

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Abrecht et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à Morges, recourant, représenté par Me Thierry Thonney, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2, 69 al. 1 bis LAI

E n f a i t :

A. X._____, né en 1952, marié et père de famille, travaillant depuis 1978 en qualité d'employé d'imprimerie pour le compte de l'entreprise [...], à [...], a interrompu son activité lucrative en date du 16 septembre 1999, pour cause de maladie.

L'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital V._____ dès le 20 septembre 1999, puis à l'Hôpital L._____ du 29 septembre au 14 octobre 1999, après avoir eu un malaise sur son lieu de travail avec sensation de perte de connaissance imminente et vertiges rotatoires. A l'issue de ce séjour, le Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital L._____ a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, d'hypertension artérielle, de rein unique gauche, d'hypercholestérolémie et d'hypertriglycémie.

Dans un rapport d'expertise daté du 14 avril 2000, le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, à Lausanne, diagnostique des lombalgies chroniques, un syndrome de douleur chronique et un syndrome de fatigue chronique. Selon lui, l'examen clinique met clairement en évidence une importante limitation de la mobilité du rachis, dans tous les plans. Au terme de son rapport, l'expert conclut que l'on ne dispose pas d'éléments objectifs suffisants pour justifier un arrêt de travail complet chez ce patient, même dans son métier d'employé d'imprimerie; ainsi, la reconnaissance d'une capacité de travail de l'ordre de 50% est probablement objectivement équitable. Enfin, l'expert indique qu'eu égard au fait que l'assuré ne note aucune amélioration de ses symptômes malgré un arrêt de travail qui dure maintenant depuis un peu plus de 6 mois, au fait qu'aucun diagnostic somatique précis ne peut être posé et que les multiples traitements essayés jusqu'ici n'ont pas été efficaces, on doit considérer le pronostic comme défavorable et il est à craindre que la proposition de déclarer l'intéressé capable de travailler à 50% n'arrive pratiquement pas à être réalisée.

Le 4 juillet 2000, X._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

Le 26 septembre 2000, le médecin traitant de l'assuré, la Dresse Z._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, à Morges, a établi un rapport à l'attention de l'OAI dans lequel elle pose le diagnostic de syndrome douloureux chronique associé à un syndrome de fatigue chronique, d'hypertension artérielle et de cardiopathie ischémique. Ce praticien précise en outre que l'atteinte à la santé existe depuis plusieurs années, que l'évolution de l'état de santé est défavorable et que la capacité de travail de l'intéressé est nulle.

Après avoir examiné l'assuré le 10 janvier 2002, le Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne, a établi un rapport à l'intention de l'OAI, daté du 3 avril 2002, dans lequel il pose le diagnostic de trouble de l'anxiété généralisée léger, de trouble somatoforme indifférencié, de personnalité dépendante obsessionnelle et de stress professionnel. Ce praticien recommande en outre la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer la capacité de travail de l'intéressé.

Suite à la recommandation faite par le Dr C._____, le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Clinique G._____ (ci-après : [...]), à [...], a été mandaté en qualité d'expert par l'OAI, afin d'examiner l'état de santé psychiatrique de l'intéressé.

Le 28 juin 2002, le Dr H._____, rhumatologue auprès de la Clinique G._____, a établi un rapport d'expertise à l'attention du Dr F._____, dans lequel l'état de santé somatique de l'assuré est examiné. Il pose les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de tendinite d'Achille gauche chronique. L'expert relève en outre ce qui suit :

"[...] Au terme de l'investigation clinique, les plaintes douloureuses avancées par cet assuré ne comportent pas d'élément spécifique. Depuis 4 ans, ces douleurs ont tendance à diffuser, intéressant non seulement le rachis mais également les zones d'insertion musculaire périphériques, surtout à la racine des membres supérieurs. L'examen clinique est rassurant : il n'y a aucune limitation des fonctions articulaires ni aucun signe inflammatoire, à l'exception d'une tendinite achilléenne gauche chronique, noyée dans le tableau douloureux, découverte uniquement à l'examen et que le patient n'avait pas mentionnée préalablement.

[...]

Au terme de l'évaluation, on ne peut donc que se ranger à l'avis des spécialistes en rhumatologie qui nous ont précédés dans l'examen du cas [...] et admettre que les constatations objectives ne peuvent soutenir l'édifice des plaintes.

[...]

Les facteurs limitant la capacité de travail sont de nature subjective et non mesurables : douleurs, fatigue, trouble de la concentration et de la mémoire. Dans la réalité des faits, nous n'avons, au cours de l'entretien, jamais eu l'impression que de telles difficultés constituaient un obstacle significatif; l'assuré lui-même admet qu'il est constamment en activité.

En fin de compte, il n'y a pas de justification à une incapacité de travail de longue durée dans cette situation. L'autolimitation intervient quel que soit le type d'activité envisagée et le recours à une activité de substitution est dénué de sens. [...]"

Dans son rapport d'expertise du 20 août 2002, le Dr F. _____ diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble anxieux et dépressif non spécifié ainsi qu'un trouble de la personnalité non spécifié. Selon cet expert, la notion de douleur, que les bases organiques n'expliquent pas et ce dans le contexte d'une certaine détresse psychosociale, permet de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Dr F. _____ relève également, en substance, que certains éléments de l'observation (méticulosité, suradaptation à l'autre) peuvent évoquer des traits obsessionnels et dépendants mais que l'on se trouve pourtant en dessous du seuil diagnostique d'un trouble de la personnalité au sens strict. Selon lui, pour mentionner ces éléments d'observation, il est juste de retenir un trouble de la personnalité non spécifié. L'expert ajoute qu'il y a lieu d'admettre que l'assuré ne présente pas une pathologie psychiatrique grave, que s'il existe une comorbidité psychiatrique au syndrome douloureux somatoforme persistant (trouble

somatoforme douloureux), elle n'a pas la sévérité d'une affection psychiatrique justifiant d'une incapacité de travail significative, les éléments dépressifs et anxieux étant en particulier légers. Il se dit également surpris par l'allégation d'intenses douleurs dont le descriptif est d'ailleurs vague; il s'agit selon lui de rachialgies relativement diffuses, le patient désignant parfois plus les flancs et les loges rénales que le rachis. Le Dr F._____ signale encore que le patient garde une bonne intégration sociale, qu'il semble avoir un réseau d'amis bien étayé et que sa famille "nucléaire" n'aurait pas de problèmes majeurs, hormis ceux liés aux conséquences de la situation actuelle. Et l'expert d'ajouter notamment ce qui suit, en conclusion de son rapport :

"[...] Le trouble [somatoforme douloureux persistant] est tout au plus léger à moyen. L'assuré se présente comme vif, peu algique, dynamique, voire occasionnellement enjoué. Il ne donne à aucun moment une impression de fatigue ou de fatigabilité. Il reconnaît d'ailleurs lui-même rester relativement actif pour en avoir besoin : modélisme, brocante, petites réparations. Bref, cet état des lieux parle contre une forme exceptionnellement sévère du syndrome douloureux somatoforme persistant qui aurait valeur invalidante à elle seule. L'expert est par contre conscient d'une certaine détresse psychologique et sociale chez l'assuré. Il retient aussi un certain appauvrissement de ses mécanismes adaptatifs qui le met en décalage du monde du travail lorsque la sollicitation est devenue plus grande. [...] on peut admettre que ce sujet présente un certain degré d'atteinte à la santé au sens large du terme. Cette atteinte relève surtout des conséquences de l'adoption d'un statut d'invalidé (bénéfices secondaires, déconditionnement), à une époque où l'assuré n'a pas pu faire face à une situation de stress psychosocial élevé. Elle vaut pour un 25% d'incapacité de travail et pas plus, quelle que soit la profession exercée. Elle ne justifie pas de mesures thérapeutiques autres que celles en place. Elle ne justifie pas non plus de mesures professionnelle chez un sujet finalement débrouillard, sachant être actif dans plusieurs domaines de compétence, comme en témoigne ce qu'il dit de ses occupations actuelles. [...]"

Le 24 mars 2003, l'OAI a rendu une décision de refus de rente, considérant que le taux d'invalidité présenté par l'assuré était inférieur à 40%, compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 75% au moins dans son activité d'imprimeur offset et dans une activité adaptée.

L'assuré a formé opposition contre cette décision.

Le 12 novembre 2003, l'OAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 24 mars 2003.

X._____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances, par acte du 12 décembre 2003, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

L'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans le cadre de cette procédure, les divers rapports médicaux suivants ont été produits :

- un rapport du 12 décembre 2003 de la Dresse W._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie à Lausanne, laquelle précise notamment que le tableau est resté assez semblable au cours du temps en ce qui concerne la fatigue et les douleurs, mais qu'elle suspecte qu'une composante psychogène anxio-dépressive, potentiellement alimentée par la non-reconnaissance asséculoologique des plaintes de l'assuré ne se soit accentuée ces derniers temps, notamment au cours de l'année 2003;
- un rapport du 3 mars 2004 du Pr. D._____, spécialiste FMH en neurologie au [...], qui a constaté que l'examen neurologique de l'assuré était parfaitement normal. Ce praticien précise en outre que le patient ne présente pas de tableau typique d'une fibromyalgie, mais qu'il s'agit avant tout d'un tableau de douleurs diffuses qui sont ressenties pour le patient à un seuil intolérable, probablement en relation avec une décompensation sur le plan psychologique. Selon le Pr. D._____, il n'y a pas lieu de considérer une quelconque reprise d'activité professionnelle pour le moment;
- un rapport d'expertise établi le 24 mars 2004 par le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui indique en substance que l'anamnèse, l'observation clinique et les tests psychologiques permettent de poser le diagnostic de trouble dépressif

récurrent, avec épisodes d'intensité de légère à sévère, épisode actuel d'intensité moyenne, compliqué par des épisodes d'angoisse diffuse, ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant et de troubles mixtes de la personnalité, avec traits de personnalité narcissique, immature, histrionique et paranoïaque. Selon cet expert, il paraît illusoire d'attendre un changement dans la capacité de travail de l'assuré qui est nulle actuellement et qui le restera probablement de manière durable. Au vu de l'anamnèse psychiatrique, il situe la décompensation totalement invalidante (plus de 80% d'incapacité de travail) raisonnablement à fin 2002, de toute manière quelques mois après le dépôt de l'expertise rédigée le 20 août 2002 par le Dr F._____ . L'expert conclut que la pathologie psychiatrique constatée limite la capacité de travail de manière durable, mais probablement pas de manière permanente et que l'assuré n'est pas actuellement en mesure de faire l'effort que l'on serait, le cas échéant, en droit d'attendre de lui pour la poursuite de son activité habituelle, à cause des pathologies somatique et psychiatrique cumulées;

- un rapport du 13 mai 2004 dans lequel les Dresses B._____ et O._____, du Service médical régional AI (SMR), estiment que de l'ensemble des rapports médicaux, on doit retenir que l'assuré ne présente aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique. Elles relèvent en particulier que le Dr R._____ retient quelques éléments qui pourraient faire suspecter une aggravation de l'état de santé psychique de l'intéressé, probablement en relation avec la décision de refus de prestations de l'AI, mais de toute manière postérieurement à la décision entreprise. Enfin les Dresses B._____ et O._____ admettent qu'il est possible que l'assuré présente actuellement une aggravation de son état de santé psychique, suggérant dès lors la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation psychiatrique neutre.

Par jugement du 28 juin 2004 le Tribunal des assurances a admis le recours, la décision attaquée étant annulée et la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il procède à une instruction complémentaire puis rende une nouvelle décision. En substance, le tribunal a considéré que l'on ne pouvait pas exclure, au stade de la vraisemblance prépondérante, une

aggravation de l'état psychique du recourant avant novembre 2003, soit antérieurement à la décision attaquée, ce qui nécessitait une nouvelle évaluation psychiatrique neutre.

B. L'OAI a dès lors complété l'instruction et mandaté le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 21 octobre 2005, le Dr P._____ pose les diagnostics suivants :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.4)
- Troubles mixtes de ta personnalité (F 61.0)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4)
- Trouble anxieux NS (F 41.9)

Selon l'expert, si initialement, le facteur déclencheur incriminé à l'origine des troubles avait été la complexification du travail (et son incapacité de s'adapter à celle-ci) en 1997, le contexte actuel est quant à lui principalement marqué par le conflit médico-asséculo-logique. En ce qui concerne les diagnostics retenus, ceux-ci correspondent à ceux posés, soit par les médecins traitants, soit par les experts mandatés précédemment. Le trouble dépressif est pour sa part à considérer avant tout comme une conséquence du syndrome douloureux; devenant par la suite une problématique intriquée avec ce dernier. En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail, l'expert écrit qu'il faut tout d'abord relever que le syndrome somatoforme douloureux en lui-même n'est pas considéré comme une maladie invalidante au sens de la LAI, si ce syndrome n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique grave. Dans le cas de l'expertisé, il existe une comorbidité psychiatrique, sous la forme d'un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne et d'un trouble de la personnalité. Cette comorbidité représente un certain degré d'atteinte à la santé, celle-ci pouvant être estimée comme valant actuellement un 50% d'incapacité de travail, cela indépendamment de la profession exercée. L'expert estime dès lors comme plausible que la péjoration responsable de

la diminution de la capacité de travail (estimée à 25% en août 2002) se situe fin 2002. Les facteurs limitant la capacité sont essentiellement constitués de symptômes subjectifs: douleurs chroniques, troubles cognitifs (mémoire et concentration) fatigue et troubles du sommeil, problèmes mis en avant par l'expertisé, bien plus que ceux liés à son état dépressif.

Dans un avis médical du 3 mars 2006, la Dresse B. _____ du SMR relève certaines contradictions dans l'expertise du Dr P. _____, comme par exemple des incohérences dans les dates et le fait que l'expert retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, alors qu'il note un code F33.4, ce qui correspond selon la CIM-10 à un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Elle déplore par ailleurs que les diagnostics retenus dans l'expertise se basent sur des éléments subjectifs (dires de l'expertisé, tests d'évaluation se basant uniquement sur les déclarations de l'assuré, etc.) et que l'expert ne discute pas l'expertise du Dr F. _____, alors qu'il prétend être du même avis que les experts précédents. Cela étant, la Dresse B. _____ a interpellé le Dr F. _____.

Dans une lettre du 30 mars 2006, ce dernier estime que l'assuré a gardé des capacités personnelles et intellectuelles de bon niveau ce qui le porte à conseiller une reprise de travail à plein temps. En résumé, il n'y a pour le Dr F. _____ aucune comorbidité psychiatrique grave. On est dès lors selon lui raisonnablement en droit d'exiger de l'assuré qu'il reprenne un travail à temps plein dans une activité similaire à celle qu'il exerçait avant de déposer sa demande de prestations AI.

Après avoir demandé au Dr P. _____ de pouvoir examiner les tests d'évaluations effectués lors de son expertise, ce qui s'est avéré impossible, la Dresse B. _____ conclut, dans un avis médical du 29 mai 2006, que l'expertise réalisée par ce dernier n'est pas convaincante et que l'assuré ne présente pas d'aggravation de son état de santé. Sa capacité de travail est dès lors selon elle totale. Elle mentionne en outre que l'assuré semble n'avoir entrepris aucune démarche pour retrouver une

activité lucrative, alors qu'il paraît actif dans ses démarches pour obtenir une rente AI.

Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 31 juillet 2007, le Dr K._____ ne retient aucun symptôme dépressif chez l'expertisé. Selon lui, il n'y a pas de problème de concentration et de l'attention. Il mentionne avoir rencontré un homme sans trouble psychopathologique majeur. Toutes les indications des registres cognitifs, affectifs et autres, montrent un bon fonctionnement. Il n'y a en particulier aucun indice en faveur d'un état dépressif dans le sens clinique du terme. L'expert relève que si un tel état avait existé auparavant, il est actuellement, avec la médication appliquée, à considérer comme très bien compensé; ceci correspond d'ailleurs aux notions subjectives de l'assuré qui se dit uniquement inquiet pour le futur. Les quelques particularités de sa personnalité ne dépassent pas le seuil clinique. Le Dr K._____ estime également que si une aggravation a bien été postulée après le dépôt de l'expertise du Dr F._____ et le refus de prestations, elle a toutefois été insuffisamment argumentée. Il ajoute que s'il est possible de retenir quelques éléments des positionnements psychiatriques qui ont suivi, c'est peut-être la notion que l'annonce de refus a donné une accentuation momentanée sous forme de trouble d'adaptation avec réactions anxieuses et dépressives mixtes. Mais l'expert précise qu'il s'agit ici d'une hypothèse pour "lier les deux bouts", cette aggravation n'étant pas documentée. S'agissant de l'existence d'un trouble dépressif, le Dr K._____ écrit qu'il est à la limite possible que l'assuré présente ici ou là, selon les circonstances de sa vie et de ses déceptions, des réactions dysthymiques-dysphoriques, mais qui ne donnent pas lieu à une quelconque réduction de son fonctionnement.

L'expert estime en outre que plusieurs éléments parlent en faveur du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (p. 30 de l'expertise) et déclare admettre, avec un certain doute toutefois, cette ligne diagnostique. Il a dès lors vérifié dans quelle mesure le trouble serait invalidant. Il relève l'absence de comorbidité psychiatrique importante (gravité, acuité, durée), d'une affection corporelle chronique

(en dehors TSD, sans rémission durable). Il ne constate pas non plus de perte d'intégration sociale (dans toutes les manifestations de la vie) ni d'état psychique cristallisé (sans évolution possible au thérapeutique). S'agissant du processus défectueux de résolution de conflit, il relève qu'il s'agit d'une hypothèse psychanalytique difficile à vérifier. Il n'y a pas non plus d'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Il ne lui est pas possible de déterminer l'attitude coopérative de l'expertisé (effort et motivation), sa collaboration et sa compliance. En revanche l'expert note des divergences très nettes entre les symptômes décrits et le comportement observé. La caractéristique des douleurs est vague et les efforts thérapeutiques très relativisés. Il n'y a pas selon l'expert de conflits émotionnels importants. Quant aux facteurs psychosociaux et culturels dominants, il retient la dominance d'une conflictualité importante et chronique, tout semblant être dominé par cet aspect. L'expert constate dès lors, compte tenu des données anamnestiques détaillées et des observations, qu'il n'existe aucune atteinte invalidante en lien avec la notion de trouble somatoforme douloureux. De ce fait, il indique ne pas retenir ce diagnostic dans l'appréciation finale.

En ce qui concerne les troubles de personnalité l'expert relève que l'assuré a fonctionné la plus grande partie de sa vie active en toute satisfaction personnelle et pour autrui. Même si on admet quelques particularités dans son fonctionnement, par exemple un sens tenace de combativité et de défense de ses intérêts, il s'agit pour l'expert toujours d'éléments en deçà d'un seuil clinique. Le plus important est le fait que l'assuré a pu, à tout moment de sa vie, respecter des cadres donnés, argumenter, écrire, etc., ceci souvent aussi d'une manière très adéquate et structurée. L'expert relève à cet égard que là aussi, les nombreux témoignages de lui-même que l'on trouve dans le dossier sont sans équivoque. Il en déduit l'absence de critères suffisants pour retenir le diagnostic de troubles de personnalité.

Enfin, l'expert conclut que l'assuré n'est nullement un malade psychiatrique, mais plutôt un homme qui, avec la dynamique décrite en détail, s'est enfoncé dans un processus d'invalidation mais qui garde

théoriquement tous les moyens et ressources pour une application professionnelle constructive. Il n'existe donc, selon l'expert, aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Par nouvelle décision du 11 mars 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente déposée par X._____.

C. Ce dernier a recouru contre cette décision le 15 avril 2008. Se fondant principalement sur un rapport d'expertise du 27 février 2008 du Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée, et à ce qu'une rente entière lui est allouée dès le 1er octobre 2000.

Dans cette expertise précitée, effectuée à la demande du recourant, le Dr N._____ diagnostique les pathologies suivantes :

- Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4
- Trouble dépressif récurrent, en rémission sous traitement F33
- Accentuation de certains traits de personnalité Z73.1

L'expert retient le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, classé F45.4. selon la CIM-10, dès lors que la symptomatologie présentée par l'expertisé répond aux critères de cet ouvrage de référence, s'agissant d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, et qui n'a pas été expliqué lors des différentes investigations effectuées par les médecins tout au long du parcours médical du recourant. Il relève que ces douleurs sont survenues dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux importants (développement rapide des exigences de la profession auquel l'expertisé ne parvenait plus à s'adapter, situation familiale stressante), et non pas dans un contexte de trouble dépressif ou schizophrénique. Le trouble dépressif a été rapporté comme secondaire. Il retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, précédemment posé par le Dr R._____ ainsi que l'expert P._____, et validé sur dossier par l'expert F._____. En effet, malgré l'absence de symptomatologie

dépressive marquée lors de l'expertise, le Dr N._____ note que l'expertisé est toujours sous traitement antidépresseur. S'il met en évidence divers symptômes du registre dépressif (troubles du sommeil, fatigue et fatigabilité, perte de plaisir et d'intérêt aux choses agréables de la vie, absence de perspective, troubles de la concentration et de la mémoire, baisse de la libido), il écrit cependant ne pas avoir relevé de tristesse prononcée. A ce propos, il rappelle qu'un trouble dépressif récurrent est caractérisé par des phases de rémission séparant les épisodes dépressifs. L'expert dit également ne pas avoir de raison de remettre en question le jugement des divers médecins ayant posé ce diagnostic par le passé, car celui-ci se base sur des éléments précis et clairement décrits dans les rapports concernés. En revanche, de son point de vue, le trouble de la personnalité n'a pas été objectivé si on suit strictement les critères de la CIM-10 dès lors qu'il n'y a pas assez d'éléments pour retenir ce diagnostic. Il n'existe pas selon lui d'arguments démontrant l'existence d'un trouble qui serait apparu dans l'enfance ou dans l'adolescence de l'expertisé et qui se serait accompagné de difficultés personnelles et sociales considérables ou d'une souffrance personnelle intense. L'expert relève par ailleurs que le recourant est parvenu à garder son emploi durant vingt ans et qu'il a été capable de fonder une famille; il remplit en revanche tous les critères de la personnalité anxieuse-évitante, mais ces critères sont atténués par l'équilibre psychoaffectif, quoique bancal, dans lequel il a réussi à se placer, notamment à travers son statut de malade physique qu'il revendique. En raison de l'intensité atténuée de ces critères et en l'absence d'éléments précis en faveur d'un trouble de la personnalité dès l'enfance et adolescence de l'expertisé, le Dr N._____ ne retient qu'un diagnostic 7.73.1 et non pas un trouble de la personnalité avéré F60.

Selon ce dernier, faire travailler le recourant reviendrait à décrédibiliser ses plaintes et à nier son vécu, qu'il a lui-même de la peine à préciser et à formuler. L'état compensé qu'il parvient à maintenir lorsqu'il est au repos se décompenserait rapidement. L'expert relève en outre que le recourant est incapable d'exprimer un vécu affectif et présente une défaillance que certains appellent une alexithymie : il s'agit

de la difficulté de lien entre monde émotionnel et monde cognitif. Le recourant trouve ainsi dans la symptomatologie douloureuse un écran honorable qui le protège du monde environnant qu'il ne maîtrise plus et qui l'expose à l'échec, du fait de son incapacité de s'adapter.

L'expert poursuit en écrivant notamment que le recourant est figé depuis plusieurs années dans un état de revendication vis-à-vis du système social. Son besoin de reconnaissance inassouvi en est la "tête de proue". Il se réfère aux accusations infondées d'exagérer ses plaintes qu'on lui aurait faites à plusieurs reprises dans le passé, alors qu'il avait effectivement des troubles physiques, mais qui s'étaient révélés plus tard (variation anatomique du diaphragme, rein atrophié, problèmes cardiovasculaires), pour se défendre dans sa situation actuelle. On retrouve dans les différentes observations médicales une rigidité mentale, une tendance à être procédurier de par l'écriture de plusieurs lettres, une fixation sur le conflit, un positionnement en victime, la projection constante de la faute sur autrui, une tendance à la confusion et aux idées d'interprétation et de concernement. Selon l'expert, ces traits de personnalité et ce comportement évoquent cliniquement un fonctionnement psychotique du registre paranoïaque.

S'agissant de la question du syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert N._____, examinant les critères posés par le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence, indique qu'il existe deux comorbidités psychiatriques au trouble somatoforme douloureux chez cet expertisé. Il s'agit des traits de personnalités psychotiques, du registre paranoïaque, ainsi que du trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Selon l'expert, l'accentuation des traits de personnalité a une grande importance, dans la mesure où c'est ce trouble, d'un point de vue psychodynamique qui est à l'origine du trouble somatoforme douloureux. Il précise parler d'"accentuation de traits de personnalité" pour utiliser les termes de la CIM-10. Dans une terminologie psychodynamique, il dit préférer parler d'une organisation de personnalité très bancal, du registre psychotique et paranoïaque. Cette organisation de personnalité rend selon lui l'expertisé très vulnérable, sans le priver de ressources lorsqu'il est

stabilisé. Ce trouble a valeur de maladie en tant que telle, puisqu'il est à la base de toute la problématique psycho-sociale et professionnelle actuelle de l'expertisé et de sa famille et ne doit en aucun cas être considéré comme une manifestation consécutive au trouble somatoforme douloureux. L'expert précise qu'au contraire, c'est le trouble somatoforme douloureux qui est probablement une réaction corporelle de défense psychique chez un sujet qui est incapable de faire le lien entre le monde émotionnel et le monde cognitif et pour qui le corps représente une issue.

Toujours selon l'expert, X._____ souffre d'affections corporelles chroniques, la Dresse W._____ ayant diagnostiqué des lombalgies chroniques non spécifiques en 2003, sur discopathies étagées et arthrose postérieure basse et du pied des sacro-iliaques. Il est en outre positif au HLA-B27, ce qui signifie qu'il a une prédisposition à une spondylarthropathie. Ce processus maladif s'étend sur plusieurs années sans rémission durable, à savoir depuis 1999. En ce qui concerne le trouble dépressif diagnostiqué à plusieurs reprises par d'autres confrères, il est actuellement considéré en rémission. De nouveaux épisodes peuvent cependant survenir. Et l'expert de préciser d'autre part qu'une personne qui souffre d'épisodes dépressifs récidivants reste vulnérable au stress et aux pressions, entre les épisodes aigus; elle s'épuise généralement au fil des ans et au fil des rechutes. Le recourant subit, selon le Dr N._____, une perte d'intégration sociale : il n'a plus le cercle social qu'il aurait entretenu, bien qu'il n'ait jamais eu de relations amicales investies, du fait de son organisation de personnalité. Il a bénéficié des relations professionnelles et des relations familiales, mais après avoir perdu les relations qui provenaient du monde professionnel, le recourant se repose essentiellement sur le cercle de connaissances de sa femme, cercle qui s'est cependant fortement amoindri depuis la survenue de la maladie de l'expertisé. L'expert note encore que l'expertisé reconnaît ne jamais avoir eu d'amis proches à l'âge adulte, décrivant plutôt des "copains", cela bien qu'il prétende avoir été bien intégré socialement lorsqu'il était enfant ; la perte d'intégration sociale doit donc être nuancée dans ce sens. L'unique soutien social qui subsiste chez l'expertisé est celui de sa famille proche (femme et enfants).

L'expert considère que l'état psychique du recourant peut être considéré comme cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique dès lors qu'il est enraciné dans son besoin de reconnaissance de la maladie. Cette revendication lui sert de mécanisme de défense inconscient face aux échecs inévitables dans toute confrontation au monde extérieur, impliquant des blessures narcissiques insupportables pour lui. Il ne tire pas de bénéfice secondaire économique de sa situation, ni un bénéfice de sollicitude, mais il en tire un bénéfice, inconscient, sur le plan de son économie psychique.

Enfin, l'expert constate l'échec des traitements conformes aux règles de l'art instaurés chez l'expertisé en relevant le fait que son organisation de personnalité et ses mécanismes de défense psychiques peu efficaces rendent un suivi psychiatrique difficile, car, du fait de sa faille narcissique et de son Moi peu construit, l'expertisé ne peut pas admettre de souffrir d'un trouble psychique.

L'expert estime que des mesures de réhabilitation ne sont pas envisageables en raison de l'épuisement des ressources de l'expertisé depuis 1999. L'expertisé sent qu'il ne saurait arriver au bout d'une réadaptation. Il est d'avis que l'on ne peut exiger du recourant qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail, car il ne peut plus faire face aux exigences d'un emploi dans une entreprise non protégée. Exiger de lui qu'il retourne au travail reviendrait pour lui à nier son statut de malade, statut qu'il revendique depuis 1999 pour éviter le statut de malade psychique. Ce manque de reconnaissance dans l'image de soi le déstabiliserait totalement, ce qui décompenserait son état, aggraverait à nouveau les douleurs et conduirait vers une rechute dépressive. Le recourant ne dispose donc pas, selon l'expert, des ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative.

A son avis, il existe une incapacité de travail de 75 à 80% depuis 1999. L'incapacité de travail est restée stable depuis lors, fluctuant probablement entre 75 et 100% selon les périodes. La capacité de travail s'est réduite à fin 2002, mais se trouve à nouveau à environ 80%, depuis l'été 2007.

L'OAI a conclu au rejet du recours et produit un avis médical du Dr M. _____ du SMR du 19 mai 2008 ainsi qu'un avis médical du 18 juillet 2008 dans lequel le Dr Q. _____ du SMR estime que l'expertise du Dr K. _____, qui repose sur des faits démontrés et non sur des hypothèses, est plus convaincante d'un point de vue asséculoologique. Aucune aggravation psychique ni amélioration d'ailleurs n'étant donc démontrée depuis le rapport d'examen SMR Léman de septembre 2002, il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions du rapport d'examen SMR de septembre 2002, la capacité de travail exigible étant inchangée depuis la décision AI du 24 mars 2003.

Le recourant a produit un rapport complémentaire du 11 septembre 2008 de l'expert N. _____ dans lequel ce dernier a maintenu ses conclusions.

L'OAI s'est déterminé sur ce rapport dans son écriture du 24 octobre 2008.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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, interjeté en temps utile, est recevable en la forme.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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 en corps et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse selon toute vraisemblance supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53, consid. 3b).

Est litigieuse en l'espèce la question de l'évaluation de la capacité de travail du recourant, respectivement de son taux d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI).

En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

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

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

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF, 10 mars 2009, 9C_519/2008, consid. 2.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien 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 et les références citées).

Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les arrêts cités; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., Berne 2003, n° 30 p. 331; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1993, pp. 422-423).

4. Il convient dans un premier temps d'examiner la question de l'existence d'une éventuelle affection invalidante sur le plan somatique.

a) A cet égard, le diagnostic de lombalgies chroniques dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux a été posé par le Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital L._____. Le Dr T._____ diagnostique pour sa part des lombalgies chroniques, un syndrome de douleur chronique et un syndrome de fatigue chronique. Selon ses constatations, l'examen clinique met clairement en évidence une importante limitation de la mobilité du rachis, dans tous les plans ; il ne dispose toutefois pas d'éléments objectifs suffisants pour justifier un arrêt de travail complet chez le recourant, même dans son métier d'employé d'imprimerie. Ce spécialiste admet une incapacité de travail de l'ordre de 50% en indiquant que cette estimation est probablement objectivement équitable, tout en relevant l'absence de diagnostic somatique précis. Le Dr H._____ indique quant à lui qu'au terme de l'investigation clinique, les plaintes douloureuses avancées par cet assuré ne comportent pas d'élément spécifique. L'examen clinique qu'il a pratiqué montre qu'il n'y a aucune limitation des fonctions articulaires ni aucun signe inflammatoire, à l'exception d'une tendinite achilléenne gauche chronique, noyée dans le tableau douloureux, découverte uniquement à l'examen et que le recourant n'avait pas mentionnée préalablement. Au terme de son évaluation, il admet que les constatations objectives ne peuvent soutenir l'édifice des plaintes, les facteurs limitant la capacité de travail étant de nature subjective et non mesurables. Enfin le Pr. D._____ a constaté que l'examen neurologique du recourant était parfaitement normal.

b) Le rapport du Dr H._____, du 28 juin 2002, repose sur une anamnèse et des examens médicaux complets et approfondis. Cet expert prend en compte les plaintes et l'entier de la symptomatologie de l'assuré. Ses conclusions sont par ailleurs bien motivées. Le rapport de l'expert n'est en outre pas en contradiction avec les avis et rapports des divers spécialistes qui ont examiné le recourant, lesquels estiment tous que les constatations objectives ne permettent pas d'expliquer les plaintes de ce dernier. S'il est vrai que le Dr T._____ a, dans son rapport du 14 avril 2000, retenu une incapacité de travail à 50%, il a toutefois tenu compte uniquement, dans le cadre de son évaluation "équitable", de la

symptomatologie douloureuse, de la fatigue ainsi que des ressources adaptatives de l'assuré. Cela étant, il convient de préférer à ce rapport celui du Dr H._____, dont les conclusions, selon lesquelles l'intéressé ne présente aucune incapacité de travail sur le plan physique, s'accordent avec les observations menées par d'autres spécialistes et sont tout à fait convaincantes.

5. Il reste à examiner l'existence d'une affection invalidante sur le plan psychiatrique.

a) A cet égard, tous les praticiens qui ont examiné le recourant diagnostiquent l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Tel est également le cas du Dr K._____ qui, bien qu'il ne le retienne pas en tant que diagnostic du fait que ce trouble n'a, à son avis, aucune incidence sur la capacité de travail du recourant, le mentionne dans le corps de son rapport.

b) La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396, 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 ces troubles 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 (posés par la jurisprudence). 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 traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. TFA, 22 février 2006, I 506 04).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle générale, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49, consid. 1.2.; TFA, 21 juillet 2005, I 514 04).

c) S'agissant de la comorbidité psychiatrique, le seul diagnostic de trouble dépressif récurrent ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment

importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de la part de l'intimée. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191), sur laquelle s'appuie d'ailleurs le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, p. 81, n. 135).

En l'espèce, les experts P._____ et N._____ mentionnent tous deux l'existence d'un trouble dépressif récurrent. Ils concluent cependant que ce dernier est intriqué avec le trouble somatoforme. En outre, le Dr N._____ relève que ce trouble est en rémission grâce au traitement suivi par le recourant.

Dans son rapport d'expertise du 20 août 2002, le Dr F._____ diagnostique un trouble de la personnalité non spécifié, estimant que l'on se trouve en dessous du seuil diagnostique d'un trouble de la personnalité au sens strict. Cette conclusion est également partagée par l'expert N._____, selon lequel le trouble de la personnalité n'a pas été objectivé si l'on suit strictement les critères de la CIM-10, raison pour laquelle ce praticien retient uniquement une accentuation de certains traits de personnalité. Le Dr K._____, pour sa part, ne pose pas de tel diagnostic, expliquant que les quelques particularités de la personnalité de l'assuré ne dépassent pas le seuil clinique.

Les Drs R._____ et P._____ ont pour leur part diagnostiqué des troubles mixtes de la personnalité (avec traits de personnalité narcissique, immature, histrionique et paranoïaque pour le premier,

troubles mixtes de ta personnalité et trouble anxieux pour le second); ces diagnostics apparaissent cependant insuffisamment documentés.

Ainsi, il convient de considérer, avec le Dr K._____, que si l'on peut effectivement retenir quelques éléments des positionnements psychiatriques qui ont suivi l'expertise du Dr F._____ de même que la décision de refus de prestations, ceux-ci constituent probablement une réaction momentanée à l'annonce de ce refus, concrétisée sous la forme d'un trouble d'adaptation avec réactions anxieuses et dépressives mixtes; en tous les cas, cette aggravation n'est pas documentée. S'il est également possible, tout comme le relève le Dr K._____, que le recourant ait présenté ici ou là, au gré des circonstances de sa vie et de ses déceptions, des réactions dysthymiques-dysphoriques, celles-ci ne donnent toutefois pas lieu à une quelconque réduction de son fonctionnement.

En conclusion, force est de constater qu'il n'existe pas en l'espèce de comorbidité psychiatrique grave.

d) Il reste à déterminer si les critères posés par la jurisprudence en tant que condition à la reconnaissance du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux sont en l'occurrence réalisés.

De l'avis des différents experts qui se sont prononcés, il n'existe pas en l'occurrence d'affections corporelles chroniques dont les manifestations douloureuses ne se recouperaient pas avec le trouble somatoforme douloureux et entraîneraient une incapacité de travail. Ce critère n'est ainsi pas réalisé, contrairement à ce que retient le Dr N._____, que l'on ne saurait suivre.

Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, l'environnement familial du recourant est conservé. En outre, ce dernier sort avec son chien et s'adonne au bricolage durant la journée, notamment au modélisme (petits

trains de collection) ainsi qu'à la réparation de petits appareils électroniques qu'il trouve. Certes, l'expert N. _____ relève que, selon les dires du recourant et de son épouse, les contacts sociaux sont pauvres en dehors du cercle familial. Il apparaît toutefois également que le recourant n'a jamais eu d'amis proches dès l'âge adulte. Dès lors, là non plus, l'avis du Dr N. _____ ne peut être suivi.

S'agissant de l'existence d'un état psychique cristallisé, si l'instruction a effectivement mis en lumière un tel phénomène de cristallisation, il s'avère toutefois que son intensité est en l'occurrence de gravité tout au plus modérée. Du fait du traitement suivi par le recourant, le trouble dépressif récurrent dont il souffre est en rémission, l'évolution sur le plan thérapeutique étant favorable.

Enfin, le trouble somatoforme excepté, il n'y a pas d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

Au vu des considérations qui précèdent, il apparaît que la majeure partie des critères jurisprudentiels posés à la reconnaissance du caractère invalidant de troubles psychiques ne sont pas réalisés.

L'on relèvera pour le surplus qu'il existe, de l'avis du Dr H. _____, une discordance entre, d'une part, les douleurs décrites et le comportement observé ainsi que, d'autre part, les allégations d'intenses douleurs formulées par le recourant et dont le descriptif demeure vague. Cette opinion est également partagée par les Drs F. _____ et K. _____.

En définitive, il s'impose de suivre les conclusions des experts F. _____ et K. _____ et ainsi de retenir que le trouble somatoforme présenté par le recourant ne se manifeste pas avec une sévérité propre à exclure chez ce dernier, d'un point de vue objectif, toute mise en valeur de la capacité de travail de celui-ci. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail.

6. De manière générale, l'instruction n'a pas démontré l'existence d'une aggravation des troubles dont souffre le recourant postérieurement à l'expertise réalisée par le Dr F._____.

S'agissant de la capacité de travail, cet expert avait il est vrai dans un premier temps retenu l'existence d'une certaine détresse psychologique et sociale chez le recourant et observé également un certain appauvrissement de ses mécanismes adaptatifs qui l'avait mis en décalage avec le monde du travail lorsque la sollicitation était devenue plus grande. Cela étant, il avait admis une incapacité de travail de 25% au maximum, quelle que soit la profession exercée, relevant que le recourant présentait un certain degré d'atteinte à la santé au sens large du terme, cette atteinte relevant surtout des conséquences de l'adoption d'un statut d'invalidé (bénéfices secondaires, déconditionnement) à une époque où il n'avait pas pu faire face à une situation de stress psychosocial élevé. Cet expert est toutefois revenu sur cette appréciation dans sa lettre du 30 mars 2006, notamment au motif que compte tenu des règles jurisprudentielles émises depuis son expertise, il s'imposait a posteriori de conclure à une pleine capacité de travail. L'expert K._____ a pour sa part également estimé que la capacité de travail du recourant était entière.

Compte tenu de l'ensemble des considérations qui précèdent, il y a lieu de retenir que la capacité de travail du recourant est entière dans toute activité.

7. **a)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière, de sorte qu'il ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Par conséquent, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée.

b) 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. 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. 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. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents 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 Thierry Thonney, avocat, à Lausanne (pour X. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :