

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 avril 2009

---

Présidence de M. DIND  
Juges : MM. Jomini et Monod, assesseur  
Greffier : M. Kramer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à Nyon, recourant, représenté par le Service juridique d'Intégration Handicap (ci-après: le SJH), à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : l'OAI) à Vevey, intimé.

---

**Art. 8 al. 1 LPGA et 28 al. 1 LAI**

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

**A.** H.\_\_\_\_\_, né en 1977, originaire du Kosovo, a été engagé en tant que chauffeur-livreur pour le compte de l'entreprise P.\_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> septembre 2000 au 31 mars 2003. Totalement incapable de travailler depuis le 5 juin 2002, l'intéressé a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), le 23 mai 2003, sollicitant l'octroi d'une rente.

Médecin traitant de l'assuré, la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie, a diagnostiqué, le 28 juillet 2003, des lombosciatalgies droites chroniques persistantes sur spondylolisthésis bilatéral L5-S1, existant depuis 1999, ainsi qu'un état dépressif moyen à sévère, présent depuis 2002. Elle a confirmé ces diagnostics dans un rapport du 4 octobre 2004, précisant que l'assuré présentait des signes radiologiques d'instabilité à droite et que les lombosciatalgies s'étaient aggravées brutalement en 2001. Elle estime que la capacité de travail de l'intéressé sur le plan somatique est de 50%, des problèmes psychiques empêchant par contre toute reprise du travail.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2003, les médecins du Département de psychiatrie Y.\_\_\_\_\_ retiennent le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Le 13 décembre 2004, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant à l'Hôpital psychiatrique Z.\_\_\_\_\_, posent les mêmes diagnostics, mais qualifient l'épisode dépressif de sévère; leur pronostic est sombre, l'incapacité de travail de l'assuré étant totale, sans qu'on puisse exiger de lui qu'il exerce une autre activité, le syndrome douloureux lombo-sacré invalidant ayant induit un état dépressif sévère également invalidant.

A la demande de l'OAI, l'assureur-maladie perte de gain ayant pris en charge l'incapacité de travail d'H.\_\_\_\_\_ a produit le dossier médical de ce dernier, dont il ressort notamment les pièces suivantes:

- un rapport établi le 27 janvier 2003 par le Dr L.\_\_\_\_\_, orthopédiste FMH, qui pose le diagnostic de spondylolyse L5 bilatérale et de lombalgies chroniques. Le praticien relève une forte discrédance entre l'importance des plaintes, le status et l'aspect radiologique;
- une expertise du 2 juin 2003, dans lequel le Dr J.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, retient les diagnostics de lombo-sciatalgies droites non déficitaires dans un contexte de spondylolyse bilatérale L5/S1, de suspicion d'un syndrome somatoforme douloureux et d'état dépressif. Le Dr J.\_\_\_\_\_ relève que les symptômes présentés par le patient sont très exagérés et peu compréhensibles par rapport à la pathologie décrite. La spondylolyse est très probablement d'origine congénitale. Le listhésis est de degré I et ne se modifie pas lors des épreuves fonctionnelles. Tous les traitements ont été des échecs, sans explications logiques. La dernière activité exercée, soit celle de chauffeur-livreur, ne comportait pas d'effort particulier et était très facile. Le Dr J.\_\_\_\_\_ considère ainsi que l'arrêt de travail ne peut être mis sur le compte de la pathologie rhumatismale. Il existe en effet un autre problème qui ne peut être que d'origine psychologique ou qui entre dans le cadre d'une simulation. Une expertise psychiatrique est donc essentielle pour pouvoir décider de la suite à donner à ce dossier. Si l'expertise ne montre pas de problème psychologique particulier, une reprise du travail à 100% devra être exigée;
- une expertise établie le 16 juillet 2003 par le Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui pose le diagnostic de probable trouble factice (F 68.1). Ce praticien relève que l'existence d'une atteinte à la santé invalidante, tant sur les plans somatique que psychiatrique, n'a pas été établie par les examens pratiqués en l'état. Dans ces conditions, et pour tenir compte des circonstances du cas d'espèce, il préconise une reprise partielle du travail, par exemple à 50%, au début du mois d'octobre 2003, pour une période de deux à quatre mois, puis une reprise totale. Il estime que le traitement psychiatrique dispensé par la Dresse X.\_\_\_\_\_ devrait notamment tendre à permettre à l'assuré de trouver une "sortie honorable" de l'impasse clinique, sociale et thérapeutique dans

laquelle il se trouve. Dans cette optique, il suggère que les somaticiens signifient clairement au patient que pour l'essentiel ses douleurs ne sont plus de leur domaine, qu'ils n'envisagent plus de nouveaux traitements et qu'ils n'assument plus de certificats d'arrêt de travail pour ce motif. Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, le message à passer à l'assuré devrait être que ses douleurs ne sont pas niées mais qu'il doit peu à peu apprendre à vivre avec ou malgré elles et que son état de santé est parfaitement compatible avec une vie d'homme normal, y compris sur le plan professionnel.

Par décision du 2 mai 2005, confirmée dans une décision sur opposition du 12 juin 2006, l'OAI a refusé la demande de rente de l'assuré, considérant que celui-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

**B.**           **a)** H.\_\_\_\_\_, a recouru contre cette décision sur opposition le 30 juin 2006. Représenté par le SJH, il a déposé un recours complémentaire le 13 juillet 2006, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le recourant expose notamment avoir récemment présenté des crises d'épilepsie.

Dans sa réponse du 23 août 2006, l'OAI relève que l'assuré fait état d'une aggravation de son état de santé sans apporter de pièces pertinentes allant dans le sens d'une telle évolution. S'agissant du problème épileptique, l'intimé propose d'interpeller la Dresse F.\_\_\_\_\_.

Le 15 février 2007, le recourant a requis que soit entendues en qualité de témoin les Dresses X.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_. Il fait valoir que l'expertise sur laquelle se fonde l'OAI date de plus de trois ans et demi et a été communiquée par l'assureur-maladie perte de gain de l'intéressé, sans autorisation particulière de ce dernier. H.\_\_\_\_\_ a également produit un rapport de la Dresse X.\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2007, qui considère que l'état de santé s'est péjoré; qu'un état dépressif est apparu et que l'incapacité de travail est toujours présente autant dans l'ancienne activité que dans n'importe quel autre travail.

**b)** Dans le cadre de l'instruction de la cause, la Dresse F.\_\_\_\_\_, neurologue, et la Dresse W.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, ont été interpellées. La première a établi un rapport le 26 février 2007 dans lequel elle retient comme diagnostic affectant la capacité de travail un status après deux malaises compatibles avec des crises épileptiques généralisées convulsives cryptogénétiques (début 2005 et août 2005). Elle considère qu'il n'existe pas de limitation fonctionnelle au sens propre du terme, mais uniquement des restrictions dans les conditions de travail. Elle indique qu'aucun traitement spécifique contre les malaises épileptiques n'a été entrepris si ce n'est que le patient a stoppé sa médication anti-dépressive (rôle potentiellement épileptogène), seul un suivi neurologique étant en cours.

Le 7 mai 2007, l'OAI a confirmé ses conclusions, tendant au rejet du recours, relevant que l'instruction médicale était exhaustive et qu'il n'était pas nécessaire d'interpeller les Dresses X.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_. L'intimé s'est rallié à un avis médical établi le 16 avril 2007 par le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint au Service médical régional AI (ci-après: SMR), lequel estime qu'il ressort clairement du rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_ que les malaises présentés par l'assuré n'ont aucune incidence sur la capacité de travail. Il estime ainsi que les informations fournies sont suffisantes et qu'aucune investigation médicale complémentaire n'est nécessaire.

La Dresse W.\_\_\_\_\_ a établi un rapport le 29 août 2007, dans lequel elle retient comme diagnostics affectant la capacité de travail de l'assuré un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. En revanche, les diagnostics de status après probable crise d'épilepsie généralisée de type grand mal en février et août 2005 et de traits de personnalité passive agressive n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. La psychiatre relève en outre que dans son expertise de 2003, le Dr R.\_\_\_\_\_ émet l'hypothèse d'un syndrome lombalgique banal, d'un épisode dépressif modéré, d'un comportement passif agressif et retient le

diagnostic d'un probable trouble factice. La Dresse W.\_\_\_\_\_ déclare être d'accord avec les trois premières observations, la quatrième, celle d'un trouble factice, pouvant être évoquée dans les diagnostics différentiels du syndrome douloureux somatoforme persistant. Le trouble factice est également une grave maladie, qui consiste en l'exagération ou la production volontaire de signes ou de symptômes d'une affection médicale psychique ou physique, avec le but d'obtenir le status de malade, et est généralement accompagné d'un grave trouble de la personnalité. Dans les deux cas, et au vu de la comorbidité, elle conclut qu'il semble que l'incapacité de travail reste totale.

Le 18 octobre 2007, le recourant s'est déterminé en faisant valoir que la Dresse W.\_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a confirmé sa requête d'expertise pluridisciplinaire, le 15 novembre 2007.

Le 6 février 2008, l'OAI a confirmé ses conclusions et s'est rallié à un avis du SMR du 29 janvier 2008, dans lequel le Dr C.\_\_\_\_\_ relève que les plaintes de l'assuré et les constatations objectives de la Dresse W.\_\_\_\_\_ et du Dr R.\_\_\_\_\_ sont identiques; que la situation médicale objective ne s'est donc pas modifiée entre juillet 2003 et juin 2006; que l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail permanente ou de longue durée; que le rapport de la Dresse W.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun argument convaincant pour justifier une incapacité de travail et que les conclusions de l'expert R.\_\_\_\_\_ restent pleinement valables.

Par décision incidente du 30 mai 2008, le Juge instructeur a rejeté la requête d'expertise du recourant, au motif que le dossier contenait une expertise effectuée par le Dr J.\_\_\_\_\_, rhumatologue, une expertise psychiatrique du Dr R.\_\_\_\_\_, ainsi que divers rapports médicaux, de sorte que le dossier du recourant avait été suffisamment instruit sur le plan médical.

**c)** Le recourant a formé opposition contre cette décision incidente par acte du 9 juin 2008, en faisant valoir que les rapports d'expertise des Drs J.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ sur lesquels l'OAI se fonde ont été recueillis de manière contraire à la loi, ne sont pas récents et sont contredits par les rapports médicaux des médecins traitants, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire s'avère nécessaire.

Le 4 juillet 2008, l'OAI a confirmé sa position antérieure, concluant pour le surplus au rejet de l'opposition.

Par jugement incident du 12 septembre 2008 (AI 308/08 inc. - 318/2008), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté l'opposition (ch. I du dispositif) et confirmé la décision incidente attaquée (ch. II du dispositif), considérant que les rapports obtenus par le biais de l'assureur-maladie perte de gain l'ont été de façon licite, en vertu des art. 43 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) et 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) ainsi que de l'autorisation donnée par l'intéressé dans la demande de prestations (art. 28 LPGA).

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

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. a LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA).

**2.** Seul est litigieux le taux d'invalidité du recourant.

**3. a)** 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. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'art. 28 al. 1 LAI actuel étant entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les questions de droit transitoire n'ont pas à être examinées, vu le sort à réserver au recours.

Selon l'art. 16 LPGA, 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.

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

**4.** Le juge des assurances sociales 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 trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214).

**5.** **a)** En seconde instance, le recourant fait valoir que son état de santé s'est aggravé depuis la dernière expertise de 2003 et qu'il existe des contradictions entre les rapports des médecins traitant et les expertises des Drs J.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. Il relève également que ces expertises ont été transmises par l'assureur-maladie perte de gain de façon contraire à la loi et requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Ladite requête a toutefois été rejetée par jugement

incident du 12 septembre 2008 (AI 308/08 inc. - 318/2008), le tribunal des assurances du canton de Vaud ayant considéré que les données médicales au dossier étaient suffisamment complètes pour permettre à l'autorité de céans de se prononcer, la demande de renseignement de l'office AI étant en outre licite. Le tribunal a notamment émis les considérations suivantes, auxquelles la Cour se rallie:

*"La demande de renseignements de l'OAI auprès de l'assureur-maladie n'est pas illicite dans la mesure où l'article 43 LPGA autorise l'office à recueillir tous les renseignements dont il a besoin. L'article 69 alinéa 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) précise que l'OAI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté. En signant sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré a autorisé notamment les caisses-maladie et les assurances publiques et privées à donner à l'OAI des renseignements nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations. Par surabondance, on relèvera qu'en vertu de l'article 28 LPGA, le recourant aurait été tenu d'autoriser son assurance perte de gain à fournir les renseignements demandés par l'intimé."*

Il convient dès lors de déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant, en prenant en considération les pièces transmises par l'assureur-maladie perte de gain.

**b)** Sur le plan somatique, l'expert J.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de lombo-sciatalgies droites et préconise une reprise du travail à plein temps s'il n'y pas de problème psychologique particulier. Certes, la Dresse X.\_\_\_\_\_ admet une incapacité de travail. Son avis de médecin traitant, s'il doit être pris en considération (ATF 125 V 353), n'est cependant pas de nature à remettre en cause les conclusions convaincantes de l'expert J.\_\_\_\_\_.

S'agissant des malaises présentés par le recourant, la Dresse F.\_\_\_\_\_ estime qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle, mais uniquement des restrictions dans les conditions de travail. En conséquence, il convient d'admettre que, sur le plan somatique, le recourant ne présente pas d'incapacité de travail.

**c)** Du point de vue psychique, l'expert R.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de trouble factice (F 68.1) et considère que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante. Il préconise ainsi une reprise du travail à 50% durant deux à quatre mois, puis à 100% et relève que l'état de santé du recourant est parfaitement compatible avec une vie professionnelle normale. Les médecins du Département de psychiatrie Y.\_\_\_\_\_ et de l'Hôpital psychiatrique Z.\_\_\_\_\_ ne se prononcent pas expressément sur la capacité de travail du recourant, de sorte que leur avis ne saurait prévaloir sur celui de l'expert R.\_\_\_\_\_. Quant à la Dresse W.\_\_\_\_\_, elle retient un trouble somatoforme et un épisode dépressif moyen et estime l'incapacité de travail totale, au vu de la comorbidité. Elle relève que le Dr R.\_\_\_\_\_ émet l'hypothèse d'un syndrome lombalgique banal, d'un épisode dépressif modéré, d'un comportement passif agressif et qu'il retient le diagnostic de probable trouble factice. La Dresse W.\_\_\_\_\_ est en accord avec les trois premières observations et estime que la quatrième, celle du trouble factice, peut être évoquée en tant que diagnostic différentiel.

Selon la jurisprudence (TF 9C\_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 2.2), en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitant, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n° 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [TF I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitant ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitant font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

En l'espèce, les constatations de la Dresse W.\_\_\_\_\_ sont globalement superposables à celles de l'expert R.\_\_\_\_\_, et constituent une appréciation différente de la même situation médicale. Il convient dès lors de lui préférer l'avis de l'expert R.\_\_\_\_\_, qui est particulièrement bien étayé, et dont les conclusions sont tout à fait claires.

En conséquence, le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante sur le plan psychique. La décision attaquée est donc bien fondée et le recours doit être rejeté.

**6.** Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais doivent être arrêtés à 600 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'est pas alloué de dépens, étant donné que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Service juridique d'Intégration Handicap (pour H. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :