

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Berthoud et Monod, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

U._____, à Vevey, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. U._____, né en 1965, d'origine turc, marié, père de trois enfants, en Suisse depuis le 13 mars 1995, sans formation professionnelle, a travaillé comme ouvrier paysagiste pour le compte de l'entreprise [...] de juin 1997 à fin 2000, date de son licenciement. Le 18 avril 2001, il a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente, ainsi que d'un reclassement dans une nouvelle profession.

Le 21 juin 2000, U._____, alors qu'il était debout sur le pont arrière d'un camion et lors de l'arrêt brusque de celui-ci, a été projeté en avant contre l'arrière de la cabine qu'il a tapée avec la face postérieure de son épaule gauche et a chuté sur le côté gauche sur le plateau du camion.

Les premiers soins ont été donnés à la Permanence de [...] par le Dr A._____ en raison d'une contusion à l'épaule gauche. Il résulte du rapport médical du 27 juillet 2000, signé par les Drs P._____ et A._____ que les bilans clinique et radiologique n'ont montré aucune autre lésion qu'une contusion de l'épaule gauche comme suite directe de l'accident. Ces médecins indiquent en outre l'apparition dans les jours qui ont suivi l'accident d'un syndrome douloureux dorsal gauche avec importante contracture musculaire.

Dans un rapport du 18 août 2000, le Dr S._____ diagnostique un status après contusion de l'omoplate gauche évoluant vers une fibromyalgie de l'hémicorps gauche chez un requérant d'asile procédurier à probable structure paranoïaque de personnalité. Le patient présente depuis le 21 juin 2000, en l'absence de lésion traumatique importante mise en évidence et sous traitement médical bien conduit, une évolution fortement défavorable avec un tableau clinique évocateur d'une fibromyalgie de l'hémicorps gauche. Dans l'anamnèse, ce médecin mentionne notamment que le patient est dans l'attente d'une décision relative à sa demande d'asile. Installé à Istanbul, il aurait repris un magasin et une gérance d'immeubles dont s'occupe actuellement son

père et aurait quitté Istanbul en raison de pressions policières durant lesquelles il aurait subi des sévices sous forme de brûlures de cigarettes sur le dos de la main gauche et de coups à la tête avec plaies secondaires. Son épouse et leurs trois enfants sont restés en Turquie. Il réfute l'idée, en particulier depuis son accident, de rechercher un autre travail.

Le 1^{er} septembre 2000, le Dr Q._____, neurologue, qui mentionne que le bilan radiologique est resté anodin, conclut qu'il n'y a aucune répercussion électrophysiologique significative, tant de caractère radiculaire que tronculaire, pour rendre compte de l'impotence actuelle du membre supérieur gauche. Il n'y a en tout cas, selon ce médecin, aucune lésion neurologique sous-jacente permettant de rendre compte de cet état de surprotection de membre supérieur gauche.

Le 19 septembre 2000, le Dr W._____ de l'Hôpital d' [...] diagnostique des troubles somatoformes douloureux persistants. Il mentionne notamment que les investigations pratiquées (colonne dorsale, radiographies de l'épaule et du thorax) n'ont pas démontré de lésion significative. A l'incapacité de travail depuis l'accident, le patient développe progressivement une extension en tache d'huile de ses zones douloureuses qui progressivement concernent l'hémi-côté gauche. De fait, à l'entrée, le patient présente un faciès dépressif et un pseudo-hémisyndrome gauche, avec une pseudo-paralysie du membre supérieur gauche et une boiterie grotesque à la marche du membre inférieur gauche. Toute une série d'arguments et d'antécédents pourraient suggérer un comportement d'exagération des symptômes à la recherche d'un bénéfice assécurologique, voire socio-politique. Il est toutefois également évident, selon le Dr W._____, que le patient présente un état anxio-dépressif avec des manifestations neuro-végétatives qui traduisent certainement un mal être existentiel qui dépasse largement la simple simulation. Il faut rappeler, dans ce contexte, la séparation d'avec sa famille et la perte d'une situation économique favorable dans son pays. Il en conclut que dans l'état actuel, toute activité ne lui paraît pas envisageable.

Le 7 octobre 2000, les Drs E._____ et H._____ du Service psychiatrique de liaison (SPL) du [...] (DUPA) diagnostiquent un probable trouble somatoforme débutant (F45.8). Ils relèvent l'absence de troubles de l'attention, de troubles formels de la pensée ou de la ligne psychotique. Le patient est euthymique et ne présente pas d'état anxieux. Il a toutefois des troubles du sommeil en raison de ses douleurs. Il n'y a pas d'idées suicidaires ni de troubles de la concentration. Le SPL craint, face à ce trouble récent, une aggravation iatrogène, comme par exemple un accroissement des examens et des consultations médicales. Selon lui, une relation de confiance à long terme avec le médecin traitant est essentielle.

Le 16 mars 2001, les Drs N._____ et I._____ diagnostiquent des hémicorporalgies gauches d'origine indéterminée et une obésité modérée sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et du bilan radiologique à disposition (IRM cervico-dorso-lombaire de janvier 2001). Le tableau clinique leur paraît dépasser celui de contusions post-chute et entrer dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique.

Le 18 août 2001, le Dr B._____ diagnostique un status après contusion de l'omoplate gauche évoluant vers une fibromyalgie de l'hémicorps gauche chez un requérant d'asile procédurier à probable structure paranoïaque et hystérique de la personnalité ainsi qu'un état dépressif et anxieux.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique adressé à la [...] et daté du 20 septembre 2001, le Dr V._____ diagnostique un syndrome douloureux persistant (F45.4) et une réaction dépressive prolongée (F43.21). Il observe que les douleurs décrites par le patient sont dramatisées et exagérées au vu de l'accident survenu, mais qu'elles doivent être perçues comme tout à fait authentiques, étant très certainement potentialisées par un état dépressif sous-jacent contre lequel le patient avait réussi à lutter depuis son arrivée en Suisse. Selon le Dr V._____, l'accident a créé une telle blessure narcissique qu'il a aussi permis l'éclosion de cet état dépressif sous-jacent. Il est d'avis que la symptomatologie douloureuse est l'unique "porte de sortie" de l'assuré qui

résout inconsciemment, au travers de la maladie, son conflit intrapsychique. Une résolution à l'aide de la psychothérapie de soutien est considérée comme peu probable, mais pourrait éviter une aggravation de la symptomatologie. Le risque d'aller vers une régression massive est présent et doit être évité. La dévalorisation vécue suite à l'accident est en train de faire des dégâts importants du point de vue psychique avec le développement d'un état dépressif pouvant aller en s'aggravant. Le Dr V. _____ estime totale l'incapacité de travail en raison du trouble somatoforme douloureux compliqué d'une réaction dépressive. Il n'exclut cependant pas totalement un processus hystérique de même que le diagnostic de simulation.

Le Dr T. _____ estime, le 13 mars 2002, que le problème du patient n'est pas orthopédique et fait état d'un pseudo-problème orthopédique, en fait très vraisemblablement secondaire à un problème d'hystérie de conversion déclenchée par un accident mineur. Il observe qu'il est très difficile de savoir quelle est la mobilité exacte du pied du patient car dès que l'on touche ce dernier, il se raidit et ne se laisse pas mobiliser. Lors de la consultation, le patient était accompagné de son épouse.

Le 26 septembre 2002, à la suite d'une hospitalisation à [...] pour état dépressif avec idéation suicidaire, le [...] (DUPA) diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il indique qu'à l'examen, l'assuré a une bonne présentation, qu'il est orienté aux quatre modes, mais que l'idéation est ralentie, qu'il y a une tristesse foncière, qu'il ne supporte plus ses difficultés, a un sentiment d'échec, sans éléments psychotiques. Le DUPA propose d'augmenter le traitement antidépresseur, note une évolution favorable au bout d'une semaine et pense que l'aggravation de l'état psychologique est directement liée au suicide de son cousin, la veille de son hospitalisation.

Le 3 octobre 2002, la Dresse M. _____ diagnostique un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et un trouble dépressif sévère (F33.2). Elle mentionne que l'état psychique, marqué

notamment par une sévère dépression et des idées suicidaires avec scénarios de suicide, a nécessité une prise en charge à raison de deux séances par semaine et qu'il s'agit dans un premier temps, d'assurer un soutien permettant au patient de soutenir l'attente d'une amélioration de sa situation administrative et d'un éventuel regroupement familial.

Le 17 décembre 2002, le Dr R._____, orthopédiste, indique que le patient présente des douleurs mal systématisées pour lesquelles, il n'a pas de traduction clinique objective. Il précise que l'examen s'est fait dans de mauvaises conditions, la collaboration étant quasi nulle. L'état psychique du patient lui semble inquiétant dès lors que ce dernier a de la peine à répondre aux questions et que l'examen se déroule dans un état de semi-somnolence.

La Dresse M._____, d' [...], psychiatre traitant qui suit l'intéressé depuis le 15 août 2001, diagnostique, dans son rapport du 4 mars 2003, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et un syndrome douloureux somatoforme chronique (F45.4). Elle note que le patient se présente comme un homme épuisé, physiquement cassé, ayant peu de mobilité, avec un faciès sombre, fermé. Aucun trouble de la pensée, de l'orientation ou de trouble du langage notable ne sont constatés, mais le débit verbal est ralenti et l'assuré paraît somnolent. La poursuite du traitement médicamenteux et psychothérapeutique est préconisée. Pour la Dresse M._____, l'amélioration de l'état de santé psychique est très étroitement liée à la reconnaissance du préjudice subi lors de l'accident de travail et à l'octroi d'un éventuel statut stable d'étranger résidant en Suisse, qui lui permettrait notamment de bénéficier du regroupement familial. Le traitement psychothérapeutique doit l'aider à faire face à ses problèmes assécurologiques et inhérents à sa situation de requérant d'asile. Le pronostic est réservé et l'incapacité de travail qualifiée de totale. Un certificat médical du 4 mars 2003 de la Dresse M._____ indique que l'attente de l'issue de la procédure d'asile aggrave l'état de santé

psychique de l'assuré, mais qu'une nouvelle hospitalisation est déconseillée.

Dans un rapport du 26 août 2003, établi à la suite de l'examen du 27 juin 2003, les Drs F._____ et X._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) diagnostiquent un trouble somatoforme douloureux (F45.4) chez une personnalité émotionnellement labile à traits caractériels-passifs et interprétatifs. Ils relèvent notamment ce qui suit :

"APPRECIATION DU CAS

L'assuré a connu une enfance marquée par les difficultés liées à l'appartenance de sa famille au peuple kurde et à leur engagement dans la minorité religieuse halevi et à leurs sympathies pour le PKK. Il décrit un climat persécutoire, avec force, brimades, arrestations et tortures, dont lui-même a été victime. Il quitte le pays en 1995, peu avant la naissance de sa troisième fille, laissant sa femme et ses enfants en Turquie. Il estime que sa famille est empêchée de quitter le pays pour le rejoindre. L'assuré s'adapte le mieux qu'il peut en Suisse, trouvant rapidement du travail comme aide-arboriculteur à la pépinière [...]. C'est dans le cadre de son activité que l'assuré est victime, le 20 juin 2000, d'un accident, causé par son chef. Ce dernier, un Suisse, âgé d'environ 28 ans, aurait eu, selon l'assuré, l'habitude de secouer pour plaisanter les employés, installés à l'arrière de la camionnette qu'il conduisait, en freinant brusquement. L'assuré semble avoir été victime de ce comportement répétitif, sans oser protester contre l'attitude de son chef. Victime d'un traumatisme mineur, sans conséquences sur le plan radiologique, l'assuré développe un trouble somatoforme douloureux touchant tout l'hémicorps gauche. Suivi par le Dr B._____, généraliste à Lausanne, l'assuré est pris en charge dès le mois de juillet 2001 par M. O._____, psychologue à [...], sous la supervision de la Dre M._____, psychiatre. L'assuré est encore hospitalisé du 22 juillet au 9 août 2002 à [...], pour un état dépressif avec idéation suicidaire. On y pose le diagnostic d'un « syndrome douloureux somatoforme persistant chez un requérant d'asile dont la demande n'a pas encore abouti ».

Ayant déposé une demande AI en date du 25 mai 2001, l'assuré est examiné au SMR afin d'estimer sa capacité de travail sur le plan psychiatrique. A l'examen, nous sommes confrontés à un homme qui ne présente ni trouble dépressif ni trouble anxieux majeurs. On relève par contre un important ralentissement psychomoteur, des troubles de l'attention et de la concentration, ainsi qu'une fatigabilité importante, en rapport avec les effets secondaires de la lourde médication psychotrope, qu'il prend actuellement, en plus de ses traitements anti-inflammatoires et antalgiques. Celle-ci est composée de trois antidépresseurs différents, d'un anxiolytique mixte (neuroleptique et antidépresseur) et d'un neuroleptique incisif. De plus, l'assuré prend de manière fautive un cp de 50mg de Saroten® retard à midi, alors qu'il devrait exclusivement être prescrit le soir.

L'avis des différents psychiatres qui ont examiné l'assuré montre des divergences importantes: le Service de psychiatrie de liaison estime en octobre 2000 que l'assuré présente un trouble somatoforme douloureux, sans autre comorbidité psychiatriques; le Dr V. _____ estime qu'il s'agit d'une « réaction dépressive prolongée » à la blessure narcissique, causée par l'accident, sans exclure des facteurs d'ordre psycho-social, une éventuelle sinistrose ou une simulation; quant aux médecins de l'Hôpital de [...], ils ne diagnostiquent pas d'état dépressif, mais mettent en évidence la problématique non encore réglée de la demande d'asile de l'assuré. Seul [...] pose le diagnostic d'un «trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et d'un syndrome douloureux somatoforme chronique»

L'examen au SMR ne met pas en évidence de comorbidité psychiatrique déterminante à son trouble somatoforme douloureux. L'assuré ne présente en effet lors de notre examen plus de troubles dépressifs ou anxieux. Sa symptomatologie régressive résulte à notre avis des effets secondaires sédatifs de sa lourde médication psychotrope. La personnalité de l'assuré, aménagée sur le mode émotionnellement labile à traits caractériels-passifs et interprétatifs, peut s'être dans un premier temps décompensée à la suite de l'accident, dont les circonstances troubles (comportement inadéquat du son chef) peuvent avoir ravivé chez l'assuré le souvenir d'anciens vécus persécutoires. Cependant, le trouble de la personnalité constaté lors de notre examen, ne revêt pas le caractère de gravité suffisante pour justifier en soi une incapacité de travail ou constituer un caractère prémorbide à son trouble somatoforme douloureux. Le retrait social relatif présenté par l'assuré paraît surtout lié à l'évolution régressive décrite ci-dessus, en rapport avec les effets secondaires de son traitement psychotrope.

L'impact du contexte psychosocial (séparation de sa famille, attente d'une décision quant à sa demande d'asile) joue un rôle déterminant dans l'évolution de son trouble somatoforme douloureux.

Les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré sont un ralentissement psychomoteur, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité, une anhédonie et une aboulie, symptômes et signes en grande partie d'origine médicamenteuse. Concernant la capacité de travail exigible de l'assuré, elle [est] actuellement conditionnée par les limitations fonctionnelles, liées aux effets secondaires de sa médication. Ces troubles étant réversibles, l'adaptation du traitement psychotrope de l'assuré doit permettre d'exiger de lui une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée sur le plan biomécanique.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

100 % DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE."

Les médecins de la [...] (Secteur psychiatrique de l'Est vaudois, ci-après : SPEV), dans leurs rapports des 4 août et 1^{er} novembre 2004, diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11), une personnalité dépendante (F60.7), et un syndrome

douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le SPEV note l'aggravation de l'état de U._____ depuis l'arrivée de sa famille en Suisse, le 23 novembre 2003. Il est décrit comme passif et paraissant régresser; il déclare présenter des crises d'angoisse, des troubles du sommeil et se plaint de douleurs résistantes aux antalgiques. Il apparaît comme ralenti, très fatigué, voire somnolent et s'oppose à toute proposition thérapeutique en dehors de la médication. Il présente cependant aussi des accès de violence, une anhédonie marquée et rumine des idées suicidaires. Le SPEV note qu'une aggravation, avec automutilation superficielle, a nécessité une hospitalisation du 18 février au 27 mai 2004 avec prescription d'une importante médication. Si, lors du premier séjour, la symptomatologie a rapidement diminué, ne justifiant plus le maintien en milieu psychiatrique, la réapparition de symptômes dépressifs avec une agressivité verbale envers les proches et une automutilation superficielle ont nécessité une deuxième hospitalisation. Malgré la médication, la situation est restée bloquée, de sorte que le patient a été placé en EMS. Ce séjour a pris fin le 27 octobre 2004, l'intéressé ne souhaitant plus y rester. Le SPEV estime que la situation est enlisée. Le patient frappe par sa personnalité dépendante, avec des traits du registre passif-agressif. Il est totalement démissionnaire de son rôle de chef de famille et son statut de malade semble être paradoxalement l'ultime refuge narcissique valorisant pour lui. L'hypothèse est émise que le patient a non seulement fui les persécutions du gouvernement turc, mais probablement également déjà ses responsabilités familiales. Il est à relever que l'aggravation de l'état de santé avec violence à l'égard de sa famille existe depuis le regroupement familial. Le pronostic est sombre et l'incapacité de travail jugée totale.

Après avoir pris connaissance des rapports établis à la suite des hospitalisations à la [...] et du séjour en EMS en 2004, les Drs F._____ et Y._____ ont estimé, le 18 novembre 2004, que ces documents confortaient l'analyse du SMR d'août 2003, ainsi que celles des Drs V._____ et W._____. Le déracinement, la séparation d'avec sa famille, l'absence d'intégration et l'insatisfaction quant à son statut socioprofessionnel ont été les éléments d'un processus d'invalidation

auquel l'accident banal de juin 2000 a donné une certaine acceptabilité, selon un processus inconscient. Il en va de même de l'aggravation manifestée du status psychique depuis l'arrivée de la famille, qui donne une certaine acceptabilité à ce statut vis-à-vis de ceux-ci. Quant à la médication, elle est disproportionnée, son absence quasi totale d'effet sur la symptomatologie est un signe que l'atteinte manifestée sort du champ médical. Les effets secondaires des médicaments sont en revanche bien présents.

Quant au médecin traitant, le Dr B._____, il a retenu, notamment le 18 août 2001, un status après contusion/distorsion de l'épaule et de l'omoplate gauche évoluant vers une fibromyalgie de l'hémicorps gauche chez un requérant d'asile procédurier à la probable structure paranoïaque et hystérique de la personnalité et un état dépressif anxieux. Le 19 janvier 2002, il diagnostique un syndrome douloureux et fibromyalgique. Le 3 novembre 2003, il indique que les troubles somatomorphes présentés par son patient résultent d'une hystérie de conversion, d'un refoulement d'éléments anxio-dépressifs, d'une mauvaise gestion du stress avec des facteurs constitutionnels, en précisant qu'il n'est pas un simulateur.

L'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, par décision sur opposition du 19 janvier 2005, confirmant sa décision du 7 octobre 2003. Il constate qu'il n'y a pas d'atteintes sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique, le refus des prestations est motivé par le fait que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par les médecins n'est pas invalidant au sens de la jurisprudence.

U._____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre cette dernière décision le 1^{er} février 2005, concluant à l'octroi d'une rente entière. Il a produit diverses pièces, dont un rapport du 28 octobre 2004 de la Dresse O._____, du SPEV, qui mentionne que le recourant a séjourné à l'EMS [...] à [...] du 27 mai au 23 octobre 2004, après son hospitalisation à [...]. Elle décrit le recourant comme prostré, ralenti, très centré sur ses douleurs physiques et sur une tristesse

profonde avec une douleur indicible. Elle mentionne que le contact verbal étant très limité, elle a diminué les doses de médicaments, le patient s'étant alors montré plus clair et capable de communiquer. A ce moment-là, elle a observé une très grave dépression, très refoulée, son discours ne sortant guère des plaintes somatiques et de l'idée de suicide comme solution. Elle diagnostique un syndrome post-traumatique ayant évolué vers un état somatoforme douloureux et un profond état dépressif avec risque de passage à l'acte (auto voire hétéroagressif).

Le recourant a également produit une lettre du Dr K. _____ du 20 avril 2005 adressée à son conseil mentionnant notamment :

"A sa sortie de [...] en mai 2004, M. U. _____ a été placé à l'EMS [...] où il a séjourné jusqu'en octobre de la même année. C'est apparemment avec l'appui de sa femme qu'il a pu sortir de cet établissement. Depuis octobre 2004, M. U. _____ a été vu une dizaine de fois par le Dr K. _____ pour des entretiens psychiatriques.

L'état psychique du patient n'a pas évolué favorablement par rapport à ce qui est décrit auparavant, notamment depuis l'accident qui remonte à 2000. M. U. _____ est passif, semble régressé à la limite de l'apragmatisme. Il présente par ailleurs des crises d'angoisse, des troubles du sommeil et se plaint toujours de douleurs qui résistent aux traitements antalgiques. Durant les entretiens à la [...], M. U. _____ est ralenti, très fatigué voire somnolant. De plus la communication en français est très limitée raison pour laquelle nous travaillons maintenant avec un traducteur. Le patient s'oppose à toute proposition thérapeutique en dehors de la médication car il estime que toutes les tentatives de l'aider autrement sont inutiles.

Au niveau familial, la situation est toujours complexe. De manière globale, M. U. _____ ne parvient pas à faire face à ses responsabilités, comme père d'un enfant handicapé, sur le plan financier et il y a un risque, que la famille perde leur appartement. C'est un ami de la famille qui l'aide au mieux. La prise de médicaments est organisée par une pharmacie car le patient ne parvient pas non plus à gérer cela de manière indépendante.

Pour le moment et au vu de la complexité du cas, nous retenons les diagnostics (CIM 10) suivants:

- F 33.11: trouble dépressif récurrent
- F 45.4: syndrome douloureux somatoforme persistant
- F 60.7: personnalité dépendante

Concernant l'évaluation de sa capacité de travail, il nous semble actuellement peu probable que l'état de M. U. _____ puisse évoluer rapidement dans la perspective d'une reprise d'activité. La question d'une expertise psychiatrique complète se pose. Elle pourrait certainement mieux permettre d'apprécier la situation dans son ensemble et de préciser le diagnostic psychiatrique sans parler des questions relatives à ses troubles somatiques."

Par réponse du 17 mars 2005, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par décision incidente du 22 juillet 2005, le juge instructeur a décidé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. L'OAI ayant fait opposition à cette décision, le tribunal des assurances l'a admise par jugement incident du 31 janvier 2006, considérant que le dossier médical était suffisant pour permettre au tribunal de statuer.

Par jugement du 13 octobre 2006, le Tribunal des assurances a rejeté le recours.

Par arrêt du 8 janvier 2008, le Tribunal fédéral a annulé ce jugement et renvoyé la cause à la juridiction de première instance pour complément d'instruction sous forme d'une expertise psychiatrique, voire pluridisciplinaire, portant sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux présenté par le recourant et nouveau jugement.

B. Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au [...]. Il résulte de son rapport du 17 novembre 2008 notamment ce qui suit :

"II. Données subjectives

L'anamnèse est prise par l'intermédiaire d'une traductrice, car l'assuré comprend peu le français et n'exprime que quelques mots dans cette langue. La collaboration est totalement insuffisante avec un homme qui garde la plupart du temps les yeux fermés, à qui l'on doit répéter plusieurs fois les questions auxquelles parfois il répond et d'autres fois il reste muet. Les réponses sont parfois totalement à côté du sujet, ne permettant pas de faire un examen correct.

Histoire médicale actuelle selon l'expertisé(e):

A la question quand les problèmes ont débuté, Monsieur U. _____ répond: longtemps. Quelles sont les plaintes ou qu'est ce qui ne va pas: il est allé plusieurs fois à l'hôpital. En reformulant à plusieurs reprises les questions, il dit être tombé dans un camion lorsque ce dernier démarrait et qu'il a été transporté à l'hôpital dans le coma, il ne répond pas quand on demande dans quel hôpital, combien de temps il a séjourné, quelles ont été les informations données par les médecins. Il répond qu'il veut s'isoler, qu'il ne doit pas faire de travaux. Lorsqu'on demande qu'est ce qui ne va pas, il dit c'est pas bien. Lorsque l'expert propose d'interrompre, il dit alors que ça va aller. En demandant à nouveau quelles sont les plaintes, il dit ressentir des douleurs du membre supérieur gauche, surtout s'il

porte quelque chose. Lorsqu'on demande ce qu'il peut porter, il n'y a pas de réponse. L'assuré garde les yeux fermés et si on demande ce qui se passe, il répond je suis dans une chambre enfermé dans le noir.

Plaintes actuelles:

Sur le plan somatique pas possible de prendre une anamnèse.

Sur le plan psychique l'assuré nous fait part à sa manière particulière (cf. chapitre observations cliniques) de son mal être général. Ceci contient un volet somatique avec des douleurs de son dos, de sa nuque, douleurs qui s'étalent jusqu'à sa jambe. Il était, en lien avec ses douleurs, très réduit dans sa santé, il dit aussi j'ai perdu ma santé et empêché dans son sommeil.

Pour la partie psychique, le terme je vais mal se réfère essentiellement la notion de fatigue. Après plusieurs tentatives de questions, il revient systématiquement à ce terme. Il évoque dans ce contexte la quantité importante de pilules qu'il doit prendre, ce qui l'embête beaucoup. Mais l'assuré ne met pas en question la médication; il parle toujours en état avant que je sois tombé malade et après. La notion de maladie est immuable.

Son moral est bas et il n'a pas de vie.

Les relations avec son épouse et ses enfants sont difficiles. Il a toujours des contacts et des visites de ses compatriotes kurdes, mais il n'est plus le même. Il nous dit dans ce contexte qu'il avait des fonctions officielles dans la PKK, qu'il donnait des séminaires à 4000 à 5000 personnes (chiffre vérifié trois fois) et qu'il a toujours un certain plaisir à entrer dans une salle où il y a des réunions.

(.....)

III. Données personnelles, familiales et socioprofessionnelles

En lien avec la présentation très particulière de l'assuré (cf. observations cliniques), les anamnèses restent extrêmement lacunaires.

L'assuré est originaire d'une famille turque.

Famille:

Père: a été actif dans l'immobilier. Né en 1935. L'assuré n'a pas d'information quant à son état actuel. Il ne se rappelle pas la dernière fois qu'il a vu ses parents.

Mère: née en 1938, femme au foyer. Là non plus, l'assuré n'a pas d'informations supplémentaires.

Fratrie: L'assuré est le 4^{ème} d'une fratrie de 7. Son frère aîné travaille dans la construction à [...] en Suisse. Il téléphone de temps en temps à l'expertisé. Un autre frère tient un commerce en Autriche. Une soeur est femme au foyer en Turquie. Les trois soeurs qui suivent dans la fratrie sont toutes en Turquie, femmes au foyer. L'assuré refuse de donner davantage d'informations quant à sa famille.

Histoire personnelle:

L'assuré naît en 1965. Il passe son enfance à l'intérieur du pays, ensuite à Istanbul.

Il fait 16 ans d'école.

Il dit avoir été actif dans le parti communiste, PKK. Il tient des séminaires et des formations. A plusieurs reprises, il est incarcéré par la police turque. Il subit des tortures sous la forme de brûlures de cigarettes et frappes.

Il vient en Suisse en 1995 en tant que requérant d'asile avec un permis N.

Professions occupées :

Il travaille dans un magasin qui appartient à la famille. Il aide son père dans les travaux de l'agence immobilière.

Il travaille en tant qu'aide cuisinier, plus tard dans une pépinière. Suite à un accident sur la camionnette de l'entreprise, il est en arrêt de travail depuis juin 2000.

Il fait une première demande de prestations AI en 2001.

Il suit une 2^{ème} demande au mois de mai 2004.

Depuis son arrêt, il n'a plus aucune activité professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré est suivi par différentes institutions et, un certain temps par l'organisme [...], (Dresse M. _____). Depuis un certain temps, il n'y a plus de suivi psychiatrique mais uniquement par un médecin généraliste (cf. ci-dessus).

Situation affective / enfants:

L'assuré se marie en 1987. Son épouse est compatriote et ménagère. Elle rejoint son mari, avec les enfants, approximativement (l'assuré ne sait pas exactement) en 2005. Le couple donne naissance à trois filles. L'aînée, née en 1989, est handicapée. L'assuré dit qu'elle ne peut ni parler ni marcher. Elle est actuellement dans une école pendant la journée et rentre le soir. Une autre fille est née en 1991. Elle cherche actuellement une place d'apprentissage pour garder des enfants. La fille cadette est née en 1995. Elle va à l'école.

Vie sociale:

Réponse: très réduite mais [rencontre] encore régulièrement des compatriotes.

Armée :

Pas de réponse

Permis de conduire :

Non, ni en Turquie ni en Suisse.

Utilisation transports publics :

Occasionnellement.

Revenus :

Dépendant des services sociaux depuis plusieurs années.

Antécédents somatiques personnels :

Il y a 4 mois, opéré derrière la tête. Lorsqu'on demande s'il a subi d'autres opérations, il répond [qu'il] n'aime pas rester debout longtemps. Lorsqu'on demande à plusieurs reprises s'il souffre du cœur ou des poumons, d'abord il n'y a pas de réponse puis l'assuré répond je vais aller à Yverdon.

Antécédents psychiques personnels :

Aucun avant l'accident de 2000.

Antécédents médicaux familiaux :

La mère est âgée de 60 ans et le père de 67 ans, tous deux en bonne santé. L'assuré dit avoir trois soeurs et trois frères et être le cadet de la fratrie.

Antécédents médicaux du conjoint :

Aucun.

Antécédents médicaux des enfants :

D'abord Monsieur U. _____ dit avoir trois filles avec son épouse et sa compagne a quatre enfants. Lorsqu'on demande de préciser, il n'y a pas de réponse claire. Questionné sur l'âge de ses enfants, il dit que les filles ont 17, 14 et un an. Lorsqu'on fait remarquer que selon la demande AI, ses enfants sont nés en 1989, 1991 et 1995, il paraît étonné et dit on passe cette question. Lorsque l'expert insiste, il prend son téléphone et cherche un numéro dans son

répertoire. Si on dit qu'il peut répondre à cette question sans téléphoner, il reste mutique. Questionné à nouveau sur les enfants de sa compagne, il dit qu'un est de lui et les trois autres d'un autre père.

IV. Données objectives

Status somatique

Il s'agit d'un homme corpulent, même obèse, de petite taille. A la salle d'attente, il est assis, les yeux ouverts, et semble observer discrètement ce qui se passe. Spontanément il se lève apparemment sans difficulté et se rend aux WC d'où il ressort après quelques minutes. Il sert la main de l'expert de façon tout à fait normale et les présentations sont faites par l'intermédiaire de la traductrice et sans qu'il y ait de comportement particulier. L'assuré marche dans le corridor avec une discrète boiterie. Après quelques minutes d'entretien, il ferme les yeux et garde la plupart du temps cette attitude, il doit être stimulé à plusieurs reprises par l'expert ou la traductrice doit répéter plusieurs fois les questions. Il s'exprime à voix basse, avec une voix pâteuse, difficile à comprendre, même pour la traductrice. Selon elle, les mots sont corrects, les réponses sont souvent à côté des questions. Lorsque l'expert dit qu'il va arrêter l'examen, Monsieur U. _____ dit que ça va aller et qu'il peut continuer, et quelques minutes plus tard, sans raison, il prend son téléphone portable posé sur la table, se lève et va jusqu'à la porte où il s'arrête avec la main sur la poignée. Lorsqu'on demande ce qu'il fait, il dit qu'il va partir mais ne peut pas en donner les raisons lorsqu'on le lui demande.

Lorsque l'expert essaie de faire un examen clinique et demande à l'assuré de se déshabiller, celui-ci enlève son tee-shirt apparemment sans difficulté, en bougeant normalement les deux membres supérieurs. Il enlève les chaussures en restant debout, en s'appuyant avec une main sur le dos de la chaise. Ensuite il reste plusieurs minutes figé, debout et il faut répéter plus de cinq fois à l'assuré qu'il doit enlever son pantalon. Il finit par le faire et essaie ensuite d'enlever la ceinture avec apparemment des difficultés et des mouvements incohérents. Lorsqu'on demande de monter sur le pèse-personne, il tape du talon sur la vitre du pèse-personne au risque de le casser et il est invité à se comporter correctement. Il paraît alors fâché, sa gestuelle est meilleure, les mouvements plus vifs et il reprend son pantalon qu'il enfle sans difficulté en restant debout et passe sa ceinture à travers les deux ou trois passants, également sans problème. Il reste ensuite figé, pieds nus et torse nu. Lorsque l'expert dit que l'examen est interrompu et qu'il peut se rhabiller et partir, l'assuré ne fait aucun mouvement puis il se dirige vers le mur où il n'y a pas de porte, comme pour se taper mais ne fait rien. Il tourne autour de la traductrice, déplace son tee-shirt, va s'asseoir sur le lit d'examen en prenant soin de réajuster le papier de protection qu'il a fait glisser par mégarde. Il reste assis plusieurs minutes. L'expert emporte son tee-shirt et les souliers dans le corridor auprès de la personne qui accompagne Monsieur U. _____ et ce dernier finit par le rejoindre avec une boiterie caricaturale, une démarche instable, comme s'il allait tomber. De même lorsqu'il s'assied il semble qu'il va se mettre à côté de la chaise et l'accompagnant le soutient. C'est ce dernier qui l'aide à se rhabiller. Le monsieur paraît étonné et dit que Mr U. _____ n'avait pas ce comportement le matin lorsqu'ils se sont retrouvés et qu'il ne l'avait jamais vu ainsi.

Status psychiatrique

L'assuré vient accompagné d'un ami qui a visiblement un rôle de protection et d'aide. L'assuré est un homme de taille moyenne, de forte corpulence, habillé très simplement, portant une barbe de deux jours, faisant légèrement plus que son âge réel (43 ans au moment de l'expertise). Il est légèrement grisonnant et présente une très forte pilosité faciale.

Sa présentation cognitive et psychique est tout à fait particulière. L'assuré est pendant la plus grande partie de l'examen à moitié endormi. Ses paupières se ferment régulièrement. Il est ralenti à tous les niveaux, corporellement, mentalement et psychiquement. Il est seulement en petite partie collaborant. En dehors de son aspect tassé il refuse une fois ou l'autre une réponse activement, il pose la question pourquoi on veut savoir tout ça, et il est parfois dans un silence presque provocateur. Interpellé de notre part de collaborer et de donner des informations dans son propre intérêt, il obtempère une fois ou l'autre, mais retombe dans l'attitude précédemment décrite.

Lorsqu'il s'exprime par passages, il faut plusieurs phrases, parfois même un petit récit. L'interprète professionnelle nous dira plus tard qu'il a un vocabulaire riche, une syntaxe en ordre, une prononciation turque correcte, sans aucun accent de paysan. L'interprète nous dira aussi qu'il s'exprime étonnamment bien.

Concentration, attention et mémoire sont sévèrement déficitaires. L'assuré est fatigué et fatigable.

L'assuré n'aborde aucun terme spontanément. Il agit en réaction et est ensuite sélectif; une partie des réponses est répondue, une autre plus grande est refusée.

Ce qui est perceptible derrière l'écran du tassement (probablement surdosage médicamenteux), sur le plan affectif est un état plutôt neutre. Lorsque l'assuré s'exprime, il est un peu comme un automate. En contact avec deux thématiques précises, à savoir l'atteinte de sa fille aînée, la notion de la perte de sa santé, il est authentiquement affecté, proche des larmes. Dès qu'on quitte les thématiques mentionnées, il revient à l'état antérieur.

L'assuré n'est pas particulièrement anxieux.

Il existe des équivalents agressifs subtiles, perceptibles lorsque l'assuré est dans l'opposition ou refuse des réponses. Une fois ou l'autre, dans ses contre-réponses, cet aspect s'accroît.

Il n'y a pas de symptôme de la ligne psychotique aiguë. On pourrait percevoir l'état clinique sous forme d'une perplexité, mais les réactions sélectives adéquates contredisent cette hypothèse.

Son état d'obnubilation partielle est de temps en temps coupé par des actions adéquates, par exemple lorsqu'il reçoit un téléphone sur son portable où il l'éteint correctement, ou lorsqu'il cherche les coordonnées de son médecin traitant sur son portable, par exemple aussi lorsqu'il mandate son ami de chercher des papiers qui sont restés dans la voiture.

La personnalité est difficile à cerner derrière l'écran de présentation particulière. Son mode de fonctionnement semble cependant très ancré dans un versant passif — agressif. Il semble conditionné dans une vision d'invalidité totale qui ne laisse aucune marge de discussion.

(....)

V. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale:

Monsieur U._____ est un assuré d'origine kurde de 43 ans, marié et père de trois filles. Il a quitté la Turquie pour venir en Suisse en mars 1995 suite à des problèmes d'ordre politique. Il travaille comme aide de cuisine dans un restaurant, puis comme aide-jardinier pour un pépiniériste.

Dans ses antécédents, Monsieur U._____ a eu quelques accidents bénins (chute sur l'épaule droite en 1996, plaie au majeur gauche en 2000) entraînant un arrêt de travail de quelques semaines voire quelques mois.

Le 21.06.2000, dans le cadre de son travail, il est sur le pont d'un camion qui démarre et il tombe en percutant l'épaule gauche contre la cabine. Il s'en suit une contusion de l'épaule gauche. L'évolution est marquée par une persistance de douleurs non seulement de l'épaule mais pratiquement de tout l'hémicorps gauche, qui l'empêchent de reprendre son activité professionnelle.

Au plan somatique, les multiples investigations ne mettent pas en évidence de lésion organique. Monsieur U._____ bénéficie de radiographies de l'épaule mais également d'une IRM de l'ensemble du rachis, d'un examen neurologique avec EMG, d'évaluations par plusieurs médecins orthopédistes et rhumatologues. Les conclusions sont concordantes, à savoir qu'il n'y a pas de substrat organique permettant d'expliquer les douleurs. En septembre 2000 après un séjour hospitalier dans le service de traitement et réadaptation de l' [...] d' [...], le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant est retenu.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique l'anamnèse et l'examen ne sont pas possibles de par le comportement de Monsieur U._____. Si l'on s'en tient aux éléments du dossier, il n'y a pas d'élément somatique nouveau. L'appréciation de la situation médicale sur ce plan-là n'a pas été remise en cause que ce soit par le médecin traitant, les médecins du SMR de Vevey ou par les juges des tribunaux.

Si l'on s'en tient à l'observation du jour, il n'y a apparemment pas de déficit somatique significatif. On peut relever des incohérences et des changements de comportement en quelques minutes. Par exemple son état de vigilance paraît normal lorsqu'il attend à la salle d'attente, lorsqu'il se lève et se rend seul aux WC, allume la lumière, etc. Il en est de même lorsqu'il prend son téléphone et cherche des numéros dans son répertoire. Cela contraste fortement avec l'attitude d'hébétude, à moitié dévêtu, sans réaction lorsqu'on l'invite à se rhabiller. En-dehors d'un éventuel trouble psychique, on peut émettre l'hypothèse d'une atteinte neurologique dégénérative, d'un effet toxique (médicament, alcool), mais les rapides changements et les incohérences font plutôt penser à une attitude oppositionnelle et une non volonté de collaboration.

Sur le plan psychique nous nous trouvons dans la situation d'un homme qui subit une perturbation depuis huit ans. Apparemment suite à un accident bénin en 2000, il s'est produit un enchaînement de problèmes somatiques, sociaux et psychiatriques à tel point qu'aucun retour vers une normalité n'a été observé durant cette période.

Différents médecins psychiatres se sont penchés sur la situation de Monsieur U._____ et les constatations étaient toujours des plus contradictoires. Ainsi, un des experts mentionnés a retenu à la fois

l'hypothèse d'une très sérieuse atteinte, et à la fois n'a pas exclu un processus sinistrosique et une simulation. Dans l'ensemble, c'est surtout le diagnostic d'un état dépressif à plusieurs niveaux d'intensité qui a été argumenté. A côté de cela, comme dénominateur commun, un syndrome douloureux persistant a été retenu. Des éléments comportementaux, des contractions, des éléments d'accentuation ont été à tout moment décrits, de même des refus d'information et de thérapie. A ce titre, il est à remarquer que l'assuré se positionnait souvent dans le rôle de celui qui accepte ou n'accepte pas un traitement à proposer. Ceci sous-entend une capacité de discernement et de décision, de même une position de pouvoir. Nous lisons par exemple encore en 2005 que le patient s'oppose à toute proposition thérapeutique en dehors de la médication, car il estime que toutes les tentatives pour l'aider autrement sont inutiles. Autrement dit, le niveau de sa souffrance n'a jamais été important au point qu'il accepte, quoiqu'il arrive, ce que les médecins estiment nécessaire.

Un processus d'invalidation a été décrit à plusieurs reprises. Une de celui-ci est très certainement d'origine iatrogène. Avec l'introduction de médicaments psychotropes, un état antérieur a été fixé et ensuite aggravé. Cet élément est déjà relevé dans l'appréciation du SMR de 2003, mais aucune conséquence ne semble avoir été tirée de la part des médecins traitants. Au contraire, on assiste jusqu'à maintenant à une augmentation de la médication, avec, au stade actuel, l'administration de deux neuroleptiques, deux antidépresseurs et des benzodiazépines. Notre dosage médicamenteux par rapport à cette médication a montré que l'assuré n'est que partiellement observant.

Un antidépresseur prescrit n'est pas du tout pris.

Le niveau sérique du neuroleptique est environ six fois plus haut qu'admis cliniquement.

Il est ainsi très probable que le tableau clinique que nous avons observé est conditionné par cette médication qui était plus que douteuse. Nous avons vu en expertise un homme extrêmement ralenti, semi somnolent, tassé, sous influence, apte à répondre seulement une fois ou l'autre à nos questions. Dans ses moments de lucidité, il était seulement partiellement collaborant. Malgré tous nos efforts, la présence d'un interprète professionnel, une attitude de bienveillance, notre interpellation pour collaboration, l'assuré est resté d'une manière bloquée et caractérielle sur ses refus. En conséquence, même pour les moments de semi collaboration, des éléments comportementaux et caractériels ont dominé.

L'état dépressif, s'il a existé auparavant, semble compensé, l'assuré était dans une attitude plutôt neutre et mécanique. Il a été observable à deux reprises en émotions de tristesse, précisément en lien avec le thème de sa fille aînée et de sa santé perdue. Pour le reste, en filigrane, des éléments dysphoriques ont dominé: goût amer de la vie, irritabilité, agressivité réactive, morosité, mécontentement et vision négative de la vie en général.

Conclusions:

Sur le plan somatique, il s'agit d'un status après contusion de l'épaule gauche chez un homme obèse. Il n'y a pas de diagnostic permettant d'expliquer la situation de Monsieur U. _____ et il n'y a donc pas de justification pour une incapacité de travail.

Sur le plan psychique force est de constater que notre tableau d'observation ressemble passablement au constat antérieur du SMR. Sous réserve de la réalité d'un surdosage médicamenteux, nous retenons sur le plan diagnostique les notions de

- Personnalité émotionnellement labile à traits caractériels passifs-agressifs,
- Dysthymie (en analogie à la dysphorie),
- Troubles somatoformes douloureux,
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, utilisation continue.

Il n'existe pas de comorbidité psychiatrique grave; de ce fait le trouble somatoforme douloureux n'a qu'une valeur descriptive. L'assuré ne remplit pas les critères invalidants retenus par le Tribunal Fédéral, à savoir:

- Co-morbidité psychiatrique importante,
- Affections corporelles chroniques,
- Perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie,
- Echec de traitement conforme aux règles de l'art.

Il existe donc une exigibilité médico-théorique de 100 % dans toutes les activités accessibles avec des formations et expériences de l'assuré. Dans la réalité, les blocages comportementaux et les facteurs extra médicaux dominant. Dans cette situation, il serait tout d'abord nécessaire de procéder à un sevrage complet (fenêtre thérapeutique) de toutes les substances psychotropes. L'introduction massive de trois substances pharmacologiques différentes n'est pas justifiée. A noter dans ce cas le surdosage de Séroquel qui sort de toute logique, le médecin traitant a été averti. La médication actuelle est devenue un problème qui devient en soi la justification du diagnostic de maladie.

La proposition pour un sevrage sous entend une cohérence entre tous les intervenants, en particulier aussi l'adhérence à l'idée qu'il ne s'agit pas d'un malade psychiatrique en première ligne."

Le recourant, dans sa détermination du 28 janvier 2009, conteste ce rapport et requiert une contre-expertise auprès d'un autre expert auquel il devra être confié après sevrage, cet expert devant en particulier se prononcer, de manière circonstanciée, sur les conséquences, des troubles somatoformes douloureux. Il propose au préalable d'interpeller le ou les médecins suivant le recourant auprès de la policlinique psychiatrique de [...].

Il soutient en substance que les experts reconnaissent d'emblée ne pas avoir été en mesure de faire un examen correct compte tenu de l'état du recourant, en particulier qu'il ne leur a pas été possible de prendre une anamnèse de l'expertisé et que de fait, le rapport d'expertise contient des erreurs, notamment sur le suivi médical de l'expertisé. Il relève en particulier qu'il est indiqué dans le rapport

d'expertise que le recourant ne serait pas suivi par un psychiatre alors que, précisément, il est actuellement suivi à la policlinique psychiatrique de [...]. Il allègue que la description du recourant par les experts est celle d'un homme égaré, avec d'importantes absences et un comportement incohérent, ces seules circonstances suffisant déjà à faire douter des conclusions auxquelles parviennent les experts s'agissant de la capacité de travail de l'expertisé. Il estime que la partialité de ces conclusions ne fait plus aucun doute lorsque l'on lit, plus loin dans le rapport, que l'expertisé a effectué l'examen dans un état largement second en raison d'un surdosage médicamenteux, le recourant n'étant que partiellement observant au moment de l'examen, un neuroleptique en particulier étant "dangereusement surdosé". Il soutient que les experts concluent à la nécessité, pour se prononcer sur la capacité de travail de l'expertisé, de procéder à un sevrage complet de toutes les substances psychotropes, ce par quoi ils invalident eux-mêmes les conclusions de leur propre rapport et que dans ces circonstances, leur rapport ne peut pas être retenu comme une expertise suffisante dans le cadre du litige qui nous occupe. Il est d'avis que les conclusions du rapport des experts sont contradictoires, ne comprenant pas comment il est possible de diagnostiquer, sur le plan psychique, pas moins de quatre troubles différents, et d'exhorter en même temps à adhérer à l'idée que le recourant ne serait pas un malade psychiatrique en première ligne. Enfin, il allègue que les experts ne discutent pas les critères retenus par la jurisprudence pour déterminer si les troubles somatoformes douloureux sont invalidants ou non dans le cas du recourant.

Il a également produit un certificat médical daté du 15 décembre 2008 du Dr L. _____ dont la teneur est la suivante :

"Monsieur U. _____ est suivi à ma consultation depuis juin 2006 pour des douleurs dorso-lombaires et pour un état dépressif. Sur le plan somatique, il présente des douleurs rachidiennes chroniques avec exacerbation épisodique nécessitant des injections antalgiques. Les investigations radiologiques mettent en évidence une arthrose dorsale moyenne débutante, et ne démontre pas d'image d'une hernie discale lombaire. Sur le plan psychique, Monsieur U. _____ est sous le traitement neuroleptique et antidépresseur pour un état dépressif. L'évolution de son état psychique n'est pas favorable ce dernier temps avec la

présence d'une perte d'élan vital, une perte d'intérêt et un isolement. Il est actuellement suivi à la policlinique psychiatrique de [...]."

Il a également produit une lettre du 26 janvier 2009 du Dr L._____ adressée à son conseil dont la teneur est la suivante :

"J'ai revu Monsieur U._____ à ma consultation accompagné d'une traductrice et pris connaissance du rapport de l'expertise du 03 et 04 septembre 2008. Le suivi médical régulier me permet de vous communiquer quelques constatations suivantes concernant l'état de santé de Monsieur U._____.

En effet, le rapport de l'expertise est bien détaillé. Cependant, je me permets d'insister sur la symptomatologie présentée chez monsieur U._____, tant sur le plan somatique que le plan psychiatrique.

Sur le plan somatique, Monsieur U._____ présente des douleurs dorsales et lombaires basses dans le cadre des troubles statiques et dégénératifs. Bien que l'investigation radiologique ne montre pas de lésion discale ni hernie, les douleurs lombaires dont souffre Monsieur U._____ sont persistantes et handicapantes. Il marche dans une position antalgique et se présente en urgence à ma consultation chaque fois que la douleur exacerbée pour des injections antalgiques.

Sur le plan psychique, il se plaint de trouble du sommeil, de difficulté de concentration et de nervosité, de difficultés dans la relation familiale et conjugale, respectivement avec sa fille aînée et sa femme. Le suivi psychiatrique a été repris et il est actuellement suivi à la polyclinique de psychiatrie de [...] depuis septembre 2008."

L'OAI s'est rallié aux conclusions de l'expertise, il a produit un avis médical du Dr C._____ (SMR) du 5 décembre 2008 qui estime que cette expertise, bien qu'effectuée dans des conditions rendues difficiles par les comportements de l'assuré est convaincante sur le plan médical et recommande d'en suivre les conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité,

RS 831.20 [art. 1 LAI]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours du 1^{er} février 2005 contre la décision sur opposition du 19 janvier 2005, l'a été en temps utile et auprès du tribunal compétent, de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente AI sans limitation dans le temps.

2. La question à examiner est celle de la capacité de travail du recourant et partant de son taux d'invalidité.

3. a) A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes 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 (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).

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 (art. 6 LPGA).

b) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances doit établir les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les preuves et les apprécie librement. Cette disposition, qui consacre le principe inquisitoire, impose au juge de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré les preuves nécessaires. Toutefois, le tribunal peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération; le cas échéant, il peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2 et les références; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références).

Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à l'évaluation médicale, 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

4. Sur le plan somatique, les experts relèvent que l'anamnèse et l'examen ne sont pas possibles de par le comportement du recourant. En s'en tenant à leurs observations ils ne constatent pas de déficit somatique significatif. Ils relèvent des incohérences et des changements de comportement en quelques minutes qui leur font plutôt penser à une attitude oppositionnelle et une non volonté de collaboration du recourant. Ils ne retiennent dès lors aucune incapacité de travail sur le plan somatique, en accord avec les avis des Drs A._____, S._____, Q._____ et W._____. Le Dr L._____ fait certes état de douleurs, mais ajoute que l'investigation radiologique ne montre pas de lésion discale ni hernie.

En conséquence, Il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail sur le plan somatique.

5. Sur le plan psychique, tous les médecins diagnostiquent un trouble somatoforme douloureux.

a) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1). 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. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence).

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 traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les références).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. notamment TFA I 506/2004 du 22 février 2006, consid. 3 in fine).

Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

b) S'agissant de la comorbidité psychiatrique, les experts diagnostiquent une dysthymie et une personnalité émotionnellement labile à traits caractériels passifs. Le SMR ne retient pas de symptomatologie dépressive, mais diagnostique également une personnalité émotionnellement labile à traits caractériels passifs et interprétatifs.

Le 19 septembre 2000, le Dr W._____ parle d'état anxio-dépressif avec des manifestations neurovégétatives, et le 20 septembre 2001, le Dr V._____, diagnostique une réaction dépressive prolongée mais n'exclut pas totalement un processus sinistrosique de même que le diagnostic de simulation. Le 3 octobre 2002, la Dresse M._____ d' " [...]" parle de trouble dépressif sévère (F33.2), puis le 4 mars 2003 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2). Le 4 août 2004, le 1^{er} novembre 2004 et le 20 avril 2005 le SPEV diagnostique un "trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11)". Le 28 octobre 2004, la Dresse O._____ parle, à propos du séjour effectué en EMS, d'un profond état dépressif avec risque de passage à l'acte.

Les experts relèvent que c'est surtout le diagnostic d'un état dépressif à plusieurs niveaux d'intensité qui a été argumenté et à côté de cela, comme dénominateur commun, un syndrome douloureux persistant

a été retenu. Ils observent que l'assuré se positionnait souvent dans le rôle de celui qui accepte ou n'accepte pas un traitement à proposer, ce qui sous-entend une capacité de discernement et de décision, de même une position de pouvoir. Ils expliquent que cela signifie que le niveau de sa souffrance n'a jamais été important au point qu'il accepte, quoiqu'il arrive, ce que les médecins estiment nécessaire. Avec le SMR ils sont d'avis qu'avec l'introduction de médicaments psychotropes, un état antérieur a été fixé et ensuite aggravé. Ils mentionnent une augmentation de la médication, avec, au stade actuel, l'administration de deux neuroleptiques, deux antidépresseurs et des benzodiazépines. En outre, le dosage médicamenteux par rapport à cette médication a montré que le recourant n'était que partiellement observant, un antidépresseur prescrit n'étant pas du tout pris et le niveau sérique du neuroleptique étant environ six fois plus haut qu'admis cliniquement. Ils estiment très probable que le tableau clinique observé est conditionné par cette médication qui était plus que douteuse. Ils exposent en outre que même pour les moments de semi collaboration, des éléments comportementaux et caractériels ont dominé. Ils n'ont pas constaté d'état dépressif mais plutôt que des éléments dysphoriques ont dominé (goût amer de la vie, irritabilité, agressivité réactive, morosité, mécontentement et vision négative de la vie en général).

Les experts ont ainsi expliqué de manière complète et détaillée les motifs pour lesquels ils ne retiennent pas d'état dépressif au contraire des autres spécialistes ayant examiné le recourant. Leurs conclusions sont convaincantes et doivent être suivies au contraire de celles des autres spécialistes, lesquels, le Dr V. _____ excepté, sont par ailleurs les médecins traitant du recourant.

Il y a lieu en outre d'ajouter qu'entre 2005 et septembre 2008, le recourant n'a pas été suivi par un psychiatre et qu'il n'en a consulté un que deux mois avant l'expertise.

Il convient en conséquence de retenir le diagnostic de dysthymie plutôt que celui d'état dépressif ainsi que celui de personnalité

émotionnellement labile à traits caractériels passifs-agressifs, de même que celui de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, utilisation continue, comme comorbidité psychiatrique. Les experts estiment que cette comorbidité n'est pas grave et il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation. Ce n'est en effet pas la pluralité de diagnostics qui permet de qualifier la comorbidité de grave.

Pour terminer, les experts mentionnent certes la nécessité d'un sevrage, mais à aucun moment que cette surmédication les a empêchés de poser leurs diagnostics, contrairement à ce que soutient le recourant.

Dès lors qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique grave, il y a lieu d'examiner les autres critères rappelés ci-dessus.

Il n'y a pas d'affections corporelles chroniques invalidantes dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux, ni de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Le recourant vit au sein de sa famille. Il a des contacts avec des amis kurdes. C'est d'ailleurs l'un de ceux-ci qui l'a accompagné lors de l'expertise. Il n'y a ainsi pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il n'y a pas eu échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

C'est ainsi à juste titre que les experts observent que les critères, ou en tout cas la majorité de ceux-ci, tels que retenus par la jurisprudence ne sont pas réalisés.

En outre les experts ont noté un comportement différent du recourant lorsqu'il était dans la salle d'attente, ne se sachant pas observé, et lorsqu'il était devant eux. Il allègue d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues. Plusieurs médecins, dont les experts, mentionnent que l'examen clinique est très difficile, le recourant ne se

laissant pas approcher. Les experts relèvent en outre un manque de collaboration du recourant et sa non compliance médicamenteuse.

Force est dès lors de constater que le trouble somatoforme n'entraîne pas d'incapacité de travail pour le recourant.

c) L'expertise du [...] qui procède d'une étude complète du cas du recourant, dont les conclusions sont claires et motivées, souscrit aux conditions posées par la jurisprudence et a ainsi valeur probante (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1) .

Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y pas lieu d'ordonner d'autres mesures d'instruction et la requête du recourant en ce sens doit être rejetée.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1 bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a

pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 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 maintenue.

- III.** Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cent francs) est mis à la charge du recourant.

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

La présidente :

Le greffier:

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour U. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :