'est finalement venu qu'une seule fois en raison d'une blessure à la main gauche (quinze points de suture).

Dans le cadre d'un bilan mensuel du 1^{er} mai 2009 relatif à la mesure, le responsable a mentionné que le taux de présence de l'intéressé n'avait pas pu être augmenté, car il lui avait été très difficile d'assurer deux heures par jour de présence. Selon lui, l'assuré n'était actuellement pas en mesure de retrouver une activité professionnelle, raison pour laquelle il paraissait souhaitable que sa situation médicale soit réexaminée.

c) Dans un 2^{ème} rapport complémentaire du 28 mai 2009 (à ses rapports des 14 mai 2008 et 27 février 2009, établis pour la V. _____ Assurances), le Dr H. _____, après un entretien avec l'assuré en date du 9 avril 2009, a constaté qu'il présentait un épisode dépressif atypique de gravité légère tout au plus, à moyenne, se posant comme une victime, mettant en échec par avance "*tous les possibles*". Il a également retenu une personnalité narcissique renvoyant à la conception d'une personnalité borderline, relevant en outre le fait que l'intéressé paraître paraissait fixé sur sa maladie, implicitement revendicateur. Sa situation semblait stabilisée, puisqu'il habitait à présent chez sa sœur, menant une existence paraissant assez passive et oisive. Le Dr H. _____ a dès lors attesté une pleine capacité de travail dès le 9 avril 2009, correspondant à la date de l'examen de l'expertise. Il a en effet estimé que l'assuré devait être en mesure, s'il en avait la motivation, ce qui restait à démontrer, de reprendre à 100 % une activité manuelle simple, comme dans la construction, et a exclu un reclassement sous l'égide de l'OAI. S'agissant de l'appréciation du cas, il a notamment exposé ce qui suit :

"En effet, l'assuré est jeune (32 ans), et manifestement, il y a peu d'espoir de succès par de simple mesure incitative. Il s'agit de lui fixer des limites à ses attentes, ses espoirs de guérison, de dispenses de ses obligations professionnelles. Il existe aussi un ensemble d'éléments qui peut suggérer un tableau d'amplification des symptômes. Enfin, mis à part un conflit conjugal, il n'y a pas de facteur de stress majeur. Il paraît bien entouré par sa famille".

Se basant sur le rapport précité du Dr H._____, la V._____ Assurances a mis un terme au versement des indemnités journalières en cas de maladie avec effet du 31 mai 2009.

d) Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son service médical régional (ci-après SMR). Par avis médical du 15 juillet 2009, le SMR a constaté que l'assuré avait présenté des incapacités de travail successives, soit à 100 % d'octobre 2007 au 30 novembre 2008, à 50 % du 1^{er} décembre 2008 au 17 février 2009, à 100 % du 18 février au 8 avril 2009. Dès le 9 avril 2009, la capacité de travail était entière dans toute activité.

B. a) Par communication du 28 juillet 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel, l'assuré ayant retrouvé une pleine capacité de travail dès le 9 avril 2009.

Par projet de décision du 2 septembre 2009, l'OAI, se référant aux expertises psychiatriques effectuées par le Dr H._____, a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} octobre 2008 (à l'échéance du délai de carence d'une année) au 31 juillet 2009 (soit trois mois après l'amélioration du 9 avril 2009).

b) En date du 11 novembre 2009, l'assuré a contesté la suppression de la rente au 31 juillet 2009. Il a produit à cet effet un rapport d'expertise du 8 octobre 2009 du Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, réalisé à sa demande (par l'intermédiaire de son assurance protection juridique). Ce praticien, après un entretien avec l'intéressé le 1^{er} septembre 2009, a objectivé un trouble dépressif majeur isolé d'intensité sévère et avec caractéristique psychotique, un abus d'alcool, un trouble de la personnalité non spécifié décompensé et un conflit de couple. Il a attesté une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique à partir du mois d'août voire juillet 2007, laquelle persistait à ce jour.

c) Par avis médical du 29 mars 2010 du SMR, la Dresse Y._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné si l'expertise du Dr W._____ était susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr H._____. Elle a relevé les éléments suivants :

"Dans son rapport d'expertise du 08.10.09, le Dr W._____ objective un trouble dépressif majeur isolé, cette fois-ci d'intensité sévère et avec caractéristique psychotique, abus d'alcool, trouble de la personnalité non spécifié décompensé, conflit de couple et selon lui une incapacité de travail psychiatrique entière doit être reconnue à partir du mois d'août voire juillet 2007 et elle persiste à ce jour. Or, la symptomatologie psychotique annoncée par l'expert est seulement anamnétique et floue car aucun symptôme n'a été objectivé, et les critères cliniques selon la CIM-10 en faveur d'un état dépressif sévère ne sont pas réunis. En l'absence de symptômes psychotiques et schizophréniques positifs ou négatifs, c'est très difficile à comprendre le diagnostic différentiel avec une schizophrénie en phase prodromique et un trouble psychotique non spécifié proposé par le Dr W._____, car il n'y a aucun argument clinique en faveur d'un tel diagnostic.

Le diagnostic d'abus d'alcool, est peu clair car, d'une part à la page 23 l'assuré indique "des abus épisodes d'alcool dans le cadre d'un comportement autolytique voire tentamens" et d'autre part, l'assuré déclare boire tous les jours en mangeant. Cependant, selon l'expert un alcoolisme chronique régulier ne semble en revanche pas présent. Une compliance médicamenteuse douteuse est soupçonnée.

Des contradictions sont présentes également au sujet du trouble de la personnalité non spécifié, selon l'expert décompensé et ceci sans aucune argumentation clinique. D'ailleurs, il ne s'agit pas d'un trouble grave de la personnalité ayant valeur invalidante car il n'a jamais empêché l'assuré d'assumer ses responsabilités socioprofessionnelles jusqu'en 2007. Il semble également que l'entretien psychiatrique se déroule en présence de la sœur de l'expertisé qui donne toutes les informations anamnestiques concernant son frère.

En conclusion, l'expertise du Dr W._____ n'apporte pas d'éléments nouveaux argumentés cliniquement et qui puissent changer les conclusions de l'expertise du Dr H._____".

d) Par décision formelle du 19 mai 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 2 septembre 2009.

C. a) Par acte de son mandataire du 18 juin 2010, C._____ interjette recours contre la décision du 19 mai 2010, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours et à la modification de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1^{er} octobre 2008, et ce, sans limitation dans le temps. En résumé, le recourant soutient que les rapports d'expertise et complémentaires du Dr H._____ ne sont pas exempts de toute critique ; ils seraient incomplets et contradictoires. L'intimé ne saurait leur accorder pleine valeur probante et écarter l'expertise du Dr W._____. Il précise notamment que le diagnostic de troubles dépressifs majeurs isolés sévères à caractère psychotique, est probant et qu'il doit être retenu. Les symptômes psychotiques positifs initiaux se sont atténués grâce au traitement, mais les signes négatifs persistent. Enfin, en l'absence d'une évolution sur le plan de l'examen entre les compléments d'expertise du Dr H._____ et l'expertise du Dr W._____, il conteste la reconnaissance d'une augmentation de sa capacité de travail. Au vu de l'ensemble des éléments contradictoires dont il a fait état, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

b) Dans sa réponse du 13 septembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, se référant à l'avis médical du SMR du 29 mars 2010.

c) Dans un mémoire ampliatif du 16 novembre 2011, le recourant critique le rapport médical du SMR estimant qu'il n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr W._____, dans la mesure où le SMR chercherait à tout prix à écarter toute atteinte psychique significative, alors qu'il est gravement malade depuis trois ans. Depuis le mois d'août 2009, aucune amélioration de son état de santé n'est apparue. Il ne s'explique pas pourquoi l'avis médical du SMR n'a pas été en mesure d'expliquer les motifs pour lesquels le Dr H._____ avait diamétralement changé d'avis en si peu de temps, c'est-à-dire qu'il puisse lui reconnaître tout à coup une capacité de travail à 100 %, alors qu'avant

il le considérait en incapacité de travail à 100 % pour la même histoire et le même examen.

d) Dans ses déterminations du 6 décembre 2010, l'intimé produit un avis médical du 29 novembre 2010 du SMR, auquel il se rallie; cet avis expose que la première appréciation du SMR n'a pas à être modifiée. Il confirme au surplus sa décision du 19 mai 2010, ainsi que son écriture du 13 septembre 2010.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 18 juin 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il y a lieu d'entrer en matière.

2. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si C._____ a droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2009, l'intimé ayant reconnu l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps soit du 1^{er} octobre 2008 (à l'issue du délai d'attente d'un an) au 31 juillet 2009 (trois mois après l'amélioration). Le recourant soutient que l'intimé ne pouvait valablement accorder une valeur probante aux rapports du Dr H._____ en raison notamment du fait qu'ils seraient contradictoires et incomplets. Par ailleurs, tant le Dr W._____ que les médecins traitants ont attesté une incapacité de travail totale pour des motifs psychiques, ce qui aurait également dû conduire l'intimé à relativiser la valeur des rapports d'expertise du Dr H._____, lequel a conclu à l'absence de diagnostic ayant valeur d'invalidité dès le 9 avril 2009. Pour l'ensemble de ces motifs, le recourant requiert l'établissement d'une expertise judiciaire.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

Il convient de relever que la décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_575/2008 du 29 août 2008, consid. 4). Il y a donc lieu d'appliquer l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), qui dispose que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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. Partant, ce n'est que trois mois après l'amélioration constatée que s'éteint le droit à la rente.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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).

3. a) Pour se prononcer sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, l'intimé s'est fondé sur le rapport du SMR du 29 mars 2010, dont les conclusions sont basées sur les rapports d'expertise successifs du Dr H. _____ des 14 mai 2008, 27 février et 28 mai 2009. Le Dr H. _____ a établi ses rapports selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) et sur la base de trois entretiens avec l'assuré en présence d'un interprète indépendant en date des 13 mars 2008, 21 novembre 2008 et 9 avril 2009. L'expert a d'abord fait état d'un

trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, de gravité légère à moyenne (DD : épisode dépressif majeur). A l'examen clinique du 13 mars 2008, l'expertisé est apparu très approximatif lorsqu'il s'est agi de décrire son état, se contentant d'expliquer "*je suis mal, un peu angoissé*". Le Dr H._____ a écarté les diagnostics d'anxiété généralisée ou trouble de panique, de stress post-traumatique. Il a également précisé qu'il n'existait pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. L'expert a ajouté que l'assuré était une personnalité fruste d'intelligence limite, chez un sujet adoptant une attitude passive-agressive. Il était flou, peu collaborant, évasif avec une tendance à la mise en échec de toutes propositions constructives. Il a mis en évidence une forme d'amplification des difficultés et de revendication explicite pour justifier par avance la discordance d'appréciation entre le médecin traitant et le médecin expert, le premier par définition faisant le postulat de la sincérité de son patient.

b) A la suite de son entretien avec le recourant le 21 novembre 2008, le Dr H._____ a retenu le diagnostic d'état dépressif majeur, actuellement de gravité légère à moyenne chez une personnalité avec des traits narcissiques et dépendants, diagnostic confirmé par les rapports des 20 août 2008 des Dresses Z._____ et N._____ et 3 octobre 2008 des Drs L._____ et S._____. Dans le cadre de l'examen précité, l'expert a eu connaissance du fait que l'intéressé avait été hospitalisé à trois reprises au Centre F._____, soit du 14 au 21 janvier 2008, du 29 mars au 2 avril 2008 et du 23 juin au 21 juillet 2008 (rapport complémentaire du 27 février 2009). Les deux dernières hospitalisations étaient dictées par un contexte de conflit conjugal avec un geste auto-agressif et alcoolisation (certificat médical intermédiaire du 20 août 2008 des Drs Z._____ et N._____), problème qui n'était cependant pas au premier plan selon l'expert H._____, et avaient également pour but de décharger la famille (rapport médical du 24 septembre 2008 des Dresses Q._____ et K._____). Alors que les Dresses Q._____ et K._____ n'avaient pas fait état de symptômes psychotiques en octobre 2007 (rapport du 27 octobre 2007), ces praticiennes ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques sous forme de mutisme,

