

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et M. Abrecht
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

B. _____, à Bussigny-près-Lausanne, recourant,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____, d'origine serbe, né en [...], travaillait depuis le 1^{er} juillet 1999 en qualité de [...] au service de la société [...]. Hormis trois tentatives de reprise du travail (octobre 2004, novembre 2004 et mai 2005), il est en incapacité totale de travailler depuis le 24 mars 2004 et n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors. Selon le questionnaire pour l'employeur, il aurait gagné en 2005, s'il était resté en bonne santé, un salaire mensuel de 5'115 francs.

B._____ a sollicité les prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 22 mars 2005, en faisant valoir des maux de dos et au coccyx.

Le 13 juin 1995, le Dr J._____, orthopédiste, a établi un rapport médical à l'attention du Dr D._____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, dont quelques extraits sont reproduits ci-dessous en l'état :

« Merci de nous avoir adressé le patient susmentionné pour des lombalgies récidivantes (...).

Ce patient qui, pendant des années souffre de douleurs, se voit depuis quelques semaines très handicapé, surtout à sa place de travail où il est ferrailleur. Il n'a pour l'instant pas interrompu son activité professionnelle et demande une prise en charge et un soulagement (...).

Ce patient qui montre avant tout un état de fatigue musculaire avancé, lié probablement aussi bien à une activité physique qu'à une discopathie L4-L5, radiologiquement plus marquée qu'en 1992, devrait être reconduit pour un traitement de physiothérapie ».

Le 1^{er} novembre 2004, le Dr C._____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué des lombalgies communes sur discopathies L5-S1 et une obésité. Il a ajouté ce qui suit (p. 4) :

« Lorsque la douleur a débuté, le patient était en train de forer un mur de béton. Je ne pense pas que les lipomes présents au niveau des muscles multifidus soient responsables des symptômes. Toutes les investigations sont restées dans la norme, principalement les

investigations neurologiques. Il faut que Monsieur B. _____ fasse plus d'exercice d'étirement et de tonification au niveau lombaire et abdominal et qu'il perde du poids, car il présente une obésité qui peut aggraver les douleurs lombaires.

Une reprise à 50 % est possible rapidement, avant le 15 novembre 2004 et à 100 % au 1^{er} décembre 2004.

Il faut que l'employeur permette à Monsieur B. _____ de travailler sans devoir faire des efforts de force, comme forer du béton ou porter des charges de plus de 20 kilos, pendant les trois prochains mois.

Il n'existe aucune raison médicale que cet arrêt de travail soit de longue durée. Un recyclage n'est pas nécessaire et une demande d'Al ne rentre pas en compte ».

Le 24 janvier 2005, le Dr H. _____, rhumatologue, a relevé que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec déconditionnement physique global et focal), d'une hypermobilité sacro-coccygienne, d'une obésité et d'un état anxio-dépressif. Il a fait les observations suivantes :

« Dans un contexte de probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse, chez un patient en arrêt de travail de longue durée, peu apte à comprendre ses différents problèmes et se montrant fixé sur sa douleur, développement d'une symptomatologie évoquant une micro-instabilité segmentaire lombaire basse et d'une hypermobilité sacro-coccygienne. Il n'y a aucun argument pour une pathologie systémique ou spécifique. Sur le plan global, ses convictions sont difficiles à modifier. Il est persuadé d'avoir une problématique dans son rachis. Lorsque je lui ai parlé d'état dépressif, il s'est plutôt révolté bien que j'aie l'impression qu'il ait partiellement admis ce point de vue.

Cette situation justifie une prise en charge de rééducation globale au long cours, visant à corriger les dysbalances musculaires et rééquilibrer activement son rachis. Parallèlement, une prise en charge antidépressive médicamenteuse devrait pouvoir se faire avec les précautions habituelles. Monsieur B. _____ semble cependant peu ouvert, malgré mes explications et le fait qu'il ait un peu lâché de lest dans ce domaine, à cette solution ».

Dans un rapport médical du 26 avril 2005 adressé au X. _____, assureur perte de gain maladie, le Dr V. _____, FMH médecine physique et réhabilitation, a diagnostiqué, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, des lombosacralgies chroniques depuis le 24 mars 2004, un syndrome douloureux chronique depuis plusieurs années,

des troubles somatoformes et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il a en outre constaté ce qui suit :

« Depuis le 24.3.2004, il se plaint d'importantes lombosciatalgies qui ne répondent à aucun traitement. Il a en effet pris des AINS, fait de nombreuses séances de physiothérapie, subi des injections intra discales et probablement sacro-coccygiennes, mais rien n'y fait.

Les douleurs sont mixtes mais d'ordre plutôt mécaniques puisqu'il se sent mieux le matin et que ses symptômes s'aggravent en cours de journée.

Les nombreuses investigations n'ont pas permis de proposer une cause organique à ces douleurs (...).

Dans sa lettre du 24 janvier 2005, le Docteur H. _____ parle d'une probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et d'une hypermobilité sacro-coccygienne. Il parle également d'un état dépressif.

Dans sa lettre du 02.06.2004, le Docteur [...], neurologue constate que, "sur le plan neurologique, il n'y a aucune répercussion objectivable".

Au status actuel, je ne constate pas de syndrome lombo-vertébral ni de trouble neurologique pour un syndrome radiculaire (...).

Il n'y a pas, actuellement, de signe clinique pour une maladie rhumatismale inflammatoire.

Les lombalgies peuvent être expliquées par une discopathie étagée constatée à l'IRM mais ces constatations n'expliquent pas l'importance des douleurs ni leur longévité.

C'est la raison pour laquelle, au vu de quatre signes de non organicité positifs sur cinq, je parle de trouble somatoforme, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ayant trouvé, comme le Dr H. _____, ce patient quelque peu déprimé (...).

Sur le plan purement objectif, il n'y a pas de limitation physique objective à aucune activité professionnelle.

Psychiquement, ce patient présente certainement des troubles mais il semble impossible de lui proposer une consultation psychiatrique. Il est en effet persuadé que tout vient de son sacrum. C'est l'importance des douleurs qui limite son rendement (...).

Dans une activité où il n'y aurait pas de charge à porter, pas de mouvement répétitif du tronc, pas d'activité en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière ».

Mandaté par X. _____, le Dr T. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a examiné l'assuré les 4 et 6 juillet 2005. Dans son rapport du 16 août suivant, il a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et une personnalité sensitive

(F60.0). A son avis, ces trois affections avaient des répercussions sur la capacité de travail et caractérisaient une évolution de longue durée, remontant vraisemblablement au début de l'âge adulte, qui s'était progressivement approfondie jusqu'à atteindre, en mars 2004, un degré de gravité tel que l'activité professionnelle comme [...] n'était plus possible. Le spécialiste a indiqué les précisions suivantes :

« L'ensemble du tableau décrit permet de conclure à une comorbidité psychiatrique grave. De plus, j'ai montré plus haut qu'on était en présence d'une problématique de longue durée, fixée par des bénéfices primaires importants, problématique qui a commencé bien avant le début de l'incapacité de travail, l'expertisé ayant durant de longues années fourni un très important effort de volonté pour faire face à un niveau élevé de sensations douloureuses malgré un équilibre personnel de plus en plus précaire.

Compte tenu de la gravité de la problématique psychiatrique, Monsieur B. _____ ne paraît aujourd'hui plus en mesure de fournir l'effort nécessaire pour travailler malgré ses douleurs dans une profession comme celle de maçon coffreur ou toute autre activité autre qu'un travail léger ne demandant aucun effort physique et permettant des positions librement alternées. Une telle activité (on pense à un travail de distribution d'imprimés ou de surveillance de locaux) pourrait être exercée au plus à raison de quatre heures par jour compte tenu de la mauvaise résistance de l'expertisé au stress avec tendance à se décompenser rapidement sur un mode anxieux en cas de surcharge, les symptômes d'anxiété étant vécus comme le signe d'une nouvelle "maladie" mystérieuse pour laquelle les médecins ne trouvent pas de raison.

