

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1326/2010

ATAS/226/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 mars 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Cyril MIZRAHI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1958, d'origine portugaise, arrivé en Suisse en 1982, a travaillé comme maçon jusqu'en 1991, avant de débiter une activité de nettoyeur.
2. Le 19 avril 1992, l'assuré a été victime d'un accident de la route qui lui a occasionné une fracture des pédicules en C2, sans lésion neurologique.
3. En date du 2 mars 1993, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI), demande rejetée par décision du 15 décembre 1993 au motif que le degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 25%.
4. Dans l'intervalle, en juin 1993, l'assuré a repris une activité de maçon à 80%.
5. La caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA), assureur-accident ayant pris en charge les suites du sinistre susmentionné, a reconnu à l'assuré une incapacité de gain de 20% et lui a octroyé, à compter du mois de décembre 1993, une rente mensuelle de CHF 660.-, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 9'720.- (10%).
6. En juin 1998, l'assuré a débuté une activité de jardinier-maçon auprès de B_____.
7. A compter du 19 décembre 2000, l'assuré a été en incapacité de travail.
8. Le 12 juin 2001, il a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI et sollicité l'octroi d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement.
9. Le 9 juillet 2001, le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, ont diagnostiqué des cervicalgies chroniques depuis l'accident d'avril 1992, une fracture des pédicules de C2, des lombalgies chroniques depuis mai 2000 et des troubles statiques et dégénératifs. Ils ont également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, un diabète de type II depuis mai 2001, une hypercholestérolémie depuis 1998 au moins, un excès pondéral depuis 1994 au moins, un épisode de fibrillation auriculaire paroxystique en 1998 et un ulcère duodénal en 1994. Toutes les mobilités déclenchaient une douleur lombaire basse, malgré l'absence de déficit neurologique.
10. Dans un rapport du 9 juillet 2001, le Dr C_____ a indiqué que la capacité de travail de son patient était nulle dans les activités de manœuvre, maçon ou jardinier, mais entière dans une activité industrielle légère ou de gardiennage. L'assuré devait éviter la position debout plus de deux à trois heures d'affilée, les positions statique, agenouillée ou accroupie, les inclinaisons du buste, la marche sur plus de 3'000 mètres, le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétitifs du dos, les mouvements fréquents de la tête et le maintien des bras en hauteur en effectuant des mouvements de force. Des mesures professionnelles étaient indiquées.

11. Le 8 octobre 2002, le Dr D_____ a confirmé les diagnostics précités et l'incapacité de travail, et réservé son pronostic quant à une reprise d'activité, vu l'absence de formation professionnelle spécifique de l'intéressé, ses connaissances de français rudimentaires et la durée de son arrêt de travail.
12. Le 20 juillet 2004, ce médecin a diagnostiqué des lombalgies communes sur troubles statiques dégénératifs et des cervicalgies chroniques. Il a également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une fibrillation auriculaire paroxystique, un diabète de type II et une hypercholestérolémie. Il a signalé une aggravation des lombalgies, avec des blocages et des sciatalgies, ainsi que de nombreux épisodes de fibrillation auriculaire avec des malaises. Il a conclu à une totale incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée.
13. Dans un rapport du 4 octobre 2004 du docteur E_____, spécialiste FMH en cardiologie, consulté par l'assuré en raison d'une symptomatologie intermittente de palpitations rapides et de douleurs thoraciques plutôt atypiques, a indiqué qu'un échocardiogramme avait révélé une insuffisance mitrale sans signification pathologique.
14. Le 6 octobre 2004, le docteur F_____, spécialiste en médecine nucléaire, a procédé à une scintigraphie de perfusion du myocarde, examen qui s'est révélé normal, à l'exception de deux petits défauts réversibles de la région apicale, d'origine vraisemblablement artefactuelle.
15. L'OAI a alors adressé l'assuré à un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Les doctresses G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 27 décembre 2004, après un examen de l'assuré le 18 novembre 2004.

Elles ont retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques post-fracture des pédicules de C2 et de lombalgies chroniques. Elles ont également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une fibrillation auriculaire paroxystique, une obésité, un diabète de type II et une hypercholestérolémie. L'assuré ne présentait aucun trouble psychique pouvant altérer sa capacité d'adaptation.

Etaient contre-indiqués : le port de charges lourdes, les activités à risque traumatique (c'est-à-dire de coups, de chocs ou de déchirures musculaires) et les tâches impliquant fréquemment des mouvements et une extension de la nuque. Au vu des lombalgies, des cervicalgies et du risque de traumatisme, l'assuré ne pouvait plus travailler sur les chantiers, mais en revanche, une activité adaptée restait exigible de sa part à 80%, sans diminution de rendement, depuis décembre 2000. L'activité de nettoyeur était suggérée à titre d'exemple.
16. Le 8 mars 2005, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de mesures professionnelles, attendu qu'il avait conservé une capacité de travail

quasiment entière dans une activité adaptée pouvant lui procurer un revenu au moins équivalent à celui qu'il pourrait obtenir sans atteinte à sa santé.

17. Le 20 avril 2005, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, en alléguant que son état s'était péjoré.

A l'appui de son opposition, il a produit un rapport rédigé le 1^{er} avril 2005 par la doctoresse I_____, généraliste, laquelle indiquait que son patient avait été hospitalisé le 30 mars 2005 pour une ablation des veines pulmonaires. L'assuré devait être surveillé et contrôlé périodiquement, la fibrillation atriale pouvant survenir à tout moment. Le pronostic était réservé.

18. En date du 21 mai 2007, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations visant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

19. Interrogé par l'OAI, le Dr D_____ a confirmé, en date du 13 novembre 2007, l'aggravation de l'état de son patient.

Le médecin a diagnostiqué un status post-opération du tunnel carpien gauche, un status post-opération du nerf cubital du coude gauche, un status post-ablation des veines pulmonaires pour fibrillations auriculaires récidivantes, un status post-fracture cervicale en 1992, une hernie discale C3-C4 et des lombalgies L5 sur des troubles dégénératifs. Il a précisé que son patient se plaignait notamment depuis 2007 de douleurs de la main et du coude gauches et d'arythmie cardiaque.

Il a conclu à une totale incapacité de travail depuis 1992 et transmis à l'OAI, entre autres, les documents suivants:

- un rapport établi le 1^{er} avril 2005 par le service de cardiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) attestant que l'assuré avait subi le 30 mars 2005 une ablation par radiofréquence de fibrillation auriculaire par isolation des quatre veines pulmonaires, qu'il avait été hospitalisé du 29 au 31 mars 2005 et que la procédure et les suites post-interventionnelles avaient été sans complication;
- un rapport rédigé le 4 novembre 2006 par le docteur J_____, spécialiste en chirurgie de la main, mentionnant que l'assuré avait été opéré en raison d'une neuropathie ulnaire au coude gauche et d'un syndrome du tunnel carpien gauche;
- un courrier adressé le 1^{er} mars 2007 par le Dr D_____ au département de cardiologie des HUG, duquel il ressort qu'après un passage en rythme sinusal régulier durant deux ans, l'assuré se plaignait à nouveau d'épisodes prolongés de fibrillation auriculaire;
- un rapport établi le 27 juin 2007 par le service de cardiologie des HUG, attestant que l'assuré avait subi, en date du 25 juin 2007, une seconde ablation par radiofréquence (ré-isolement de la valve pulmonaire supérieure gauche et de

la veine pulmonaire inférieure droite et lignes au niveau de l'oreillette gauche) et qu'il n'y avait pas eu de complication ;

- un rapport du docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une tomodensitométrie axiale computerisée du rachis cervical effectuée le 2 juillet 2007, mettant en exergue une discarthrose sévère C2-C3, une hernie discale C3-C4 et un discret rétrolisthesis de C4-C5.

20. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au service médical régional AI (SMR), plus particulièrement à la doctoresse L_____, qui a admis, en janvier 2008, que l'activité de nettoyeur n'était plus exigible de l'assuré, vu les troubles de sa colonne cervicale, et préconisé un examen rhumatologique afin d'évaluer la capacité de travail résiduelle éventuelle.

21. Cet examen a été effectué le 22 janvier 2008 par la doctoresse M_____, médecin auprès du SMR.

Dans son rapport du 29 février 2008, la Dresse M_____ a retenu les diagnostics de cervicalgies droites dans le cadre d'une hernie discale C3-C4 non compressive et d'un status post-fracture C2 en 1992, sans séquelles neurologiques, de lombosciatalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec une insuffisance posturale, de status post-neurolyse du nerf cubital du coude et du nerf médian au poignet gauche en 2005, avec un trouble sensitif et une faiblesse résiduelle. Elle a également évoqué, tout en précisant qu'ils étaient quant à eux sans répercussion sur la capacité de travail : un diabète de type II avec un excès pondéral à la limite de l'obésité, une hypercholestérolémie, une fibrillation auriculaire traitée par ablation par radiofréquence en 2005 et 2007 et un status post-ulcère duodéal en 1994.

La capacité de travail de l'assuré était nulle en tant que maçon, mais de 75% dès décembre 2000 dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter les positions assise prolongée, debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, en extension et en rotation extrême, ainsi que les mouvements répétitifs de la tête, le port occasionnel de charges de plus de 10 kg et le port répétitif de charges de plus de 5 kg et permettant un rythme de travail régulier et l'alternance des positions. Selon le médecin, l'assuré demeurait capable de travailler comme nettoyeur et pouvait bénéficier d'une aide au placement pour trouver un poste adapté, après un reconditionnement pour améliorer sa tolérance à l'effort, vu le syndrome métabolique et l'état cardio-vasculaire.

22. Le dossier de l'assuré a été soumis au docteur N_____, médecin auprès du SMR, qui, se ralliant à l'avis de la Dresse M_____, a conclu à une capacité de travail de 75% dans une activité lucrative adaptée telle que celle de nettoyeur et à l'octroi d'une aide au placement.

23. Par décision sur opposition 26 janvier 2009 entrée en force, l'OAI a nié à l'assuré le droit à un reclassement professionnel.

24. Par décision du 25 février 2010, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à une rente, puisqu'il avait recouvré, depuis décembre 2000, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, réduite à 75% depuis juillet 2007. La comparaison des revenus conduisait à un degré d'invalidité de 22% en décembre 2001 (fin du délai d'attente d'un an) et de 29% dès juillet 2007, ce qui était insuffisant pour ouvrir droit à une rente.
25. Par acte du 16 avril 2010, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (remplacé depuis lors par la chambre des assurances sociales de la Cour de justice) en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 2000, subsidiairement, à l'octroi d'une aide au placement et à la prise en charge d'un traitement de physiothérapie active.

En substance, le recourant reproche aux médecins du COMAI et du SMR de ne pas avoir pris en considération ses douleurs chroniques et de lui attribuer une capacité de travail irréaliste.

26. Dans sa réponse du 27 mai 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Selon lui, tous les avis médicaux attestent d'une capacité de travail quasiment entière. Il se refuse à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession en invoquant, d'une part, le manque de scolarisation et de connaissances du français du recourant, d'autre part, le fait que l'ancienne activité de nettoyeur est adaptée. L'intimé se déclare cependant disposé à examiner l'octroi d'une mesure d'aide au placement sur demande écrite, motivée et hors du cadre de la procédure judiciaire.

27. Dans sa réplique du 3 septembre 2010, le recourant a notamment fait grief à l'intimé d'avoir écarté, sans motivation, l'avis de son médecin traitant.

Il soutient qu'il n'existe pas d'activité de nettoyage respectant les limitations fonctionnelles qui lui ont été reconnues.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il conteste le montant retenu à titre de revenu d'invalidité. Selon lui, s'il devait être admis qu'il conserve une capacité de travail dans une activité de nettoyage, il y aurait lieu de se baser sur les chiffres de la convention collective de travail du secteur du nettoyage de Genève et de tenir compte d'un abattement de 25% au minimum, vu ses limitations fonctionnelles, le fait qu'il ne pourrait exercer qu'à temps partiel, son absence de formation professionnelle spécifique, sa faible scolarisation, ses connaissances rudimentaires en français, la durée de son arrêt de travail et son âge. Un tel calcul aboutirait à un degré d'invalidité de 61.65% avant juillet 2007 et de 63.10% depuis lors, ce qui lui ouvrirait le droit à un trois-quarts de rente.

Le recourant produit un rapport rédigé le 5 août 2010 par le docteur O_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui relève que le rapport de la Dresse M_____ ne se fonde sur aucun bilan radiologique récent, alors même que le recourant se plaint de fortes lombalgies, émet l'avis que le diagnostic de

lombosciatalgies chroniques non déficitaires est trop vague et ne repose sur aucun élément clinique précis et rappelle que l'atteinte neurologique décrite n'a fait l'objet d'aucun examen neurologique précis. Selon lui, le problème cardiaque du recourant a été banalisé, alors que sa tension artérielle est très élevée à l'examen, ce qui a probablement une répercussion sur sa capacité de travail puisqu'il ne peut ni porter de poids ni faire d'effort. Enfin, le médecin exprime sa perplexité quant à savoir quelle activité pourrait être exigée du recourant au vu de ses limitations et suggère une observation professionnelle.

28. Le 8 octobre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.
29. Par ordonnance du 1^{er} novembre 2011 (ATAS/1009/2011), la chambre de céans a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et cardiologique), laquelle a été confiée au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), plus particulièrement au professeur P_____, pour le volet rhumatologique, au professeur Q_____, pour le volet neurologique et à la docteure R_____, pour le volet cardiologique.
30. a. Les experts ont rendu leur rapport en date du 19 juillet 2012, suite à un consilium les ayant réunis la veille, au cours duquel ils se sont accordés sur l'absence de troubles organiques évidents. Tous estimaient que le recourant, hormis son syndrome douloureux, ne rencontrait pas de limitation de la capacité de travail dans une profession adaptée.

Sur le plan neurologique, étaient diagnostiqués : des cervicalgies et céphalées chroniques post-traumatiques avec un remaniement érosif de l'odontoïde, une neuropathie ulnaire gauche sans corrélation clinique et un hémisyndrome sensitif sans substrat somatique d'origine fonctionnelle.

D'un point de vue rhumatologique, étaient posés les diagnostics de syndrome douloureux chronique prédominant à droite et d'arthrose post-traumatique.

Au niveau cardiologique, était retenu un status après deux thermoablations pour fibrillation auriculaire sans autre anomalie cardiaque, sans évidence de récurrence.

Les experts se sont ralliés aux conclusions du SMR et ont dit leur désaccord avec l'appréciation du Dr O_____, relevant notamment que le recourant avait déjà subi un électroneuromyogramme, que la recherche d'une pathologie cardiaque était restée négative et que les palpitations évoquées par le recourant étaient devenues rares, de courte durée et moins gênantes. Selon eux, la symptomatologie était stable depuis de nombreuses années, le recourant pouvait exercer son activité de jardinier à 75%, taux qui n'avait pas évolué depuis l'apparition des symptômes. Dans une activité lucrative adaptée, permettant l'alternance des positions assise et debout et une limitation du port de charges à 10 kg, la capacité de travail était entière. Toutefois, le domaine d'activité semblait difficile à trancher et l'avis d'un médecin du travail était préconisé.

- b. Les experts ont également établi des rapports spécifiques à leur spécialité.

Le Prof. Q_____ a retenu, à titre de diagnostics influençant la capacité de travail : des cervicalgies et céphalées chroniques post-traumatiques avec un remaniement érosif de l'odontoïde, ainsi qu'une anthésopathie pluri-étagée au niveau dorsal et dorsolombaire probablement en lien avec une atteinte arthrosique. Le neurologue a exposé que les plaintes du recourant et l'examen clinique révélaient surtout un syndrome douloureux probablement d'origine squelettique et musculaire, sans aucune atteinte neurologique. Dans ce contexte, l'incapacité de travail était donc uniquement limitée par les douleurs.

L'expert a également noté, à titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail, une neuropathie ulnaire gauche sans corrélation clinique, un héli-syndrome sensitif sans substrat somatique d'origine fonctionnelle et une fibrillation auriculaire. Le premier n'avait aucune répercussion fonctionnelle car les plaintes du recourant ne correspondaient pas au territoire du nerf et l'examen neurologique ne mettait en évidence aucune atteinte objective. S'agissant du deuxième diagnostic, il n'était absolument pas organique et il n'y avait aucune atteinte fonctionnelle. Les plaintes du recourant étaient purement sensitives et non objectivables. Enfin, la fibrillation auriculaire ne semblait pas limiter la capacité de travail du recourant, mais l'avis de l'expert en cardiologie serait plus éclairé. En conclusion, d'un point de vue neurologique, il n'existait ni limitation, ni constatation objective. Une capacité de travail de 75% (en raison des douleurs) dans un travail adapté semblait adéquate, mais les limitations seraient mieux évaluées par le rhumatologue.

Sur le plan cardiologique, la Dresse R_____ a diagnostiqué un status après une thermoablation d'une fibrillation auriculaire en 2005 et 2007 pour une fibrillation paroxystique connue depuis 1998 avec une évolution favorable depuis 2007. Elle a également signalé, à titre de facteurs de risques cardiovasculaires, une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie et un diabète traités à satisfaction. Depuis la seconde thermoablation, l'évolution clinique était favorable avec la quasi disparition des épisodes de palpitations. En conclusion, l'aspect cardiaque n'avait pas d'effet limitatif sur la capacité de travail du recourant.

Le Prof. P_____ a considéré en substance que le recourant présentait, sur le plan du système locomoteur, un syndrome douloureux chronique touchant essentiellement le membre inférieur droit et le membre supérieur droit. Ce syndrome douloureux se retrouvait également au niveau de la nuque et de la région lombaire. Sur le plan clinique, l'expert rhumatologue n'a mis en évidence aucune limitation significative de la mobilité articulaire, aucun gonflement articulaire et aucun trouble statique rachidien évident. Etant donné que le syndrome douloureux chronique ne pouvait pas être rattaché sur le plan rhumatologique à une cause organique définie, l'expert a conclu qu'il entraînait très probablement dans le cadre d'un trouble somatoforme.

31. Par écriture du 23 novembre 2012, le recourant, se fondant sur un nouvel avis du Dr O_____ du 19 novembre 2012, a contesté les conclusions de l'expertise et requis qu'un bilan rhumatologie complet, sanguin et radiologique, soit réalisé afin

de rechercher la présence d'un HLA B27, d'un état inflammatoire, de certains anticorps et d'une sacroiliite.

32. Le 11 décembre 2012, l'intimé a considéré que les conclusions de l'expertise judiciaire rejoignaient celles sur lesquelles était basée la décision litigieuse.
33. En date du 31 janvier 2013, le recourant a produit un nouveau courrier du Dr O_____, daté du 28 janvier 2013, relevant que le SMR ne mentionnait pas le résultat de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale, dont les conclusions suggéraient l'existence d'une maladie inflammatoire touchant le rachis. Le recourant s'est en outre étonné que soit retenue une capacité de travail de 75% dans une activité de jardinier, malgré les limitations fonctionnelles admises.
34. Suite à une IRM lombaire du 26 avril 2013, le docteur S_____, radiologue, a conclu à une ébauche de hernie discale L5-S1 de topographie paramédiane gauche sans répercussion au niveau des trajets radiculaires, à une arthrose facettaire étagée à partir de L3 sans signe d'un canal lombaire étroit, à un foyer de lipo-dégénération au niveau des plateaux vertébraux de L1 à L3 sans tassement vertébral et à un petit foyer hyper-intense en T1 et T2 au niveau de la vertèbre S2, compatible avec une angiome caverneux.
35. La chambre de céans a ordonné un complément d'expertise auprès du Prof. P_____ le 9 octobre 2013 (ATAS/995/2013).
36. Dans son rapport du 13 novembre 2013, le Prof. P_____ a indiqué que son examen clinique du 11 novembre 2013 était superposable à celui qu'il avait pratiqué en 2012.

Il a retenu, à titre de diagnostics rhumatologiques : un trouble somatoforme douloureux, une arthrose discrète de la région cervicale C1-C2, une discarthrose C2-C3, une ébauche d'arthrose lombaire et un kyste osseux de l'apophyse odontoïde.

L'expert a expliqué que la géode mise en évidence à l'apophyse odontoïde était une découverte déjà ancienne et qu'il n'y avait pas eu de progression au cours des années, si bien qu'une affection d'origine tumorale ou rhumatismale pouvait être écartée. Il retenait ainsi le diagnostic de kyste osseux. En outre, les examens complémentaires d'imagerie (CT-Scan cervical, radiographie standard de la colonne dorsale, radiographie standard de la colonne lombaire, IRM des articulations sacro-iliaques) et sanguins permettraient d'écarter de façon formelle un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. La spondylarthrite ankylosante évoquée par le Dr O_____ pouvait être totalement écartée au vu de la normalité de l'examen clinique du rachis, de la cage thoracique, de l'IRM des articulations sacro-iliaques et du HLA-B27 négatif.

Se basant sur l'expertise des Dresses G_____ et H_____ de 2004, l'expert rhumatologue a considéré qu'il n'y avait eu aggravation ni des plaintes ni de l'état clinique. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle détectable à l'examen clinique

objectif, hormis une raideur fonctionnelle de la région lombaire. Les modifications arthrosiques cervicales et lombaires basses ne s'accompagnaient d'aucune limitation fonctionnelle objectivable.

En définitive, l'expert a exclu toute incapacité de travail justifiée médicalement dans une activité sédentaire légère. Dans une activité manuelle adaptée (travaux de nettoyage, de jardinage avec aménagement), l'incapacité de travail était en revanche de 25 %.

37. Par courrier du 12 juin 2014, la doctoresse T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a souligné que le recourant souffrait depuis plusieurs années d'un état anxieux important, avec un trouble dépressif, même si celui-ci n'avait jamais été formellement diagnostiqué. Elle a conclu à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et à une anxiété généralisée, trop importants pour pouvoir invoquer un trouble somatoforme.

38. Par arrêt du 18 décembre 2014, la chambre de céans a donc ordonné une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au docteur X_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ATAS/1320/2014).

39. a. Le Dr X_____ a rendu son rapport d'expertise le 6 juillet 2015, basé sur le dossier du recourant, un entretien psychologique et un examen psychiatrique réalisés le 12 mai 2015, un consilium avec la Dresse T_____ le 13 mai 2015, un consilium avec Madame U_____, psychologue à Genève, le 16 mai 2015, un consilium avec le Dr D_____ le 18 mai 2015, ainsi qu'un examen neuropsychologique réalisé par Monsieur Y_____, neuropsychologue, le 12 juin 2015.

b. Se référant aux classifications du DSM-IV-TR et de la CIM-10, l'expert a retenu les diagnostics : d'épisode dépressif majeur isolé en rémission partielle (F32.5 ; 296.25), de trouble douloureux, associé à la fois à des facteurs psychologiques et à des affections médicales (F45.4 ; 307.89), de trouble de la conversion avec une présentation mixte (F44.7 ; 300.11), de dépendance aux anxiolytiques (F13.2 ; 304.10), de fonctionnement intellectuel limite (R41.8 ; V62.89) et de trouble de la personnalité non-spécifié décompensé (F60.9 ; 301.9 ; personnalité fruste à traits abandonniques).

c. L'expert a établi des anamnèses personnelle, familiale et professionnelle, exposé la situation actuelle (concernant notamment les vies familiale, affective, sociale, le quotidien, la situation financière et le suivi médical et médicamenteux), retranscrit les données subjectives et fait part de ses constatations.

Il a notamment relevé que le recourant paraissait authentique, demandeur d'aide, toujours motivé pour des démarches de réhabilitation, bien que craintif et dubitatif quant à sa capacité à pouvoir assumer une activité soutenue tenant compte de ses troubles physiques.

L'expert a ensuite commenté chacun des diagnostics retenus.

Concernant l'épisode dépressif majeur, isolé, en rémission partielle, il a rappelé que le rapport de la Dresse T_____ du 12 juin 2014 signalait la présence d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, associé à une anxiété généralisée. Le score selon l'échelle de Hamilton du 6 mai 2014 était de 31 points sous traitement anxiolytique. Il s'agissait clairement d'un état dépressif majeur, car associé au sentiment que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, à un sentiment de culpabilité, à des troubles importants du sommeil, à une anxiété somatique modérée et à un sentiment d'inutilité associé à des difficultés à se motiver.

A l'examen, l'état dépressif était présent, mais de gravité moindre. L'évaluation selon l'échelle de Hamilton révélait la présence d'un état dépressif de gravité légère et l'évaluation selon l'échelle de Beck donnait un score supérieur à 21 points. La discordance entre ces deux échelles était révélatrice de la présence d'une détresse subjective importante.

Il existait de nombreux symptômes de la série dépressive, tels que la labilité de l'humeur, des pleurs occasionnels, une tension psychique importante, une certaine anxiété neurovégétative, des oublis occasionnels, la présence d'une fatigue associée à des douleurs importantes, une baisse de la libido, une aggravation de l'humeur en soirée. Il semblait que le recourant ait connu une péjoration importante de son état thymique, notamment aux alentours du décès de sa mère, en septembre 2013. Presque deux ans après cet événement, il semblait avoir pu faire une partie du processus de deuil et son état symptomatique thymique-anxieux connaissait une certaine rémission. Il était aussi probable que l'administration régulière du traitement anxiolytique ait contenu une partie des symptômes anxieux et qu'en l'absence du traitement l'ensemble du tableau thymique aurait été plus grave.

Il était difficile de situer le début de la décompensation thymique mais il était probable que l'atteinte thymique remontât à plusieurs années et en tout cas à 2002, début de la période d'inactivité. Le psychiatre traitant et l'ancienne psychologue mettaient en avant le fort sentiment d'inutilité qui était apparu lors de l'arrêt de l'activité professionnelle et la perte identitaire qui l'avait suivi. Dans les antécédents plus lointains, il était possible qu'un tableau dysthymique ait déjà été présent depuis le décès subit du père lorsque le recourant était âgé de 10 ans. Il était loin d'être exclu que cette dépression ait accompagné son adolescence et fragilisé sa personnalité en développement.

Quant au trouble douloureux mixte, désormais chronifié et au premier plan des plaintes, il semblait avoir été présent bien avant une véritable décompensation thymique-anxieuse et, à ce titre, représentait la surcharge psychogène importante vécue par le recourant depuis de nombreuses années. Ce trouble touchait désormais principalement le membre inférieur droit (chez un droitier), le membre supérieur droit et de manière générale, l'hémicorps droit. S'y ajoutaient également des algies, probablement amplifiées sur une base organique et post-chirurgicale, au niveau notamment du membre supérieur gauche. Le recourant relatait aussi des lombalgies importantes et des nuchalgies. Tenant compte du substrat organique décrit dans les

divers rapports du dossier, l'ampleur de ces douleurs - qui rendait difficile le maintien de la position assise durant l'ensemble de la durée de l'examen psychiatrique - paraissait disproportionnée.

Concernant le trouble de conversion mixte, l'expert a relevé des symptômes déficitaires de la série motrice, notamment une faiblesse musculaire dans les membres et un trouble atypique de l'équilibre rendant difficile le maintien de la position debout. Dans la série sensitive, il existait une perte de la sensibilité dans l'hémisphère droit, une sensation de chaleur dans la partie droite du visage, des troubles visuels à l'œil droit et des douleurs accentuées dans l'hémicorps droit. Cette division topographique du corps sans substrat organique était nosologique pour le trouble de la série conversive. Le recourant présentait en effet un ensemble de troubles somatoformes dans lequel se mélangeaient douleur, perte de sensibilité et perte de force ainsi qu'une sensation vertigineuse occasionnelle. L'apparition de ce tableau remontait à cinq ou six ans environ.

L'expert a ensuite discuté le diagnostic de dépendance aux anxiolytiques et expliqué que le recourant consommait depuis de nombreuses années du Temesta à raison de 1 ou 2 mg/j. Il parvenait rarement à ne pas prendre un comprimé durant la journée et devait recourir plus fréquemment à une double dose. Il semblait que cette médication atténuait une partie des symptômes du spectre dépressivo-anxieux qui seraient nettement plus graves sinon.

Le diagnostic d'anxiété généralisée, suggéré par la Dresse T_____, n'était pas retenu parmi les diagnostics car il ne semblait pas revêtir un caractère autonome, indépendant du trouble dépressif majeur. Un trouble panique ne semblait pas non plus faire partie des diagnostics, présents ou passés.

Quant au fonctionnement intellectuel limite, à la personnalité fruste et abandonnique, décompensée et étiopathogénèse des troubles, l'expert a exposé que la perte précoce du père à l'âge de 10 ans, impromptue et traumatique, associée à un sentiment d'injustice, avait probablement induit une fragilisation de la personnalité sur un mode abandonnique, avec éventuellement un tableau dépressif qui aurait perduré pendant l'adolescence. Il était probable qu'il ait accentué la tendance fusionnelle entre le jeune garçon et sa mère et des lacunes importantes dans le développement affectif précoce. Le recourant avait dû travailler afin de subvenir aux besoins vitaux de la famille. Il était presque illettré, y compris dans sa langue maternelle, et ses capacités d'introspection et de représentation étaient absentes. Le soupçon d'un déficit de l'intelligence, voire d'un retard mental léger, était confirmé par l'examen neuropsychologique. La personnalité avait probablement été davantage fragilisée à l'âge adulte par l'éloignement avec son épouse et ses enfants. Une réactivation des éléments abandonniques précoces avait eu lieu lors de la mort de sa mère, puis du départ de sa fille et de ses garçons. Il était logique d'imaginer que le recourant avait envie d'assurer un confort matériel à ses proches pour compenser la souffrance vécue personnellement. Il était ainsi possible qu'une fragilisation supplémentaire ait été occasionnée par un cercle vicieux

s'établissant avec la perte d'activité de l'expertisé depuis 2002. Cette situation avait privé le recourant de son rôle de chef de famille. Le fort sentiment d'inutilité que relatait la psychologue faisait partie de ce contexte, qui avait engendré une blessure narcissique et avait contribué à des tensions de couple. Un autre élément déstabilisant avait peut-être été l'opération de diverticules intestinaux qui avait pu rappeler à l'assuré le décès accidentel de son père lors d'une banale appendicite. Le recourant avait probablement craint pour lui, ainsi que pour ses proches, une fin semblable et aurait anticipé un abandon relationnel.

d. Répondant aux questions, l'expert a exposé qu'il était très difficile de reconstituer a posteriori l'évolution de l'état de santé psychique du recourant depuis les années 2000.

De manière générale, le recourant connaissait des difficultés importantes à expliquer son état psychique, à établir des liens entre cet état et les événements survenus dans sa vie, mettant en avant des symptômes de nature physique plutôt que psychique. Il était probable que le recourant ait déjà connu, depuis la fin de son activité professionnelle, une certaine atteinte psychique qui se soit manifestée surtout par la présence d'un trouble douloureux, expression de son désarroi psychique sur un mode algique. Il se pouvait toutefois qu'en 2004 le recourant n'ait pas encore souffert d'une pathologie thymique significative, ce qui expliquerait en partie l'observation de l'expertise de décembre 2004 qui écartait une atteinte grave. Considérer toutefois que sa personnalité était complètement compensée, comme le signalait cette expertise, et que le recourant n'avait aucune plainte d'origine psychiatrique, était peut-être excessif.

L'atteinte somatoforme devenait plus prononcée probablement à partir de 2009-2010, suite à l'aggravation de l'état de santé de la mère de l'intéressé et l'anticipation d'un décès possible. L'expert a relevé que c'était à cette époque que remontait l'apparition de troubles dans l'hémicorps droit. Il s'était alors établi une synergie symptomatique entre le trouble douloureux et le trouble somatoforme conversif, le recourant se sentant de plus en plus handicapé et douloureux.

C'était à partir de mai 2012 que la notion de trouble douloureux figurait dans l'expertise pluridisciplinaire du CHUV. C'était peut-être aussi à ce moment-là que l'atteinte thymique avait occupé une place plus significative. Il était possible également que le traitement anxiolytique régulier remonte au moins à cette période. Il était certain que c'était autour du décès de la mère de l'assuré, en septembre 2013, que s'était développé un état dépressif majeur et sévère qui avait probablement persisté pendant plusieurs mois et se trouvait désormais en rémission partielle.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert a considéré que le trouble dépressif majeur, grave en 2014, désormais léger car en rémission partielle, avait conduit à une totale incapacité de travail au moins depuis le décès de la mère de l'assuré, en septembre 2013. Il était toutefois très probable que cette incapacité ait déjà été

totale auparavant car il était très difficile de situer le début de la décompensation thymique majeure. Désormais, ce trouble ne pouvait être considéré indépendamment de l'atteinte somatoforme globale. Il ne pouvait pas non plus être dissocié de l'atteinte de la personnalité accentuée après le décès de la mère. Enfin, le déficit intellectuel avait eu un impact important sur la capacité de travail et l'avait rendue inexistante, en annihilant les capacités adaptatives résiduelles.

Dans l'ensemble, ces diagnostics avaient un impact significatif sur la capacité de travail, la rendant en l'état inexistante. Il était possible que le trouble douloureux se soit développé progressivement à partir de 2002 dans la période d'inactivité du recourant qui, petit à petit, avait perdu l'espoir de trouver un emploi. S'était installé un cercle vicieux dans lequel la perte d'espoir aggravait à son tour les douleurs. Dans un tel état et chez un assuré aussi dénué de moyens intellectuels que de capacités adaptatives, il n'existait pas de possibilité de se réhabiliter sans une aide efficace de l'assurance-invalidité.

Le recourant avait toujours été au bénéfice d'une incapacité de travail totale durant ces années- là. Il pouvait de bonne foi s'estimer incapable sans aide extérieure d'accéder à un emploi. Avec le cumul des diagnostics supplémentaires, tels que le trouble conversif, la dépendance aux benzodiazépines et le développement d'un trouble thymique majeur, la capacité de travail était allée en diminuant jusqu'à sa disparition totale. Il était clair que dans l'état décrit dans le rapport de la Dresse T_____ de juin 2014, l'atteinte psychique était totalement invalidante. On imaginait mal que le recourant, dans un état dépressif majeur et grave, culpabilisé et se sentant inutile, fatigué, dormant peu, anxieux, très algique, était capable d'assumer un emploi physique, comme l'exigeaient les divers experts.

Désormais, il existait toujours de nombreuses limitations liées à des symptômes handicapants : labilité de l'humeur, polyalgie diffuse, perte de force, perte de sensibilité, trouble visuel, tension psychique majeure, fatigue et fatigabilité, sensation vertigineuse et décompensation globale de la personnalité, avec des capacités adaptatives minimales vu le déficit intellectuel.

e. Répondant aux questions spécifiques concernant le trouble somatoforme douloureux, l'expert a mentionné qu'il existait une comorbidité psychiatrique importante sous forme de troubles sur l'Axe I (psychopathologie) ainsi que sur l'Axe II (personnalité et intelligence). Le trouble somatoforme était complexe et ne comportait pas qu'un trouble douloureux somatoforme isolé mais également un trouble conversif touchant surtout l'hémicorps droit.

Par ailleurs le trouble conversif était de qualité mixte, sensitif comme moteur, ce qui était un indice de gravité supplémentaire. Le tout se compliquait par la présence d'une personnalité de type fruste, peu différenciée, mais également décompensée sur un mode abandonnique surtout depuis la perte de la mère en septembre 2013.

Cette pathologie devait être considérée comme grave et, comme sa durée était désormais significative (plusieurs années), chronifiée. Le déficit intellectuel associé

à l'absence de scolarisation avait anéanti les capacités adaptatives pour accéder à un emploi sans aide extérieure et avait contribué à la fragilisation globale de la personnalité. En outre, le trouble somatoforme, douloureux comme conversif, faisait partie de l'ensemble d'une psychopathologie psychique qui se manifestait au niveau de l'Axe I avec l'atteinte thymique-anxieuse. À leur tour, ces troubles étaient l'expression de la décompensation de la personnalité au niveau de l'Axe II dans un contexte de pertes affectives majeures ainsi que d'une blessure narcissique et identitaire.

Il existait un processus maladif datant de plusieurs années, chronifié, sans rémission durable, avec même une aggravation en 2014 vers un épisode dépressif majeur et sévère.

Il existait aussi des affections corporelles chroniques.

Tenant compte de la présence d'un entourage familial et social soutenant, on ne pouvait en revanche parler d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Le caractère de nature particulièrement sociable du recourant jouait un rôle dans le maintien de ses interactions sociales favorables.

On ne pouvait pas à ce stade parler d'un échec de traitement ambulatoire conforme aux règles de l'art. Le recourant n'avait pas bénéficié d'une prise en charge de nature psychothérapeutique pendant plus que quelques séances et on ne pouvait ainsi pas parler d'un traitement efficace sur une durée suffisante.

L'état psychique n'était pas totalement cristallisé, car le recourant pourrait retrouver une meilleure qualité de vie avec des soins psychiques appropriés bien que la capacité de travail ne serait pas grandement influencée par cette amélioration.

Il n'y avait pas un soulagement d'un point de vue psychique dans l'état oisif, lequel accentuait le sentiment d'inutilité et l'absence de but. Par ailleurs, cette situation avait des répercussions négatives sur la vie de couple. Plutôt que fuir dans la maladie, le recourant semblait par tous les moyens résiduels possibles et selon sa compréhension, chercher à trouver la meilleure façon de remédier à sa souffrance.

Il n'y avait pas de syndrome de dépendance, ni primaire ni secondaire.

f. L'expert a encore relevé que la notion d'activité adaptée n'avait jamais été précisée. Avait été suggérée une activité de nettoyeur qui avait pourtant un caractère évident de pénibilité, comme celle de jardinier. Lorsque l'on tenait compte du trouble douloureux, de l'atteinte somatoforme conversive qui venait s'y ajouter et de la problématique thymique sous-jacente qui était devenue majeure par la suite, on se rendait compte que la réhabilitation d'une telle personne ne pouvait pas être aisée. Toutefois, lorsqu'on intégrait la notion de faibles ressources intellectuelles comme adaptatives, il devenait évident que, depuis 2002 déjà, le recourant était incapable d'actualiser une capacité de travail quelconque sans une aide extérieure spécialisée.

D'un point de vue psychique, tenant compte du degré d'anxiété de base du recourant et de la décompensation de sa personnalité, une activité adaptée ne devait pas être de nature stressante, ne pas nécessiter de formation et permettre d'éviter le contact avec la foule. Le trouble du sommeil rendait une activité nocturne inadaptée. Vu le déficit intellectuel, elle devrait tenir compte de l'absence de capacités adaptatives. Force était de constater qu'une telle activité correspondait uniquement à un emploi dans un milieu protégé.

L'expert a encore émis l'avis que le recourant n'avait nullement exagéré ses douleurs, bien précises et localisées, qu'il semblait avoir dans l'ensemble banalisé son atteinte psychique et que ses plaintes, qui n'avaient pas été démonstratives, avaient suscité l'empathie de l'expert, qui avait toutefois pu rester neutre. Il existait une demande évidente de soins, sur les plans somatique et psychiatrique. On ne pouvait parler d'un environnement psychosocial intact, tenant compte des tensions conjugales et de l'épuisement progressif, semble-t-il, de l'ensemble du réseau familial qui soutenait le recourant.

g. Le Dr GIL s'est ensuite exprimé par rapport aux conclusions du COMAI de 2004.

Il a notamment relevé que le tableau algique, si handicapant et durable, disproportionnel au substrat organique et même post-opératoire, méritait clairement le diagnostic psychiatrique de trouble douloureux somatoforme ou au moins un diagnostic différentiel. Il a déploré que la psychiatre n'ait ni étudié ni analysé la personnalité du recourant, alors qu'elle savait qu'il était devenu orphelin de père à 10 ans. La décompensation de la personnalité sur un mode abandonnique existait probablement déjà à ce moment-là, mais ne figurait pas parmi les diagnostics.

L'expert s'est également étonné de l'absence du diagnostic de déficit intellectuel alors que celui-ci existait depuis l'enfance du recourant et qu'il avait déjà joué un rôle évident en 2004, l'empêchant de disposer s'adapter à sa nouvelle situation.

Il a également émis l'avis que l'expert avait omis d'investiguer un syndrome conversif déjà actif et qui aurait dû figurer parmi les diagnostics.

Il a relevé qu'à l'époque déjà, l'experte n'était pas indifférente à l'authenticité et à la sincérité du recourant et s'est déclaré surpris qu'elle n'ait néanmoins fourni aucun éclairage sur la psychopathologie du recourant ni sur son étiopathogénèse.

Il s'est enfin étonné que les experts aient conclu à une capacité de 80% dans une activité de nettoyeur, métier pourtant physique, et ce, malgré des douleurs généralisées, des nuits d'insomnie, une incapacité à marcher pendant plus de quelques minutes et des céphalées.

Concernant le rapport de la Dresse T_____ du 12 juin 2014, écartant un trouble douloureux somatoforme dans le contexte d'une atteinte prédominante thymique-anxieuse, l'expert a émis l'avis que la psychiatre n'était probablement pas au courant du fait que ce diagnostic avait déjà été posé dans le passé et qu'il avait

persisté après la rémission partielle de l'état dépressif grave. Selon lui, elle aurait dû l'inclure parmi les diagnostics. N'ayant vu le recourant qu'à une seule reprise, elle n'avait pas analysé la personnalité et l'intelligence de son patient, et avait ainsi omis de diagnostiquer la décompensation de la personnalité, et peut-être aussi la déficience intellectuelle. Malgré ces lacunes, ce rapport était précieux, car seul à attester d'une atteinte psychiatrique majeure et durable.

h. En définitive, l'expert psychiatre judiciaire a considéré que l'activité habituelle de maçon-jardinier n'était pas compatible avec l'état de santé psychique du recourant.

Il a préconisé, avant d'exiger une activité lucrative adaptée, de mettre en place les mesures médicales et psychiatriques préconisées et d'attendre deux à trois mois, que ces mesures puissent exercer leur effet.

L'expert a suggéré que cette activité soit définie par le service de réadaptation de l'intimé, par exemple dans le domaine de la surveillance de chantiers, à condition qu'elle n'implique pas de longs déplacements en voiture, le recourant souffrant de douleurs dorsales après 20 minutes. D'autres activités adaptées pourraient être envisagées, dans une usine par exemple, à condition qu'elles permettent l'alternance des positions. Une activité nocturne était exclue.

L'expert a émis l'opinion qu'au vu du déficit intellectuel et des faibles ressources résiduelles de l'assuré, âgé de 57 ans et après 15 ans d'inactivité, une activité lucrative exercée dans l'économie ne saurait être exigée à plus de 30%. Il était nettement plus probable que le recourant, toujours dans l'attente d'une réhabilitation, puisse en profiter dans le cadre d'un atelier protégé à mi-temps.

Enfin, des mesures médicales et une prise en charge par des mesures de réadaptation auraient un effet bénéfique sur la capacité de travail, sur son actualisation comme sur son maintien à long terme. Il ne fallait toutefois pas espérer que la capacité de travail effective puisse dépasser 30%, voire 50% dans un atelier protégé. Le pronostic quant à la récupération d'une capacité de travail partielle dans un cadre protégé paraissait favorable.

40. Le 1^{er} septembre 2015, l'intimé a contesté la valeur probante de cette expertise et conclu qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et tenant compte du fonctionnement intellectuel du recourant était exigible à 75%.

L'intimé reproche à l'expert de s'être livré à de nombreuses hypothèses et suppositions et d'avoir remplacé l'argumentation médicale concernant les diagnostics retenus par une étiopathogénèse des troubles.

Au surplus, l'intimé conteste les diagnostics retenus, qu'il considère comme insuffisamment motivés. Il relève que les limitations intellectuelles et neuropsychologiques existent depuis toujours et n'ont jamais empêché le recourant de travailler.

L'intimé s'appuie sur l'avis émis le 19 août 2015 par les doctoresses V_____ et W_____, du SMR. En substance, ces médecins se disent non convaincues par l'expertise. Elles reprochent notamment à l'expert X_____ de ne pas avoir précisément indiqué depuis quand la capacité de travail n'est plus exigible. Concernant les diagnostics, elles relèvent que le recourant n'a bénéficié d'aucun suivi psychiatrique suite au décès de sa mère, que les dépressions dans un contexte de deuil sont considérées comme réactionnelles et qu'une dépression d'intensité légère n'est pas incapacitante. De plus, le code F32.5 utilisé par l'expert n'existe pas et la constatation clinique d'une « rémission partielle » impose de préciser le degré d'intensité actuel de l'épisode dépressif. Selon elles, le tableau dépressif apparaît tout au plus léger et n'a pas de répercussion sur la capacité de travail.

Quant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), il exige la présence d'un tableau douloureux persistant associé à un degré de détresse important. Or, dans le cas présent, la douleur apparaît fluctuante et le recourant ne montre ni détresse importante ni rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. Partant, les critères pour retenir un tel diagnostic ne sont pas remplis.

La présence de fourmillements pourrait orienter vers un diagnostic d'autre trouble somatoforme (F45.8) qui prend en compte tout autre trouble des sensations non classé ailleurs, non dû à un trouble physique, éventuellement vers un trouble somatoforme différencié (F45.1).

Les médecins du SMR ajoutent qu'il n'est pas possible de retenir conjointement un trouble de conversion et un trouble douloureux car ces deux diagnostics s'excluent mutuellement. Cela étant, les critères pour retenir un trouble de conversion mixte ne sont pas remplis et le tableau paraît s'intégrer clairement au diagnostic de trouble somatoforme sans précision (F45.8).

Quant au diagnostic de trouble de la personnalité non-spécifié décompensé, l'expertise ne permet selon elles pas de comprendre sur quels critères il repose. Le trouble de la personnalité correspond au développement de traits prémorbides qui apparaissent généralement au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Un tel trouble est caractérisé par des dysfonctionnements répétés, persistants, sévères ou intenses par rapport à une norme, soit un individu moyen d'une culture donnée. Ce trouble doit avoir des répercussions manifestes sur la façon de penser, de fonctionner et d'être en relation avec autrui. De plus, la pathologie frustrée n'existe pas dans la CIM-10 et le recourant a été à même de travailler régulièrement pendant plusieurs années.

La description permet de relever des traits de la personnalité dépendants, chez un assuré qui apparaît attendre les décisions prises par les autres médecins, ce qui ne saurait correspondre à une atteinte incapacitante.

Sur le plan neuropsychologique, il n'existe aucun test standardisé disponible pour un sujet aussi faiblement scolarisé, illettré et ne parlant que peu français.

En définitive, seuls devraient être retenus selon le SMR les diagnostics d'autre trouble somatoforme (F45.8), d'épisode dépressif sévère (2014) réactionnel au deuil du père, en rémission partielle, désormais d'intensité légère (F32.0), de traits de personnalité (dépendants ; Z73.1) et de troubles cognitifs associés à un fonctionnement intellectuel limité (R41.8). L'activité adaptée devrait donc être simple et répétitive, sans apprentissage autre que simple ; avec des consignes être claires et une supervision. Le besoin impératif d'un accompagnement spécialisé pour retrouver une activité adaptée a été admis, pour autant qu'une telle activité existât.

41. Par écriture du 16 octobre 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions en relevant notamment que les activités précédemment exercées n'étaient plus exigibles en raison de ses troubles somatiques et que les autres activités évoquées par le SMR n'étaient pas envisageables en raison de ses troubles psychiques et cognitifs.

Il a encore produit un rapport de la Dresse T_____ du 15 octobre 2015. Ce médecin estime que les épisodes de rémissions n'excluent pas la gravité des états dépressifs car les études montrent que plus une personne fait d'états dépressifs, plus elle est susceptible d'en refaire et moins ils sont faciles à soigner. Elle explique par ailleurs qu'une dépression est considérée comme guérie quand le score de Hamilton est égal ou inférieur à 7, ce qui n'est pas le cas chez le recourant (score de 13 au moment de l'expertise). Elle ajoute que s'il est exact que le diagnostic retenu n'est pas conforme aux termes de la ICD-10 - puisque le seul trouble dépressif qui peut être coté en rémission est le trouble dépressif récurrent - c'est sans doute que l'expert a mélangé deux classifications diagnostiques, ce qui a créé une confusion. Par ailleurs, elle souligne que l'appréciation du SMR concernant l'exclusion du trouble de conversion et du trouble douloureux est erronée, car il est faux d'affirmer qu'aucun test standardisé n'est disponible pour évaluer le retard mental des gens faiblement scolarisés. Enfin, elle émet l'avis que les activités citées par le SMR ne sont pas adaptées à l'état somatique du recourant.

42. Copie de ces documents a été transmise à l'intimé le 21 octobre 2015 et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La chambre de céans s'étant déjà prononcée sur la recevabilité du recours (ATAS/1009/2011 du 1^{er} novembre 2011) et sa compétence (ATAS/1320/2014 du 28 décembre 2014), il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimé, singulièrement sur son degré d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec 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 (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont

susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

8. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).
9. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité

de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération

optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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, à ce motif, 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 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, 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/aa et les références).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de

travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
12. Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée - le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes - permet ou non

une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

13. En l'occurrence, il est rappelé au préalable que le recourant a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en mars 1993, laquelle a été rejetée par décision du 15 décembre 1993 au motif que son degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 25%. Cette décision est devenue définitive.

Le recourant a déposé une deuxième demande en juin 2001, tendant à l'obtention de mesures d'ordre professionnel, et une troisième le 21 mai 2007, visant à l'octroi d'une rente d'invalidité. La deuxième demande a été rejetée par décision sur opposition du 26 janvier 2009, laquelle n'a pas été attaquée et est ainsi devenue définitive. La troisième demande a abouti à la décision du 25 février 2010, qui fait l'objet de la présente procédure.

14. a. Dans le cadre de l'instruction de la cause, la chambre de céans a d'abord ordonné une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique, un volet neurologique et un volet cardiologique. Dans leur rapport du 19 juillet 2012, les experts du CHUV ont conclu à l'absence de troubles organiques évidents et retenu que seul un syndrome douloureux somatoforme était susceptible de limiter la capacité de travail du recourant dans une activité permettant l'alternance des positions assise et debout et limitant le port de charges à 10 kg.

Suite aux observations formulées par le recourant, la chambre de céans a requis un complément d'expertise auprès du Prof. P_____, qui a rendu un nouveau rapport le 13 novembre 2013. Après avoir mené les investigations supplémentaires suggérées par le recourant, l'expert a exclu toute affection d'origine tumorale ou rhumatismale et écarté les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde et de spondylarthrite ankylosante. Il a maintenu qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle détectable à l'examen clinique objectif, mis à part une raideur fonctionnelle de la région lombaire, et que la capacité de travail était entière dans une activité sédentaire légère et de 75% dans une activité manuelle adaptée (travaux de nettoyage, de jardinage avec aménagement).

- b. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du CHUV répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante.

Ce document se fonde en effet sur toutes les pièces du dossier, relate les plaintes du recourant, comprend des anamnèses détaillées et les conclusions des experts, dûment motivées, reposent sur des investigations approfondies. Chaque expert a discuté les diagnostics retenus dans son domaine, leur influence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, puis ils ont livré une appréciation consensuelle.

Si le recourant a contesté dans un premier temps la valeur probante de cette expertise, qu'il jugeait incomplète, il n'a formulé aucun grief à l'encontre des conclusions médicales de son complément (cf. notamment son écriture du

13 janvier 2014). L'appréciation des experts n'est remise en doute par aucun document et rien ne justifie de s'en écarter.

c. Partant, la chambre de céans fera siennes les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du CHUV concernant l'état de santé physique du recourant.

15. a. Dès lors que les experts du CHUV ont retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique judiciaire au Dr X_____, afin d'examiner si les conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître à cette atteinte psychique un caractère invalidant étaient réalisées.

L'expert psychiatre judiciaire a conclu qu'en l'état, seule une activité dans un milieu protégé serait possible, mais qu'après des mesures médicales indispensables et une aide adéquate, une activité lucrative dans l'économie de marché serait envisageable, à hauteur de 30% au maximum.

b. Le rapport du Dr X_____ du 6 juillet 2015 répond lui aussi aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : cette expertise, dépourvue de contradiction, est basée sur le dossier complet du recourant et fait suite à un entretien psychologique et à un examen psychiatrique ; l'expert s'est par ailleurs entouré de tous les renseignements utiles, prenant notamment contact avec la psychiatre et la psychologue ayant suivi le recourant, et sollicitant un examen neuropsychologique. L'expert a présenté des anamnèses fouillées et procédé aux tests qui s'imposaient. Il a méticuleusement motivé chaque diagnostic retenu et s'est prononcé sur les rapports des autres psychiatres, en justifiant notamment les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'appréciation de la Dresse H_____, mandatée en 2004. L'expert a en outre précisément répondu aux questions posées par la chambre de céans.

Il sied donc d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions du Dr X_____.

16. Dans leur avis du 19 août 2015, les Dresses V_____ et W_____ ont considéré qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et tenant compte du fonctionnement intellectuel limité était exigible à 75%.

Les médecins du SMR reprochent en premier lieu à l'expert de ne pas avoir précisément indiqué depuis quand la capacité de travail n'est plus exigible. La chambre de céans relève cependant que si le Dr X_____ a effectivement expliqué qu'il était très difficile de reconstituer « a posteriori » l'évolution de l'état de santé psychique du recourant - d'autant que le dossier ne comporte qu'un seul document attestant d'une atteinte psychiatrique majeure et durable, soit le rapport de la Dresse T_____ du 12 juin 2014 -, il a néanmoins conclu qu'il était « évident » que le recourant était incapable d'actualiser une quelconque capacité de travail sans une aide spécialisée « déjà depuis 2002 » (expertise p. 42), le recourant ayant travaillé pour son ancien employeur jusqu'au « 21.12.2001 » (expertise p. 37). La chambre de céans rappelle que le recourant a sollicité des mesures

professionnelles en 2001, lesquelles lui ont été refusées par l'intimé par décision du 26 janvier 2009. C'est dire qu'il ne disposait d'aucune capacité de travail résiduelle, dès lors que les mesures adéquates et indispensables ne lui ont pas été accordées.

Concernant le diagnostic d'épisode dépressif majeur, en rémission partielle, les Dresses V_____ et W_____ relèvent que le recourant n'a bénéficié d'aucun suivi psychiatrique suite au décès de sa mère ; elles arguent que les dépressions dans un contexte de deuil sont considérées comme réactionnelles et sans répercussions sur la capacité de travail et qu'une dépression d'intensité légère n'est pas incapacitante. Elles ajoutent que le code F32.5 utilisé par l'expert n'existe pas et que la constatation clinique d'une « rémission partielle » impose de préciser le degré d'intensité actuel de l'épisode dépressif.

Aucun de ces arguments ne saurait être suivi.

Tout d'abord, la chambre de céans observe que l'expert a conclu que le tableau dysthymique remontait « en tout cas à 2002, début de la période d'inactivité » (expertise p. 33), précisant qu'il ressortait de ses consultations avec la psychiatre traitant et l'ancienne psychologue un fort sentiment d'inutilité et une perte identitaire suite à l'arrêt de travail (expertise p. 33). Lors du décès de sa mère en 2013, il était certain que le recourant avait développé un état dépressif majeur et sévère qui a persisté pendant plusieurs mois et était encore grave en 2014 (expertise p. 37 et 38), comme en atteste la Dresse T_____, qui a signalé que le recourant souffrait « depuis plusieurs années » d'un trouble dépressif, même s'il n'avait jamais été formellement diagnostiqué (rapport du 12 juin 2014). Dans ces conditions, rien ne permet de considérer, comme le font les médecins du SMR, que l'état dépressif serait réactionnel au décès de sa mère. Il apparaît au contraire qu'il lui est antérieur, mais qu'il a connu une aggravation significative en 2013.

Ensuite, la chambre de céans remarque que le Dr X_____ s'est bien prononcé sur l'état actuel de l'épisode dépressif en rémission puisqu'il l'a qualifié de « gravité légère » (expertise p. 38).

Enfin, le fait que le code « F32.5 » soit erroné puisqu'il n'existe pas dans la CIM-10 est sans conséquence, vu la précision avec laquelle l'expert a posé son diagnostic « épisode dépressif majeur, isolé, en rémission partielle » (expertise p. 30). Comme l'a d'ailleurs relevé la Dresse T_____ dans son rapport du 15 octobre 2015, une telle erreur peut avoir été induite par l'utilisation parallèle de deux classifications diagnostiques.

S'agissant du trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), les médecins du SMR sont d'avis que les critères pour le retenir ne sont pas réunis et lui préfèrent le diagnostic d'autre trouble somatoforme (F45.8) ou de trouble somatoforme différencié (F45.1). Elles indiquent à cet égard qu'un trouble somatoforme douloureux persistant implique la présence d'un tableau douloureux persistant associé à un degré de détresse important. Or, selon elles, la douleur apparaît

fluctuante et le recourant ne présente ni détresse importante ni rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs.

La chambre de céans relève de prime abord que l'existence de douleurs persistantes et chroniques est attestée par l'ensemble des pièces produites (cf. notamment rapports des Drs C_____ et D_____ du 9 juillet 2001, du Dr D_____ des 20 juillet 2004 et 13 novembre 2007, du COMAI du 27 décembre 2004, du Dr O_____ du 5 août 2010, et du rapport d'expertise du CHUV du 19 juillet 2012). De plus, elle relève que le SMR ne s'est pas opposé au diagnostic de syndrome douloureux lorsqu'il a été posé par les experts du CHUV (cf. avis de la Dresse V_____ du 29 octobre 2012 et du 20 janvier 2014) et que la Dresse M_____, du SMR, l'a également retenu, dans son rapport du 22 janvier 2008. Le Dr X_____ a clairement expliqué que le trouble douloureux s'est développé progressivement depuis 2002 et est devenu plus prononcé à partir de 2009-2010, suite à l'aggravation de l'état de santé de la mère de l'intéressé. De surcroît, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a également été retenu par la Dresse T_____ (cf. rapport du 15 octobre 2015). Rien ne permet donc de lui substituer celui d'autre trouble somatoforme ou de trouble somatoforme différencié.

Concernant le trouble de conversion, les médecins du SMR arguent qu'il n'est pas possible de retenir conjointement un trouble de conversion et un trouble douloureux, ces deux diagnostics s'excluant. Cette opinion, d'ailleurs considérée comme erronée par la Dresse T_____ (cf. rapport du 15 octobre 2015), s'apparente à une évaluation différente d'un même état de fait et est insuffisante pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

Quant au diagnostic de trouble de la personnalité non-spécifié décompensé, les Dresses V_____ et W_____ considèrent que l'expertise ne permet pas de comprendre sur quels critères il repose et relèvent que le recourant a été capable de travailler régulièrement pendant plusieurs années.

La chambre de céans constate cependant que l'expert a dûment motivé les éléments le conduisant à retenir ce trouble dont il précise qu'il consiste en une « personnalité fruste et abandonnique ». Il s'est notamment référé à la perte précoce, impromptue et traumatique qu'a vécue l'assuré de son père à l'âge de 10 ans, associée à un sentiment d'injustice, qui a probablement induit une fragilisation de la personnalité sur un mode abandonnique, accentué la tendance fusionnelle avec sa mère et induit d'importantes lacunes dans son développement affectif précoce. L'expert rappelle à cet égard que l'assuré est presque illettré et qu'il ne dispose d'aucune capacité d'introspection et de représentation. L'examen neuropsychologique a d'ailleurs mis en exergue un déficit de l'intelligence, voire un retard mental léger. De plus, la personnalité a probablement été davantage fragilisée à l'âge adulte par l'éloignement avec son épouse et ses enfants. Une réactivation des éléments abandonniques précoces a eu lieu à la mort de sa mère, puis au départ de ses enfants. La perte d'activité a occasionné une fragilisation supplémentaire chez le recourant en le privant de son rôle de chef de famille. Le fort sentiment d'inutilité a

engendré une blessure narcissique. Enfin, l'assuré a subi une opération qui a contribué à sa déstabilisation dans la mesure où il a pu craindre une issue fatale (expertise p. 35 et 36).

Les conclusions et explications du Dr X_____ sont sérieusement motivées et convaincantes. Le fait que la pathologie fruste n'existe pas dans la CIM-10 est irrelevante puisque le diagnostic retenu est un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9), soit une catégorie résiduelle du trouble de la personnalité.

Enfin, le grief du SMR à l'encontre des tests neuropsychologiques n'apparaît pas justifié, étant souligné que lesdits tests ont été réalisés par un spécialiste et approuvés par l'expert, ainsi que par la Dresse T_____.

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que l'appréciation divergente du SMR n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire, à laquelle elle reconnaît pleine valeur probante.

17. C'est encore le lieu de rappeler que la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affections y assimilées a changé depuis le mandat d'expertise.

Un changement de jurisprudence s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3), de sorte que la modification à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire du Dr X_____ est suffisamment détaillée pour permettre de vérifier l'application des nouveaux critères jurisprudentiels relatifs au caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux.

En effet, l'expert a mis en exergue les facteurs extérieurs incapacitants, traduits par les diagnostics et les limitations fonctionnelles du recourant. Il a notamment exposé qu'il existait de nombreuses limitations liées aux symptômes handicapants tels que la labilité de l'humeur, la polyalgie diffuse, les pertes de force et de sensibilité, le trouble visuel, la tension psychique majeure, la fatigue et la fatigabilité, la sensation vertigineuse ou encore la décompensation globale de la personnalité (expertise p 39).

Il a précisé que l'atteinte somatoforme, le trouble dépressif et l'atteinte à la personnalité ne peuvent pas être dissociés et que tous ces diagnostics rendent la capacité de travail inexistante en l'état (expertise p 38). Il existe ainsi une comorbidité psychiatrique importante sous forme de troubles sur l'Axe I (psychopathologie) et sur l'Axe II (personnalité et intelligence ; expertise p. 39). Le trouble somatoforme est complexe et comporte également un trouble conversif, de qualité mixte (sensitif et moteur) touchant surtout l'hémicorps droit, ce qui est un indice de gravité supplémentaire. Le tout se complique par la présence d'une personnalité de type fruste, peu différenciée, mais également décomposée sur un

mode abandonnique, surtout depuis septembre 2013. Cette pathologie doit être considérée comme grave et chronifiée (expertise p. 40).

L'expert s'est également prononcé sur les ressources du recourant et ses capacités adaptatives, jugées minimales vu son déficit intellectuel (expertise p. 42), ainsi que sur son entourage familial et social, relevant les tensions conjugales et l'épuisement progressif de l'ensemble du réseau familial qui soutenait le recourant (expertise p. 45).

L'expert a souligné le fort sentiment d'inutilité et la perte identitaire qui ont suivi l'arrêt de l'activité professionnelle, et considéré que le recourant n'avait « nullement exagéré ses douleurs », que ses plaintes n'avaient pas été démonstratives et qu'elles avaient « clairement suscité l'empathie de l'expert ». Il a ajouté que le recourant a une demande « évidente de soins, que ce soit sur le plan somatique comme psychiatrique » (expertise p. 44).

Il a également suggéré des propositions thérapeutiques, soit un traitement antidépresseur et une prise en charge psychothérapeutique régulière, subsidiairement des mesures réadaptatives dans un milieu protégé (expertise p. 43).

L'expertise permet ainsi de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux à hauteur de 100%, sans qu'un complément d'expertise ne soit nécessaire.

La chambre de céans observe au demeurant que les Desses V_____ et W_____, bien qu'elles aient estimé la capacité de travail du recourant à 75% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques, ont précisé que ladite activité devrait en outre être simple et répétitive, avec des consignes claires, et que le recourant devrait être supervisé. Elles ont encore ajouté que l'intéressé avait « impérativement besoin d'un accompagnement spécialisé pour retrouver une activité adaptée pour autant que celle-ci existe ». Force est donc de constater que le SMR lui-même admet que des mesures préalables sont indispensables et qu'il semble lui aussi douter qu'une activité adaptée puisse exister dans l'économie libre.

La chambre de céans relève encore à ce propos que, bien que le SMR ait préconisé l'octroi de mesures d'accompagnement (cf. rapports de la Dresse M_____ du 22 janvier 2008 et du Dr N_____), l'intimé n'en a pas accordé au recourant.

18. Reste à examiner à partir de quand la rente entière d'invalidité doit être versée au recourant, étant rappelé que ce dernier a déposé sa demande en mai 2007.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

En l'occurrence, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès 2002. Il a donc droit à une rente entière à compter du 1^{er} janvier 2003.

19. Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 25 février 2010 et de reconnaître au recourant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2003.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 25 février 2010.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2003.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant à titre de participation à ses frais et dépens la somme de CHF 4'000.-.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le