de perplexité, de discours parfois confus, de réponses à côté, de sentiment de vide et d'impression de ne plus exister (rapport médical du 24 septembre 2008). Le Dr H._____ s'est clairement déterminé sur ce point, considérant que les éléments avancés n'étaient pas spécifiques d'un trouble psychotique, en l'absence de délire ou d'hallucination (rapport complémentaire du 27 février 2009, p. 12). S'agissant du trouble de la personnalité, les Drs L._____ et S._____ ont justifié l'incapacité de travail à 100 % au motif d'un grave trouble de la personnalité (rapport du 3 octobre 2008). Malgré le fait que l'appréciation de l'expert était concordante s'agissant du diagnostic, le Dr H._____ a jugé nécessaire d'interpeller, par courrier du 25 novembre 2008, les psychiatres traitants afin connaître les motifs justifiant un arrêt de travail. Par courrier du 3 février 2009, les Drs J._____ et S._____ ont indiqué que l'incapacité de travail s'appuyait sur l'exacerbation des traits pathologiques du trouble de la personnalité (décompensation), ajoutant que leur patient avait dû quitter le domicile conjugal et qu'il habitait désormais chez sa sœur. Le Dr H._____ s'est alors rallié à l'avis des psychiatres traitants, en ce sens que les éléments intercurrents prélevés dans le rapport de l'A._____ du 3 février 2009, pouvaient justifier une aggravation de la décompensation de la personnalité et une réaction émotionnelle importante. Selon l'expert, l'assuré aurait toutefois pu assumer à certaines périodes depuis avril 2008 une activité professionnelle. Il a donc conclu au maintien de l'incapacité de travail à 100 % depuis le 1^{er} avril 2008, tout en précisant que la situation devait être réévaluée au 31 mars 2009.

c) Lors de l'expertise complémentaire de l'assuré en date du 9 avril 2009, le Dr H._____ a constaté que depuis son dernier rapport, la situation de l'assuré semblait être stabilisée, avec une existence oisive et passive chez sa sœur (rapport complémentaire du 28 mai 2009). Il n'avait en outre plus de contact avec son épouse, ni avec ses enfants, à part quelques téléphones. Il a estimé que la symptomatologie dépressive était clairement moins dominante, ce qui permettait à l'intéressé de reprendre une activité manuelle simple, comme dans la construction, à 100 %, s'il en avait la motivation, ce qui restait à démontrer. L'assuré affirmait cependant ne pas avoir envie d'aller tous les jours à X._____.

4. a) S'agissant des critères posés par la jurisprudence pour reconnaître une pleine valeur probante à une expertise (cf. supra, consid. 2b), ils sont en l'occurrence remplis. Le Dr H._____ s'est ainsi appuyé sur des critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM IV édité par l'association des psychiatres américains (American psychiatric Association), qui préconise l'évaluation multiaxiale. En outre, les conclusions de l'expert se fondent sur trois entretiens avec le recourant (qui était assisté d'un traducteur de langue portugaise), sur les pièces figurant au dossier de l'assurance perte de gain, en particulier les rapports médicaux des psychiatres traitants du Centre F._____ (y compris de l'unité urgence-crisis) et de l'Unité de psychiatrie A._____, ainsi que sur deux entretiens téléphoniques avec la Dresse K._____ et un rapport du 3 février 2009 de l'Unité de psychiatrie A._____, suite à sa demande. L'expert a également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ses conclusions sont dûment motivées et convaincantes et reposent non seulement sur les examens effectués lors de l'expertise, mais également sur la prise en compte des rapports des médecins traitants.

b) A cet égard, le recourant semble méconnaître le fait que la fixation de la gravité d'un trouble dépressif et d'un trouble de la personnalité, ainsi que leur évolution est, par essence, toujours le fruit de l'exercice du pouvoir d'appréciation. C'est ainsi que le caractère fiable de constatations psychiatriques est très limité, en particulier lorsque les diagnostics portent sur des troubles dépressifs mis en évidence par des médecins traitants ou lors de situations de crise. Il s'ensuit que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ne serait justifiée que dans l'éventualité où l'expertise du Dr W._____ devait contenir des éléments objectifs mettant en doute les conclusions de l'expert H._____. Ce n'est pourtant pas le cas, à l'examen de la prise de position du 29 mars 2010 de la Dresse Y._____ sur le rapport du Dr W._____. Dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2009, le Dr W._____ a ainsi objectivé un trouble

dépressif majeur isolé, d'intensité sévère et avec caractéristiques psychotiques, abus d'alcool, trouble de la personnalité non spécifié décompensé et conflit de couple. Comme la Dresse Y._____ l'a relevé, il y a lieu tout d'abord de souligner que l'entretien avec cet expert privé s'est déroulé en présence de la sœur de l'expertisé qui a manifestement donné toutes les informations anamnestiques concernant son frère. En effet, malgré le fait que l'expert W._____ avait relevé que la collaboration de l'assuré était moyenne, voire mauvaise, et que le discours était peu détaillé, il a néanmoins pu rédiger quatre pages de l'anamnèse récente du recourant. Dans ce contexte, il est difficile de savoir si les détails amnestiques émanent spontanément du recourant ou s'ils doivent être attribués à sa sœur, ce d'autant plus que l'expert a mentionné que la sœur du recourant amenait des éléments indispensables et peut-être plus objectifs (rapport d'expertise du 8 octobre 2009, p. 23). Le Dr W._____ n'a au demeurant vu le recourant qu'une seule fois (3 heures, y compris une pause). On rappellera pour mémoire que lors du premier entretien avec le Dr H._____, l'épouse avait dû rester dans la salle d'attente (rapport d'expertise du 14 mai 2008, p. 11).

Au demeurant, la symptomatologie psychotique dont fait état l'expert W._____ est seulement amnestique et floue, ce dernier admettant qu'il est difficile d'établir de manière tranchée le diagnostic sur ce plan (rapport d'expertise, op. cit., p. 22). Il n'a ainsi pas pu déterminer si le tableau d'allure hallucinatoire nocturne était présent à l'état de veille ou dans un demi-sommeil. A ce propos, il sied de relever que l'assuré n'a jamais fait état d'hallucinations au Dr H._____, alors qu'il soutient qu'elles se produisaient déjà lorsqu'il vivait encore avec sa femme. A cela s'ajoute le fait que l'évaluation selon l'échelle d'Hamilton a donné un score de 16.5 points environ, soit un épisode dépressif majeur de gravité légère, élément qui rejoint l'appréciation du Dr H._____ (rapport complémentaire du 28 mai 2009, p. 6). On peine à comprendre dans ce contexte que l'expert W._____ puisse retenir que "*la présence de caractéristiques psychotiques associées à l'état thymique (...) le rend automatiquement sévère au sens de la nosologie*". Or, aucun symptôme n'a été objectivé et les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un état

dépressif sévère ne sont pas réunis. La Dresse Y._____ a également écarté le diagnostic différentiel avec schizophrénie en phase prodromique, mis en évidence par l'expert W._____, en raison de l'absence d'argument clinique en faveur d'un tel diagnostic. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation du SMR, ce d'autant plus que ni les médecins traitants, ni l'expert H._____ n'ont fait état d'un tel diagnostic, alors que la sœur du recourant participe en qualité d'interprète à la consultation mensuelle chez le psychiatre traitant. S'agissant des abus d'alcool, l'expert W._____ a admis que l'assuré ne présentait pas un alcoolisme chronique et régulier, mais retenait des abus épisodiques d'alcool dans le cadre d'un comportement autolytique voire de tentamens, appréciation qui n'est pas confirmée par les déclarations de l'assuré (rapport, op. cit., p. 15), le Dr W._____ concluant finalement à un risque de tentamen (rapport, op. cit., p. 26). Enfin, s'agissant du grave trouble de la personnalité mis en évidence par le Dr W._____, ce dernier n'a pas expliqué pour quel motif il était décompensé, se limitant à mentionner que *"le caractère de l'expertisé pendant sa vie prémorbide selon la description de la sœur a été tout autre, dynamique, bon vivant, c'était plutôt lui qui aidait sa sœur lors de sa grave dépression quelques années auparavant"* (rapport, op.cit., p. 24). Sur ce point, il convient de retenir que l'expert W._____ a observé des caractéristiques de la personnalité borderline, qui, selon l'expert H._____, n'avaient toutefois pas de valeur incapacitante. Enfin, alors que l'expert W._____ a retenu une grave décompensation de la personnalité, il a mentionné dans ses propositions thérapeutiques qu'*"il est possible que le départ de l'assuré du domicile de sa sœur, prévu à brève échéance, déclenche une décompensation nécessitant une prise en charge de crise. Un séjour stationnaire n'est pas à exclure"*. En l'absence d'argument clinique, on peine à suivre le raisonnement de l'expert, selon lequel le recourant, alors qu'il était gravement décompensé, pouvait présenter une nouvelle décompensation.

c) S'agissant de l'amélioration de la capacité de travail, il sied de rappeler que l'expert H._____, s'il s'est rallié à l'appréciation des médecins de l'Unité de psychiatrie A._____ concernant une incapacité totale de travail durant les périodes d'hospitalisation, a été plus réticent

quant à la reconnaissance d'une telle incapacité de travail durant les périodes sans hospitalisation. La stabilisation de l'assuré dans sa situation personnelle (hébergement chez sa sœur) et l'absence de diagnostic ayant valeur incapacitante, associée à un tableau d'amplification des symptômes et une sinistrose, ont motivé l'expert H._____ a reconnaître une amélioration de sa capacité de travail qui a, au demeurant, été confirmée par l'Unité de psychiatrie A._____. Les Drs J._____ et S._____ ont en effet constaté l'absence de symptôme psychotique et ont conclu à une amélioration de la capacité de travail de leur patient (rapport médical du 4 décembre 2008). Ils ont ainsi fixé une reprise de l'activité professionnelle à 50 % dès le 1er décembre 2008, avec une augmentation en vue de l'évolution clinique, le Dr S._____ émettant un pronostic réservé au vu du manque de motivation de son patient (entretien téléphonique du 5 décembre 2008 avec l'OAI). L'absence de motivation et des difficultés sociales ne sauraient toutefois justifier une incapacité de travail.

5. L'intimé n'a dès lors pas violé le droit fédéral, lorsqu'il a conclu à une amélioration de la capacité de travail du recourant dès le 9 avril 2009 sur la base des rapports d'expertise du Dr H._____ et de l'avis médical du SMR du 29 mars 2010. C'est donc à bon droit que l'intimé a conclu à l'absence d'invalidité dès le 1^{er} août 2009, soit trois mois après l'amélioration constatée (art. 88a al. 1 RAI). Une péjoration de l'état de santé de l'assuré ne ressort pas non plus du rapport d'expertise privée du Dr W._____, en particulier de la description du status psychique, du diagnostic et de la discussion du cas par l'expert. L'avis de ce dernier constitue uniquement une appréciation différente de la capacité de travail depuis le 9 avril 2009, ce qui ne permet pas pour autant de dire que les conclusions de l'expertise H._____ sont manifestement erronées. Contrairement à ce que prétend le recourant, on n'est donc pas, en l'espèce, dans une situation où deux expertises également convaincantes aboutissent à des conclusions contradictoires, de sorte que seule une surexpertise permettrait de les départager. Au vu de ces constatations, les pièces du dossier se révélaient suffisantes pour statuer en pleine

connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, notamment un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire.

Les griefs du recourant sont donc en tous points mal fondés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

6. Vu le sort de la cause, le recourant supportera les frais de la procédure. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 litt. g LPGA a contrario), le recourant succombant dans ses conclusions.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée rendue le 19 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 450 fr. (quatre cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Eric Kaltenrieder, avocat à Yverdon-les-Bains (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédérale des assurances sociales, à Berne,

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).

La greffière :