Une réadaptation professionnelle n'est pas envisageable. Même si son niveau scolaire est bon, les aptitudes de Monsieur B. _____ au plan de la compréhension abstraite et son niveau verbal sont modestes. Surtout, il ne dispose pas en raison de ses troubles psychiques de la flexibilité cognitive et de la souplesse adaptative nécessaires pour apprendre une nouvelle profession ».

Le 24 août 2005, le Dr D. _____ a posé les diagnostics suivants :

« Ayant des répercussion sur la capacité de travail :

- lombalgies chroniques non spécifiques persistantes
- troubles somatoformes douloureux persistants depuis des années (F45.4)
- majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)
- personnalité sensitive (F60.0)
- rupture de la coiffe des rotateurs (épaule droite) depuis 1988

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- lipomatose sous cutanée multiple
- obésité
- hernie hiatale réductible ».

Le praticien a estimé que son patient ne pouvait plus travailler en tant que maçon coffreur, mais que l'on pouvait exiger de lui qu'il exerce une activité légère, soit sans charge lombo-dorsale ni effort physique, avec alternance des positions assise / debout, à raison de trois ou quatre heures par jour.

Dans un rapport du 2 mars 2006, le Dr Z._____, du Service médical régional AI, à Vevey (ci-après : SMR), a fait état d'une discussion interne avec la Dresse [...], psychiatre, qui a estimé que la personnalité sensitive invoquée par le Dr T._____ en tant que comorbidité psychiatrique justifiant un trouble somatoforme douloureux n'était pas correcte. En effet, une personnalité sensitive n'était pas en soi un trouble invalidant au sens de l'assurance-invalidité et le trouble somatoforme douloureux ne correspondait pas aux critères de Mosimann dans le sens où il n'y avait pas de retrait social, pas de demande de traitement adéquat malgré les propositions d'un suivi psychiatrique et une divergence entre l'anamnèse et les constatations des experts. Par conséquent, dès lors qu'au surplus, il n'y avait objectivement aucune atteinte à la santé empêchant l'assuré de travailler, sa capacité de travail exigible était pleine tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, c'est-à-dire excluant le port de lourdes charges, les mouvements répétitifs du tronc et les activités en porte-à-faux.

Par décision du 21 mars 2006, l'Office AI a refusé tout droit à des prestations à l'assuré au motif que sa capacité de travail dans son activité habituelle ainsi que dans toute autre activité était entière depuis le 1^{er} décembre 2004.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 12 avril 2006 en indiquant qu'il ne pouvait pas travailler depuis deux ans en raison de fortes douleurs au niveau du dos et du coccyx. Les divers traitements ayant échoué, il a demandé à pouvoir bénéficier d'une reconversion

professionnelle dans un métier ne nécessitant pas d'efforts physiques difficiles.

Par décision sur opposition du 13 décembre 2007, en se fondant sur l'avis du SMR du 2 mars 2006, l'Office AI a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ainsi, en comparant le revenu sans invalidité de 66'495 fr. et celui avec invalidité de 54'939 fr. 28, il en résultait un taux d'invalidité de 17,38 %, ce qui était inférieur à 20 % et 40 % donnant droit respectivement à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

B. B._____ a recouru contre la décision sur opposition du 13 décembre 2007 par acte du 23 janvier 2008, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi qu'à l'assistance judiciaire. Il a fait valoir qu'il remplissait les quatre critères justifiant son incapacité à surmonter les troubles somatoformes douloureux dont il souffrait, en ce sens que son état de santé ne s'améliorait pas depuis plusieurs années, que les rapports médicaux relevaient une désocialisation, que son atteinte psychique allait en s'accroissant et que les différents traitements avaient échoué.

Dans un rapport du 10 mars 2008, le Dr N._____, neurologue FMH, a mentionné que l'examen neurologique s'était révélé strictement normal et qu'il n'y avait pas d'explication, à la lumière de l'IRM, aux douleurs lombo-sacrées. Vu la longue évolution, le caractère mal systématisé et les multiples symptômes, un syndrome somatoforme lui paraissait le plus vraisemblable.

Le 11 mars 2008, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

Le 30 juillet 2008, le Dr G._____ et la Dresse F._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante à l'Hôpital ophtalmique [...], ont diagnostiqué une hypermétropie, un astigmatisme et une presbytie des deux côtés, ainsi qu'une exophorie de près. Hormis

cette dernière affection, les examens ophtalmologiques et orthoptiques étaient donc sans particularité et une paire de lunettes a été prescrite.

Dans un rapport du 22 octobre 2008, le Dr P._____, otoneurologue, a diagnostiqué des vertiges subjectifs chroniques (inconfort du mouvement et de l'espace), un syndrome douloureux de l'articulation temporo-mandibulaire droite et un épisode dépressif avec somatisation multiple. Il a confirmé que le bilan vestibulaire était entièrement normal et qu'il n'y avait aucune origine organique aux vertiges chroniques dont l'intéressé se plaignait.

Dans une lettre du 24 octobre 2008 adressée au Dr D._____, le Dr K._____, médecin psychiatre à [...], a écrit ce qui suit :

« Il s'agit d'un patient qui a été déjà suivi à [...] en 2006. Actuellement, suite à mon évaluation, je ne peux que confirmer le diagnostic de trouble somatoforme chez un patient qui a très peu de moyen d'introspection et d'ouverture sur son propre vécu, fait qui rend impossible un travail psychothérapeutique. Le traitement médicamenteux essayé par vous-même ou par d'autres confrères n'a pas donné satisfaction. Moi-même j'ai prescrit successivement deux antidépresseurs que le patient a arrêtés en raison des effets secondaires. Ainsi, le trouble somatoforme présenté par M. B._____ remplit les critères de Mosimann concernant cette pathologie.

Compte tenu de l'inaccessibilité du patient à un travail psychothérapeutique, la prise en charge dans notre institution a été arrêté ».

Le 10 novembre 2008, le Dr D._____ a indiqué que l'intéressé présentait tous les critères et l'évolution dramatique des troubles somatoformes douloureux comme décrits dans la littérature médicale spécialisée.

C. Constatant que l'avis médical du SMR du 2 mars 2006 réfutait les conclusions du Dr T._____ dans un premier temps et du Dr K._____ sans se fonder sur un rapport écrit d'un médecin psychiatre, le juge instructeur a ordonné, le 16 octobre 2008, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr L._____, psychiatre et psychothérapeute FMH.

Le 24 juin 2009, le Dr L. _____ a diagnostiqué un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) sans comorbidité psychiatrique significative. Il a exclu la présence de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (désignée anciennement par névrose de compensation) dans le sens où on ne retrouvait plus le côté revendicateur du recourant et que le trouble somatoforme indifférencié délimitait déjà le tableau clinique de symptômes physiques non expliqués par des bases organiques probantes. Il a également écarté le diagnostic de personnalité sensitive, tout en précisant que ce trouble était en réalité dénommé « personnalité paranoïaque (F60.0) » selon la classification internationale des maladies (CIM-10). En effet, d'une part, on ne retrouvait chez l'intéressé aucun des items de ce trouble de la personnalité (méfiance et rancune excessives, tendance démesurée à interpréter les intentions des autres comme malveillantes et sentiment d'être exagérément attaqué); d'autre part, cette affection ne serait pas passée inaperçue lors du stage de trois mois qu'il avait suivi à W. _____ (de décembre 2007 à mars 2008), car ce trouble générerait des difficultés dans les relations interpersonnelles évoluant vers la rupture, ce qui n'avait pas été le cas. L'expert a retenu des traits de personnalité paranoïaque discrets dans la mesure où ceux-ci pouvaient apparaître dans des situations de stress et dans un contexte d'émigration et de difficultés d'acculturation. Toutefois, ces traits ne pouvaient être considérés comme un trouble de la personnalité en tant que tel, même s'ils tendaient à s'exacerber de temps à autre. Dès lors que le recourant ne présentait par ailleurs aucune autre grande pathologie psychiatrique (pas de dépression grave, de trouble anxieux sévère ou de psychose décompensée), il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique. S'agissant des autres critères à évaluer en présence d'un trouble somatoforme douloureux, le spécialiste a admis un processus maladif de longue durée, une résistance aux traitements dans les règles de l'art et une cristallisation de la situation dans le sens où les choses « n'avaient guère évolué depuis des années »; en revanche, il a constaté que l'intéressé avait gardé une intégration sociale (conservation des rapports avec la famille nucléaire, de l'intérêt aux autres et aux

actualités). En conclusion, l'expert a déclaré qu'il ne pouvait retenir aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Le 7 août 2009, l'Office AI s'est déterminé sur l'expertise psychiatrique en relevant que le Dr L._____ avait expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il convenait d'admettre que le recourant présentait une pleine capacité de travail.

Par lettre du 28 septembre 2009 adressée à l'Office AI et en copie au tribunal de céans, le recourant a considéré que l'expertise du Dr L._____ ne justifiait en aucun cas sa capacité de travail à 100 %, qu'il se sentait incapable d'exercer un quelconque métier physique et que ses problèmes de santé n'avaient aucun lien avec son état psychique, en rappelant qu'il souffrait du dos, du coccyx et de vertiges chroniques.

E n d r o i t :

1. Aux termes 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 dès le 1^{er} janvier 2009, 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 compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. d LPA-VD).

2. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une éventuelle rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si les affections dont il souffre justifient une incapacité de travail et sont invalidantes au sens de l'assurance-invalidité.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

c) 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 malade, 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement

exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'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), de 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 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

5. a) Sur le plan somatique, il est constant que le recourant souffre de lombalgies depuis 1992, sous forme de discopathie L4-L5 (rapport du Dr J. _____ du 13 juin 1995), de lombalgies communes sur discopathies L5-S1 (rapport du Dr C. _____ du 1^{er} novembre 2004), de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec déconditionnement physique et focal) (rapport du Dr H. _____ du 24 janvier 2005 et du Dr D. _____ du 24 août 2005), et de lombosacralgies chroniques qui ne justifient ni l'importance des douleurs ni leur longévité et dont la cause organique n'a

pu être déterminée malgré les nombreuses investigations (rapport du Dr V._____ du 26 avril 2005). Le Dr H._____ relève également une probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et une hypermobilité sacro-coccygienne mais sans argument pour une pathologie systémique ou spécifique. Il n'existe pas non plus de cause organique à l'origine des vertiges chroniques dont l'intéressé se plaint également (rapport du Dr P._____ du 22 octobre 2008). Il n'y a donc, objectivement, aucune raison de s'écarter des conclusions des Drs C._____ et V._____ qui considèrent que la capacité de travail du recourant reste entière dans une activité adaptée, soit sans ports de lourdes charges, mouvements répétitifs du tronc ou activités en porte-à-faux. A cet égard, l'avis du Dr D._____ selon lequel son patient ne peut exercer une telle activité qu'à raison de trois à quatre heures par jour ne saurait être retenu dans la mesure où les plaintes physiques n'ont pas de cause organique et que, sur le plan psychique, l'intéressé ne présente pas de comorbidité grave (cf. consid. 5b ci-dessous). Enfin, le sentiment personnel du recourant quant à sa capacité de travail n'est pas déterminant, d'autant que cela ne correspond pas aux constatations médicales comme en l'espèce et que celui-ci ne fait valoir aucune autre affection physique susceptible de remettre en cause les diagnostics posés par les différents spécialistes.

b) Il convient dès lors d'examiner si, d'un point de vue psychique et à la lumière notamment des critères dégagés par la jurisprudence, le recourant est en mesure de fournir l'effort de volonté raisonnablement exigible en vue de surmonter les effets de sa symptomatologie douloureuse.

Ainsi qu'il ressort des pièces du dossier, le Dr T._____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et personnalité sensitive, lesquels ont été repris in extenso par le Dr D._____. L'ensemble du tableau clinique lui a permis de conclure à une comorbidité psychiatrique grave et à la présence d'une problématique de longue durée, fixée par des bénéfices primaires importants ayant débuté bien

avant le début de l'incapacité de travail. Il a estimé que si la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de maçon coffreur était nulle, celui-ci pouvait néanmoins exercer à mi-temps toute autre activité légère, telles celles de distribution d'imprimés ou de surveillance de locaux. Quoique non spécialistes, les Dr H._____ et V._____ ont respectivement évoqué un état anxio-dépressif et trouvé le patient quelque peu déprimé. Pour sa part, le Dr L._____ n'a relevé aucune comorbidité psychiatrique significative, hormis de discrets traits de personnalité paranoïaque. S'agissant des autres critères fixés par la jurisprudence fédérale, il a constaté un processus maladif de longue durée, une résistance aux traitements dans les règles de l'art et un état psychique cristallisé; en revanche, l'intéressé a gardé une intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie.

C'est à juste titre que l'expertise exclut tout d'abord le facteur de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. En effet, le Dr L._____ constate pertinemment que le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (anciennement névrose de compensation) (F68.0) posé par le T._____ en août 2005 procède déjà de la définition internationale du trouble somatoforme douloureux (F45.4), lequel constitue une douleur persistante non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble. Quant à la personnalité sensitive (F60.0) retenue par le Dr T._____ et que la CIM-10 définit plus exactement comme « trouble de la personnalité paranoïaque », outre le fait que l'intéressé ne présente pas les critères relatifs à cette maladie (il n'a pas montré de méfiance ou de rancune excessives, de tendance à interpréter les intentions des autres comme malveillantes ou à se sentir attaqué), il est vrai que ce trait de personnalité n'aurait pas échappé au moniteur d'atelier du stage que le recourant a accompli auprès de W._____ de décembre 2007 à mars 2008. Le rapport d'évaluation de fin de stage mentionne que l'intéressé respectait les règles et usages, était devenu davantage serein face à sa maladie et tenait des propos nettement plus

cohérents quant à son quotidien et à son avenir; il n'est fait état ni de situations conflictuelles ni d'un comportement insupportable dans les relations avec les collègues de travail. Si l'expert constate tout de même quelques traits discrets de personnalité paranoïaque qu'on peut lier aux difficultés d'émigration et d'acculturation et qui peuvent s'exacerber dans un contexte de stress, ceux-ci n'en constituent pas pour autant un trouble invalidant en tant que tel. Enfin, le Dr L._____ note que le recourant ne présente pas de trouble anxieux spécifique, d'état dépressif, de trouble psychotique floride, de problèmes relatifs à des substances psycho-actives ou d'affection cérébro-organique.

S'agissant des autres critères, le recourant ne souffre d'aucune affection corporelle chronique indépendante du trouble somatoforme douloureux et a gardé son intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie : il regarde la télévision (il a pu rapporter les actualités du jour à l'expert), sort se balader dans le parc voisin, aide son épouse à effectuer les courses, rencontre régulièrement ses frères et discute quelquefois avec ses anciens collègues de travail. Il conduit encore sur de courtes distances. Il a peu d'amis, mais on sait qu'il semble n'avoir eu de tout temps que très peu d'activités de loisirs (expertise du Dr T._____ du 16 août 2005, p. 3). Même si l'expert doute que le trouble somatoforme douloureux puisse être assimilé à une maladie stricto sensu, il admet que l'on est en présence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il constate sommairement que l'état psychique du recourant s'est cristallisé « sachant que les choses n'ont guère évolué depuis des années ». On observera néanmoins à ce sujet que le projet de réinsertion professionnelle mis en place auprès de W._____ a permis une certaine évolution de la situation dans laquelle le recourant s'est progressivement enkysté, de sa capacité à ne pas systématiquement fuir dans la maladie et à prendre confiance en lui. En effet, dans le dernier rapport d'évaluation de stage, les organisateurs ont noté une décentration des points d'appui pour compenser les douleurs dorsales, une évolution dans la constance au poste, une vigilance davantage dirigée sur le travail, un progrès dans l'engagement au travail et des propos plus cohérents face à la maladie. Enfin, il y a lieu de

relativiser l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Il ressort ainsi des divers avis médicaux que le recourant n'a pas pleinement collaboré depuis le départ aux traitements thérapeutiques proposés, notamment sous l'angle d'une prise en charge antidépressive médicamenteuse et de consultations psychiatriques. Le Dr H. _____ a relevé que l'intéressé « semblait peu ouvert dans ce domaine » (janvier 2005), le Dr V. _____ a noté qu'il lui « semblait impossible de proposer une consultation psychiatrique » (avril 2005) et le Dr D. _____ a mentionné « Refus du patient à prendre un traitement psychotrope » (août 2005). Quant au suivi psychothérapeutique effectué auprès du Dr K. _____ de 2006 à 2008, force est de relever que celui-ci avait peu de chances d'aboutir dès lors que le recourant persiste encore dans son refus d'associer ses troubles somatiques à son état psychique (cf. mémoire du 28 septembre 2009).

Hormis le constat d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et un état psychique cristallisé, mais dont on a vu qu'il a évolué favorablement lorsque le recourant a effectué un stage de réentraînement au travail, il faut admettre que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, le recourant n'est pas en mesure de fournir un effort de volonté raisonnablement exigible pour travailler dans une activité adaptée à plein temps sur le plan somatique.

6. Reste à déterminer le degré d'invalidité sur cette base.

a) Aux termes de 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.

Selon les art. 28 al. 1 et 29 LAI, en vigueur au 1^{er} janvier 2004 et applicables en l'espèce, 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 (art. 28 al. 1). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2, 1^e phrase).

b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (TF 9C_181/08 du 23 octobre 2008, consid. 4.3.3; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

En l'espèce, selon le questionnaire pour l'employeur du 20 avril 2005, le recourant exerçait la profession de maçon coffreur et aurait gagné en 2005, soit au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente (cf. supra, art. 29 al. 1 et 2, 1^e phrase LAI), un revenu annuel de valide de 66'495 fr. (= 5'115 fr. x 13) s'il était resté en bonne santé.

c) S'agissant du gain d'invalide, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elle résultent des chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, singulièrement aux salaires bruts standardisés en se fondant toujours sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2004, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'588 fr.

par mois (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 55'056 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004, soit 41,6 heures (La Vie économique 7/8-2009, tableau B 9.2), ce qui représente 57'258 fr. 24 ($55'056 / 40 \times 41,6$). Adapté à l'évolution des salaires de 2004 à 2005, soit 1 % (La Vie économique 7/8-2009, tableau B 10.2), il en résulte un revenu annuel de 57'830 fr. 82.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Dans le cas particulier, c'est à juste titre que l'Office AI a tenu compte d'un abattement de 5 % en raison des limitations fonctionnelles liées à l'épargne du dos du recourant s'agissant d'un assuré jeune et disposant de bonnes ressources de réadaptation. Le revenu annuel d'invalidé s'élève donc à 54'939 fr. 28.

d) Le calcul de la perte économique (soit du degré d'invalidité) est par conséquent le suivant :

$$(66'495 \text{ fr.} - 54'939 \text{ fr. } 28) : 66'495 \text{ fr.} \times 100 = 17,38 \%$$

ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. supra, art. 28 al. 1 LAI) ni à des mesures professionnelles (ATF 130 V 488 consid. 4.2, 124 V 108 consid. 2b).

Quant à la demande d'assistance judiciaire, le recourant n'a pas donné suite à l'invitation du juge instructeur du 6 février 2008 de s'adresser directement à l'autorité compétente.

7. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

8. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA, 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 rendue le 13 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais de justice, fixé à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B._____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :