

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Zbinden et Mme Férolles, assesseurs  
Greffier : M. Cuérel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**I.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, assisté de Me Alain Dubuis, avocat à Lausanne

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), d'origine kurde, est né le 3 janvier 1970 en Turquie. Il s'est établi en Suisse en 1992, où il a travaillé d'abord en usine puis comme chauffeur de taxi. Depuis le 24 mars 2006, il est en incapacité de travail.

Le 6 novembre 2006, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente. Dans cette demande, il précisait être suivi par les Drs F. \_\_\_\_\_, généraliste, et Q. \_\_\_\_\_, psychiatre, respectivement depuis 2001 et 2006, pour des problèmes gastriques, digestifs, urinaires, cervicaux et psychologiques. Il indiquait encore que l'atteinte malade dont il souffrait existait depuis 1989.

**B.** Dans un rapport médical du 19 juin 2000 destiné à l'assureur-maladie de son patient, le Dr F. \_\_\_\_\_ a décrit l'état de santé de ce dernier en ces termes :

"Persistance épigastralgies, douleurs thoraciques paroxystiques, alternance constipation diarrhées, hémoroïdes, éructations, flatulences. Traitement IPP à haute dose inefficace. Status post gastrectomie (hémigastrectomie 2000), vagotomie sélective 1991, cervicalgies. Syndrome dépressif (douleurs continues, migraines c/o épouse)."

Ce médecin concluait à une incapacité totale de travail d'une durée indéterminée.

Le 4 août 2006, le Dr F. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport médical dans lequel il a posé les diagnostics de maladie de reflux, de contractures paracervicales chroniques, de trouble de l'évacuation avec hémoroïdes, de prostatite chronique ainsi que de syndrome dépressif. Il confirmait qu'en raison de ces maladies, l'assuré se trouvait en incapacité totale de travail depuis le 24 mars 2006 et pour une durée indéterminée. Selon ce médecin, aucune autre activité n'était exigible.

Dans un troisième rapport médical, daté cette fois-ci du 15 décembre 2006 et destiné à l'OAI, ce même praticien a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status post gastrectomie partielle, de vagotomie supra-sélective, de maladie ulcéreuse, d'ulcère duodéal, de reflux gastro-oesophagien et douleurs abdominales résistant au traitement, de cervicalgies chroniques sur dysbalance musculaire et de syndrome anxiodépressif chronique. Au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin mentionnait une uréthro-prostatite chronique. Enfin, le Dr F. \_\_\_\_\_ de conclure une nouvelle fois à une incapacité de travail dans toute activité en raison des douleurs chroniques et de l'état dépressif, et d'indiquer qu'aucune mesure n'était susceptible d'améliorer la situation.

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a à son tour établi un rapport à l'attention de l'OAI, daté du 12 janvier 2007, dans lequel il posait, au titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une dépression anxieuse persistante (F34.1, CIM-10) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme (F45.4, CIM-10). Il précisait que ces troubles existaient depuis 1991, qu'ils s'aggravaient et qu'ils engendraient une incapacité totale de travail dans toute activité, depuis le 26 mars 2006 et pour une durée indéterminée. La capacité de travail ne pouvait selon lui être améliorée, ni une autre activité être exigée en raison de la chronicité des symptômes et de l'inefficacité des interventions chirurgicales. Enfin, le Dr Q. \_\_\_\_\_ indiquait encore ce qui suit :

"[...] En Suisse, depuis 1993, sans formation scolaire et professionnelle, le patient travaille dans les activités subalternes. Apparition des troubles physiques et thymiques depuis plusieurs années nécessitant des investigations multiples sur le plan médical et aboutissant à une vagotomie suprasélective et une hémigastrectomie en 2000. En plus, il souffre de troubles dyspeptiques avec le syndrome de l'intestin irritable réfractaire aux traitements. A plusieurs reprises, la prise en charge est restée inefficace et les tentatives de prise en charge psychiatrique et une médication anti-dépressive sont restées sans résultat. Actuellement, le patient présente un état dépressif important avec des idées suicidaires et des douleurs somatiques multiples. En plus, il se sent irritable, dévalorisé sur le plan social et diminué dans ses capacités professionnelles.

Etant donné son état cité plus haut et ses problèmes conjugaux (sa femme souffre de céphalées migraineuses depuis plusieurs années la rendant incapable d'avoir un travail lucratif), le patient vit dans une situation de retrait social et économique défavorable. Un traitement anti-dépresseur prescrit à plusieurs reprises, reste inefficace et n'a pas pu être suivi à long terme étant donné l'intolérance du patient à ce genre de traitement. Actuellement, il bénéficie d'une psychothérapie de soutien."

**C.** Le 12 mars 2007, l'OAI a mandaté les médecins de la clinique L.\_\_\_\_\_, Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), aux fins de réaliser une expertise interdisciplinaire.

Le 26 octobre 2007, les Drs M.\_\_\_\_\_, orthopédiste, et V.\_\_\_\_\_, psychiatre, ont déposé leur rapport.

Afin d'établir celui-ci, les experts se sont notamment fondés sur plus d'une quarantaine de rapports médicaux établis entre 1993 et 2007 par divers médecins traitants de l'assuré, lesquels ont également été produits au dossier de la présente cause. Ces différents documents ont été scrupuleusement résumés en préambule de l'expertise.

Après avoir procédé à une anamnèse complète de l'assuré (sur les plans familial et affectif, socioprofessionnel, de l'appareil locomoteur et enfin psychiatrique), les experts ont examiné les plaintes et données subjectives de l'assuré, puis se sont livrés à leur examen clinique (général, ostéo-articulaire, neurologique, radiographique et psychiatrique).

S'agissant du retentissement des plaintes subjectives de l'assuré, les experts, reprenant les observations faites par le Dr V.\_\_\_\_\_ lors de l'examen psychiatrique qu'il a conduit (cf. rapport annexé à l'expertise principale), relevaient notamment ce qui suit :

"[...] L'assuré vit depuis six mois dans une chambre séparée du domicile familial et il se prépare le petit déjeuner dans sa chambre alors que pour le reste, il mange chez des cousins ou chez son épouse pour être avec les enfants. Sa femme se charge de la lessive et du repassage.

La vie sociale de l'exploré est relativement préservée puisqu'il va dans un «...centre bouddhiste», ce qui lui permet d'avoir un certain

nombre de relations sociales en plus de ses cousins, son épouse, ses filles, ses deux frères et sa belle-famille.

Il ne semble pas avoir de difficulté dans les activités nécessitant de la concentration puisqu'il affirme lire et méditer lorsqu'il se rend au «...centre bouddhiste» à Lausanne/VD. De plus, il lit les journaux et consulte Internet de temps en temps, entre autres pour rechercher des informations médicales.

L'intéressé regrette d'avoir arrêté le travail en raison de sa symptomatologie douloureuse qui semble, à l'entendre, avoir été plus importante auparavant. Ainsi, il envisage une reprise d'activité professionnelle en tant que chauffeur de taxi, bien qu'il doive repasser des examens pour obtenir à nouveau une patente de chauffeur. [...]"

Au terme de ces divers examens, les experts ont posé les diagnostics suivants :

"4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?  
Nihil.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- Cervicalgies fonctionnelles présentes depuis l'année 2004.
- État précachetique (BMI = 17.5 kg/m<sup>2</sup>).
- F45.0 : Somatisation.
- F68.0 : Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

La somatisation dont souffre l'intéressé ne remplit pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle pour être qualifiée d'invalidante."

S'agissant du volet psychiatrique de leur expertise, les Drs M. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ont notamment précisé ce qui suit :

"[...] L'examen psychiatrique a permis d'exclure la présence de toute pathologie invalidante puisqu'il a objectivé uniquement une somatisation ne remplissant pas les critères de gravité de la jurisprudence récente pour être qualifiée d'invalidante. Il existe par ailleurs des traits de personnalité passive-agressive suscitant involontairement un syndrome d'amplification des plaintes avec autolimitation. Ce phénomène ne répond pas à la définition d'un trouble de la personnalité au sens de l'ICD-10 et il n'est pas totalement hors du champ de conscience de l'investigué, qui n'a pas perdu sa faculté de discernement puisque son examen cognitif est normal.

De nombreux éléments du discours de Monsieur I. \_\_\_\_\_ plaident pour une majoration de symptômes pour des raisons

psychologiques. On peut encore constater une façon évasive et accessoire d'évoquer les traitements antidépresseurs reçus, ce qui jette le doute sur la compliance ou le réel investissement positif d'un suivi psychiatrique. La tristesse de l'examiné n'est pas accompagnée de thématiques dépressives et de ce fait, il n'étaye pas une thymie réellement dépressive. Il s'agit simplement d'un système dépressif s'inscrivant dans les traits de personnalité passive-agressive que l'examiné majore. Sa souffrance psychique n'est pas suffisamment importante pour qu'il améliore son adhésion à un traitement psychiatrique régulier. Sa détresse psychologique est réactionnelle à la symptomatologie d'inconfort douloureux abdominal et aggravée par des facteurs externes au handicap, comme la mésentente conjugale et les préoccupations financières. [...]"

Quant à la conclusion selon laquelle la somatisation dont souffrait l'assuré ne remplissait pas les critères de gravité de la jurisprudence pour être qualifiée d'invalidante, elle a fait l'objet des observations déterminantes suivantes de la part du Dr V. \_\_\_\_\_, dans le cadre de son examen psychiatrique (cf. rapport du 26 octobre 2007, annexé à l'expertise principale) :

"[...] Selon les critères de gravité jurisprudentiels actuels (voir notamment : MOSIMANN : Somatoform Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten. RSAS 1999, p.1 ss et 105 ss ; VSI 2000 p.155 consid. 2c) repris par un arrêt du Tribunal fédéral des assurances des juges FERRARI, MEYER et URSPRUNG (I 870/02, du 21 avril 2004, IVème Chambre), dès lors que l'on attribue une incapacité de travail à ce type de douleurs, il convient encore d'envisager :

**L'intensité** : L'intensité des douleurs ne semble pas très importante dans les plaintes de l'expertisé. Celles-ci ne sont d'ailleurs pas accompagnées d'une physiologie algique. Le critère d'intensité n'est pas suffisamment important pour être retenu. Il s'agit plus de la perception négative d'un inconfort abdominal, doublée d'une majoration en rapport avec l'impasse de sa situation conjugale ou économique.

**La durée** : La durée est de plusieurs années.

**Une perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie** : On ne peut pas parler de perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie. En effet, les relations sociales sont conservées avec son épouse, ses filles, sa belle-famille, ses frères, un cousin et un ancien collègue chauffeur de taxi. Ce critère n'est pas retenu.

**L'état psychique cristallisé (bénéfice primaire) sans évolution possible au plan thérapeutique** : Il y a un état psychique qui se cristallise et se focalise sur la symptomatologie douloureuse. Au plan thérapeutique, certaines évolutions restent possibles.

**Comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes** : Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique d'une

acuité, d'une durée et d'une importance suffisantes pour être retenue.

**Les échecs des traitements selon les règles de l'art en dépit des efforts de la personne assurée :** Le traitement chez le Docteur Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, au rythme d'une séance par semaine, ne dure que depuis six mois sans prescription d'antidépresseur. Le patient a besoin d'un traitement antidépresseur plus intensif. Il convient de lui expliquer le bénéfice de poursuivre la prise de la médication car les effets secondaires ne sont présents qu'au début du traitement. De plus, si les effets secondaires sont intolérables, d'autres traitements restent possibles. Ainsi, on ne peut pas parler d'échec des traitements.

**Conclusion :** Les douleurs ne remplissent pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle pour être qualifiées d'invalidantes. [...]"

**D.** Sur la base de ce rapport d'expertise du 26 octobre 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_, du Service médical régional (ci-après : SMR), a considéré que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que sa capacité de travail était entière dans toute activité.

Le 8 janvier 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente. L'intéressé a contesté ce projet par courrier du 8 février 2008, soutenant en substance que s'il avait été retenu à juste titre qu'il souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, les experts avaient en revanche conclu à tort qu'il n'était pas satisfait aux critères posés par la jurisprudence pour la reconnaissance du caractère invalidant de tels troubles.

Le 4 avril 2008, l'OAI a rendu une décision de teneur identique à son projet du 8 janvier 2008, accompagnée d'un courrier expliquant en quoi les conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplies.

**E.** L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 9 mai 2008.

A l'appui de son recours, il rappelle la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances sur les conditions posées à la reconnaissance du caractère invalidant d'un trouble somatoforme

douloureux et soutient que ces conditions seraient remplies en l'espèce. Requéérant la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer son taux d'invalidité, il conclut principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée.

Par réponse du 4 août 2008, l'OAI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter à la décision attaquée et a proposé le rejet du recours.

Dans sa réplique du 31 octobre 2008, le recourant a maintenu intégralement les termes de son recours et renouvelé sa réquisition tendant à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire.

Par duplique du 25 novembre 2008, l'OAI a écrit estimer que le dossier contenait suffisamment de pièces permettant de statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant. Il a dès lors conclu derechef au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 5 décembre 2008, le recourant a écrit au tribunal que la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire lui apparaissait absolument indispensable.

**F.** Divers rapports médicaux ont encore été produits au dossier de la cause, entre le projet de décision du 8 janvier 2008 et la décision du 4 avril 2008.

Ainsi, il ressort d'un rapport établi le 3 janvier 2008 par le Dr R.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au département de psychiatrie du centre hospitalier X.\_\_\_\_\_, à l'attention du Dr Q.\_\_\_\_\_, que le recourant a été hospitalisé du 10 septembre au 13 octobre 2007 à l'hôpital

psychiatrique S.\_\_\_\_\_ en raison d'idéations suicidaires. Diagnostiquant un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 - CIM-10), ce médecin relevait notamment ce qui suit :

**"[...] Traitement à la sortie :**

Nihil

**Anamnèse familiale et personnelle :**

[...] Le couple a traversé une période de difficultés au début de l'année 2007, avec une séparation de deux mois puis une réconciliation ; actuellement, ils disent plus avoir aucune difficulté conjugale.

Sur le plan professionnel, M. I.\_\_\_\_\_ a travaillé tout d'abord dans une usine en Suisse avant de travailler et se former comme chauffeur de taxi. Il est en arrêt maladie depuis un an et demi et une demande de rente AI a été déposée.

**Anamnèse actuelle :**

La période précédant l'hospitalisation a donc été marquée par une séparation puis une réconciliation avec sa femme et une demande de rente AI à la suite d'une longue période d'arrêt de travail. Dans les semaines précédant son admission, le patient décrit une aggravation de son état physique (nausées, douleurs abdominales, problèmes mictionnels). Il développe une fatigue, une irritabilité, une perte d'espoir, des ruminations quant à l'avenir de ses enfants, des idées suicidaires apparaissent et il se plaint d'un sommeil perturbé et de réveils nocturnes. C'est dans ce contexte qu'il accepte l'hospitalisation que vous lui proposez.

**[...] Examens complémentaires :**

MADRS à l'entrée : 44/60, à la sortie : 16/60 [...]

**Evolution et diagnostic :**

Nous avons retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen : à l'entrée les symptômes décrits par le patient étaient suffisants pour remplir les critères d'un épisode dépressif sévère mais ils ont rapidement régressé dans le cadre de l'hôpital sans toutefois disparaître totalement. Selon notre observation, la gravité de l'épisode dépressif correspondrait plutôt à un épisode moyen. Nous avons également retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Même si un substrat organique a été découvert à l'origine des douleurs gastriques, ce dernier ne suffit pas à expliquer entièrement les plaintes douloureuses que M. I.\_\_\_\_\_ rattache spontanément à des difficultés émotionnelles et financières. C'est ce second diagnostic qui est au premier plan et qui constitue l'essentiel du handicap pour le patient et sa famille.

Sur le plan du traitement médicamenteux, nous avons introduit un antidépresseur sérotoninergique et notadrénergique : le Cymbalta, dont nous avons augmenté les doses jusqu'à 90 mg/j. en association à du Remeron (15 mg/j.). Nous y avons également associé du Temesta 2.5 mg jusqu'à 7.5 mg/j. M. I.\_\_\_\_\_ a mal toléré ce traitement, se plaignant d'une agitation intérieure, de l'aggravation de ses troubles du sommeil et de troubles de la concentration. Il n'y a vu aucun bénéfice et a souhaité l'interrompre après en avoir manqué plusieurs prises lors de congés à domicile. Nous avons

accepté de suspendre ce traitement tout en signifiant à M. I. \_\_\_\_\_ qu'il se privait d'un moyen de traiter sa maladie. Nous avons pu évoquer avec lui les difficultés qu'il a rencontrées dernièrement après une période de conflit avec sa femme et sa belle-famille, et pu faire au patient le commentaire que ses douleurs semblent avoir été jusqu'ici le seul moyen de se faire entendre de ses proches, tant pour faire valoir ses limites ou pour solliciter une attention, et ceci au prix qu'il lui semble en souffrir en permanence. Il s'est montré peu intéressé à une approche cognitive de ses douleurs (il a rapidement interrompu le travail de monitoring de ses symptômes, dont il devait consigner l'intensité, les circonstances d'apparition ainsi que les activités qu'il lui était possible de faire dans la journée). Il a par contre accepté de contacter un groupe thérapeutique pour personnes souffrant de douleurs chroniques ; nous lui avons communiqué les coordonnées de Mme [...], psychologue à la consultation de [...].

Nous avons axé toute la fin du séjour à l'hôpital sur l'établissement d'une alliance thérapeutique en encourageant à voir ce séjour comme une hospitalisation de décharge et l'avons encouragé à solliciter sa réadmission en discussion avec vous-même, si à nouveau ses douleurs ou ses difficultés redevenaient insupportables. Nous l'avons vu également avant la sortie avec sa femme, et avons pu leur faire le commentaire que même s'il souffre énormément de ses problèmes physiques, il faut remarquer que ces douleurs ont permis de résoudre des difficultés sur le plan familial (les rapports avec sa belle-famille se sont améliorés et alors qu'il décrit une enfance où il e été délaissé par, ses parents, ces derniers sont actuellement plus proches et préoccupés par sa situation). [...]"

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> février 2008 adressé au conseil du recourant, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne (gastro-entérologie) a, après avoir rappelé le cursus médical du recourant, posé les diagnostics de symptomatologie de reflux gastro-oesophagien, de syndrome de l'intestin irritable, de maladie hémorroïdaire de stade III, d'état dépressif, de status après vagotomie tronculaire pour une maladie ulcéreuse du bulbe duodéal en 1993, de status après traitement éradicateur pour une gastrite chronique Hp en 1997, et enfin de status après antrectomie avec anastomose gastro-jéjunale en Y pour trouble de la vidange gastrique en 2000. Le Dr H. \_\_\_\_\_ formulait pour le surplus le commentaire suivant concernant l'état de santé de son patient :

"[...] Monsieur I. \_\_\_\_\_ souffre principalement d'une symptomatologie de reflux gastro-oesophagien ainsi que d'un syndrome de l'intestin irritable. Il s'agit de troubles fonctionnels apparus dans les suites d'une vagotomie tronculaire pour une maladie ulcéreuse du bulbe duodéal. Les investigations se sont quasiment toutes avérées normales. D'un point de vue thérapeutique, nous sommes toujours en situation d'échec dans la mesure où les traitements s'avèrent soit efficaces mais que

transitoirement, soit inefficaces, soit mal tolérés. L'évolution est lentement défavorable. Le patient a cessé son activité professionnelle comme chauffeur de taxi en mars en 2006. Les symptômes sont en très grande partie aggravés par un état dépressif ayant motivé une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique S.\_\_\_\_\_ en octobre 2007. Le patient n'a pas toléré les médicaments prescrits. D'un point de vue strictement digestif, il n'y a pas d'indication à l'obtention d'une rente AI. La pathologie dominante me paraît être l'état dépressif. En conséquence, je vous propose de contacter son psychiatre dans la mesure où je n'ai pas de rapport à disposition. [...]"

Il ressort d'un courrier adressé par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, au Dr F.\_\_\_\_\_ le 6 février 2008, de même que d'un rapport de protocole opératoire daté du 4 février 2008, que le recourant a subi, à cette dernière date, une anorexie selon Longo pour un status hémorroïdaire stade III. Dans le courrier précité, ce praticien indique que les suites opératoires sont simples et que le recourant a repris le transit.

Dans un courrier adressé le 13 février 2008 au conseil du recourant, le Dr F.\_\_\_\_\_, après avoir évoqué les différents diagnostics posés jusqu'alors, indiquait ce qui suit :

"[...] ces plaintes sont difficilement accessibles au traitement tant somatique que psychologique, dans la mesure où toute médication n'apporte malheureusement qu'un soulagement minime, voir nul.

Les perspectives d'amélioration sur la base de la chronicité des dernières années, ne laisse pas envisager une amélioration de sa situation. L'incidence de ses pathologies sur sa capacité de travail est à mon humble avis entière. [...]"

Le 14 février 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a écrit au conseil du recourant qu'il suivait son mandant depuis 2006 pour un état dépressif, récurrent, ainsi que pour un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il indiquait également que les différentes tentatives de traitement et de prise en charge psychiatrique étaient restées inefficaces et qu'actuellement, le recourant était en incapacité de travailler, et ce depuis mars 2006. Il rappelait enfin que ce dernier avait fait l'objet d'une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique S.\_\_\_\_\_ à la suite de l'exacerbation de son état psychique.

Enfin, le recourant a encore produit deux avis médicaux établis par le Prof. T.\_\_\_\_\_, chef de service au département de chirurgie du centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, les 7 décembre 2000 et 12 avril 2001 à l'attention du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, lesquels n'avaient pas été soumis en son temps aux experts de la clinique L.\_\_\_\_\_. Dans le premier de ces avis, le Prof. T.\_\_\_\_\_ fait état d'une antrectomie subie par le recourant le 21 novembre 2000 et note qu'au vu de l'évolution favorable des lésions, ce dernier a pu regagner son domicile le 1<sup>er</sup> décembre 2000. Dans le second, il évoque de nouvelles plaintes du recourant relatives à la résurgence de douleurs après une période d'accalmie, douleurs que ce praticien dit ne pas pouvoir expliquer sur le plan oesogastrojéjunal. Il admet n'avoir aucune piste à suggérer, doutant fortement qu'une nouvelle gastrectomie soit susceptible d'apporter de nouveaux éléments.

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

**1. a)** Aux termes de l'art. 60 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. D'après la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral en matière de notification d'une décision administrative, la preuve de la notification d'une telle décision incombe, en principe, à l'administration (ATF 124 V 400 consid. 2a). Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi.

En l'occurrence, la décision querellée est datée du vendredi 4 avril 2008. Le recourant, par son conseil, prétend ne l'avoir reçue que le mercredi 9 avril 2008. En l'absence d'éléments probants qui permettraient de connaître la date effective de réception de ladite décision, il y a lieu, conformément à la jurisprudence susmentionnée, de s'en tenir aux déclarations du recourant. Formé le 9 mai 2008 et satisfaisant en outre

aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), le recours est ainsi recevable à la forme.

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant de l'octroi d'une rente d'invalidité, la présente cause ressortit à la compétence de la cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD a contrario).

**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).

Est litigieuse en l'espèce la question du droit du recourant à une rente d'invalidité pour les troubles psychiques dont il souffre (troubles somatoformes). Le recourant prétend en effet, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé dans la décision querellée, que les critères jurisprudentiels posés par le Tribunal fédéral pour la reconnaissance du caractère invalidant de tels troubles sont remplis. Il ne remet en revanche pas en cause l'appréciation de l'intimé quant à son état de santé physique. Partant, le tribunal n'a pas à examiner ce dernier point.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Par incapacité de gain, on entend toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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

Il résulte de l'art. 28 al. 1 LAI que l'assuré a droit à une rente d'invalidité à condition que sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il soit invalide à 40% au moins (let. c).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est

donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

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 (ATF 132 V 65). 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<sup>ème</sup> 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).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires

ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). 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, 19 juin 2009, 9C\_547/2008, consid. 2.2).

**c)** 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). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; VSI 2002 p.64 ; TF, 21 mars 2006, I 274/05, consid. 1.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète

et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

En présence d'avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe 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 et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité). En résumé, 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 précité ; 122 V 157 consid. 1c et les références ; TF 9C\_113/2008 du 11 novembre 2008 consid. 4.2).

Le juge peut en particulier accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). La jurisprudence reconnaît ainsi qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF, 10 novembre 2005, I 573/04, consid. 5.2 ; 28 octobre 2002, I 523/02, consid. 3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent pour leur part être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident

privilegiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient donc en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**d)** En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions des experts de la clinique L.\_\_\_\_\_, a retenu, sur le plan strictement physique, que le recourant ne présentait aucune affection entraînant une invalidité. Cette appréciation, qui rejoint du reste celle du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, dans son avis médical du 1<sup>er</sup> février 2008, n'est pas remise en cause par I.\_\_\_\_\_.

Les parties s'achoppent en revanche sur la question de l'état de santé psychique du recourant.

Si elles s'accordent toutes deux sur le diagnostic de trouble somatoforme notamment posé par les Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ dans leur expertise, le recourant conteste par contre l'appréciation de l'OAI selon laquelle les critères jurisprudentiels posés à la reconnaissance du caractère invalidant de tels troubles ne seraient pas remplis.

**aa)** En premier lieu, le recourant allègue souffrir d'une comorbidité psychiatrique. Dans son mémoire de recours, il expose entretenir des idées de mort depuis plus de deux ans, ainsi que le relèveraient par ailleurs les experts de la clinique L.\_\_\_\_\_. Cela étant, on devrait selon lui a fortiori considérer que le critère de la comorbidité est réalisé.

On ne saurait suivre le recourant dans ce raisonnement. En effet, la notion de comorbidité psychiatrique ne se confond pas avec celle d'idéation suicidaire. De simples idées de mort ne constituent pas en soi une comorbidité psychiatrique, encore moins une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, telle qu'exigée par la jurisprudence du Tribunal fédéral. De telles idéations peuvent certes résulter d'un état dépressif, mais celui-ci peut très bien s'avérer de gravité moyenne ou encore d'une durée éphémère et ainsi ne pas remplir les conditions jurisprudentielles. Cela est d'autant plus vrai que les états dépressifs constituent, comme il a été rappelé plus haut, 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.

En l'occurrence, les experts M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ n'ont décelé chez le recourant aucune comorbidité psychiatrique. Ils n'ont en particulier pas observé de trouble dépressif autonome et d'une gravité particulière. Leur rapport, circonstancié, motivé de manière tout à fait convaincante et qui tient compte de l'ensemble des éléments médicaux objectifs et subjectifs concernant le recourant, satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels permettant qu'on lui accorde une pleine force probante.

Cela dit, le recourant a il est vrai été hospitalisé à l'hôpital psychiatrique S.\_\_\_\_\_ du 10 septembre au 13 octobre 2007, soit entre le projet de décision établi par l'OAI et la décision querellée, et postérieurement à l'expertise des Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_. Les médecins de cet établissement psychiatrique n'ont cependant retenu, dans leur rapport du 3 janvier 2008, qu'un diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne (un épisode sévère n'ayant été retenu que très momentanément à l'admission), évoquant en outre une amélioration de la situation à la sortie. Ils notent en particulier une évolution de 44/60 à 16/60 selon l'échelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating

Scale) ; ils relèvent également que la situation du recourant sur le plan familial s'est améliorée. Enfin, ils posent le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, insistant sur le fait que c'est bien ce trouble qui constitue l'élément principal de la pathologie dont souffre le recourant. Au vu de ces considérations, l'appréciation faite par ces médecins ne suffit pas à remettre pas en cause les conclusions des experts de la clinique L.\_\_\_\_\_ quant à l'absence de trouble dépressif majeur.

Quant aux appréciations des médecins traitants du recourant sur la question de la gravité de l'affection psychiatrique dont ce dernier souffre, elles ne sauraient être en soi déterminantes, encore moins l'emporter sur l'avis des experts précités. D'une part, elles doivent sur le principe, conformément à la jurisprudence, être relativisés au vu du lien thérapeutique particulier qui unit le médecin traitant à son patient. D'autre part, les avis médicaux sur lesquels le recourant s'appuie émanent de praticiens qui ne sont, à l'exception du Dr Q.\_\_\_\_\_ (qui demeure cependant un médecin traitant du recourant), pas des spécialistes en psychiatrie.

Dans ces circonstances, force est de constater que l'épisode dépressif moyen diagnostiqué par les médecins de l'hôpital psychiatrique S.\_\_\_\_\_, qui constitue selon toute vraisemblance une manifestation d'accompagnement du trouble somatoforme dont souffre le recourant, ne revêt pas le degré d'intensité exigé par la jurisprudence pour être qualifié de comorbidité psychiatrique grave. Quant à la brève phase durant laquelle l'épisode dépressif a été d'une intensité sévère, même si l'on retenait par hypothèse le caractère invalidant de la pathologie en cause, la durée de cet épisode serait largement insuffisante pour fonder l'octroi d'une rente (cf. art. 28 al. 1 LAI ).

**bb)** Cela étant posé, il convient encore d'examiner les autres critères d'appréciation posés par notre Haute Cour.

A cet égard, le recourant allègue tout d'abord souffrir de douleurs particulièrement intenses et ce depuis plusieurs années. S'il se

rallie à l'opinion des experts de la clinique L.\_\_\_\_\_ s'agissant de la question de la durée, il conteste en revanche l'appréciation de ces derniers selon laquelle le critère d'intensité ne serait pas suffisamment important pour être retenu, l'intensité des douleurs ne semblant pas importante dans les plaintes du recourant et ces douleurs n'étant pas accompagnées d'une physionomie algique. A l'appui de ce grief, il se réfère à différents avis médicaux émanant de ses médecins traitants.

Le recourant ne saurait être suivi dans son argumentation. Les avis sur lesquels il se fonde ne constituent en effet, pour ceux d'entre eux qui se prononcent sur la question de l'intensité des douleurs, qu'une appréciation divergente d'un même tableau clinique, les experts de la clinique L.\_\_\_\_\_ ayant pris en considération l'ensemble des plaintes qui y sont évoquées ; s'agissant d'avis de médecins traitants, fondés du reste sur les seules plaintes du recourant (faute pour les troubles en cause d'être objectivés), ils ne sauraient, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'emporter sur l'avis des experts consultés par l'OAI. En l'absence d'éléments objectifs propres à remettre en cause l'appréciation des Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, il convient de s'en tenir à cette dernière. Enfin, le fait que le recourant ait été hospitalisé à l'hôpital psychiatrique S.\_\_\_\_\_ du 10 septembre au 13 octobre 2007 n'est pas non plus de nature à remettre en question l'appréciation des experts précités, cette hospitalisation étant intervenue en raison d'un épisode dépressif (dont l'intensité n'a au demeurant été, comme il a été exposé plus haut, que très momentanément sévère pour finalement à nouveau atteindre une intensité moyenne).

En second lieu, le recourant prétend avoir subi une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il allègue n'entretenir plus aucun contact avec sa belle-famille ni avec son épouse, dont il vivrait séparé. Il prétend également que les experts M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ se contrediraient dans leur rapport en retenant l'existence de contacts avec ses frères et sœurs. Enfin, il expose en substance que les rapports qu'il entretient avec les autres membres de sa famille seraient extrêmement limités et dictés par la nécessité (essentiellement par le

besoin d'avoir des repas chauds) et que le voyage en Turquie évoqué par les experts dans leur rapport le serait par la nécessité de se soumettre à un traitement dentaire à un coût abordable.

D'une part, force est de constater que les allégations du recourant ne sont corroborées par aucun élément probant au dossier. Ils sont du reste contredits, outre par les conclusions des experts de la clinique L.\_\_\_\_\_, également par les conclusions des médecins de l'hôpital psychiatrique S.\_\_\_\_\_ qui, dans l'anamnèse de leur rapport du 3 janvier 2008, relèvent que les époux I.\_\_\_\_\_ n'ont plus aucune difficulté conjugale et que les rapports avec la belle-famille se sont améliorés. D'autre part et surtout, quoi qu'il en soit des relations qu'il entretient avec sa famille, le recourant ne conteste pas les constatations retenues par les experts M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ selon lesquelles il fréquenterait régulièrement un centre bouddhiste lausannois et conserverait des relations avec un ancien collègue chauffeur de taxi. Dans cette mesure, l'on ne saurait considérer qu'il existe une perte d'intégration totale dans tous les domaines de la vie.

Enfin, le recourant évoque l'échec des différents traitements entrepris. Il conteste en particulier l'appréciation selon lui non motivée des experts de la clinique L.\_\_\_\_\_ selon laquelle certaines pistes thérapeutiques resteraient envisageables, s'appuyant au demeurant sur les conclusions de son psychiatre traitant, le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Dans leur rapport d'expertise, les Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ exposent que le traitement suivi auprès du psychiatre Q.\_\_\_\_\_, au rythme d'une séance hebdomadaire, ne dure que depuis six mois sans prescription d'antidépresseurs. Le Dr V.\_\_\_\_\_ observe en particulier que le recourant a besoin d'un traitement antidépresseur plus intensif et qu'il convient de lui expliquer le bénéfice de poursuivre la prise de la médication car les effets secondaires ne sont présents qu'au début du traitement ; il précise en outre que si les effets secondaires sont intolérables, d'autres traitements restent possibles.

Les médecins de l'hôpital psychiatrique S.\_\_\_\_\_ signalent pour leur part, dans leur rapport du 3 janvier 2008, que lors de son séjour dans leur établissement, le recourant a mal supporté l'administration d'antidépresseurs, se plaignant d'une agitation intérieure, de l'aggravation de ses troubles du sommeil et de troubles de la concentration ; ce dernier n'y aurait vu aucun bénéfice et aurait souhaité interrompre le traitement après en avoir manqué plusieurs prises lors de congés à domicile. Ces médecins écrivent en outre avoir accepté de suspendre ce traitement tout en signifiant au recourant qu'il se privait d'un moyen de traiter sa maladie. Enfin, ils relèvent que ce dernier s'est montré peu intéressé à une approche cognitive de ses douleurs (ayant rapidement interrompu le travail de monitoring de ses symptômes, dont il devait consigner l'intensité, les circonstances d'apparition ainsi que les activités qu'il lui était possible de faire dans la journée).

De son côté, le Dr Q.\_\_\_\_\_ signale, dans ses avis médicaux, qu'il a dû mettre un terme à l'administration d'antidépresseurs (qui n'ont jamais pu être administrés à long terme) en raison de la mauvaise tolérance de ceux-ci par le recourant et que les différentes tentatives de traitement et de prise en charge psychiatrique étaient restées inefficaces.

Le recourant fait grief aux Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir motivé leur appréciation selon laquelle il existerait encore des solutions thérapeutiques.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a cependant indiqué que, selon son appréciation, le recourant avait besoin d'un traitement antidépresseur plus intensif et qu'il convenait de lui expliquer le bénéfice de poursuivre la prise de la médication, les effets secondaires n'étant présents qu'au début du traitement. Les médecins de l'hôpital psychiatrique S.\_\_\_\_\_ ont pour leur part relevé l'attitude peu coopérative du recourant (mauvaise compliance au traitement antidépresseur), démontrant ainsi que ce dernier se privait volontairement de certaines possibilités de traitement.

Et même si l'on devait admettre l'inefficacité des traitements par antidépresseurs, l'instruction a révélé que des pistes thérapeutiques alternatives existaient bel et bien (telle par exemple l'approche cognitive préconisée par les médecins de l'hôpital psychiatrique S.\_\_\_\_\_) mais que leur mise en œuvre se heurtait une fois encore à un déficit de coopération de la part du recourant.

Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, il n'écrit pas qu'il n'existe plus aucune possibilité de traitement mais uniquement que les traitements par antidépresseurs tentés jusqu'alors étaient demeurés inefficaces. Enfin, les différents avis des autres médecins traitants du recourant ne sauraient être tenus pour déterminants dès lors que ces derniers ne sont pas des spécialistes des troubles psychiques et, suivant la jurisprudence de notre Haute Cour, au vu du lien particulier qui les unit à leur patient.

Dans ces circonstances, on ne saurait retenir le critère de l'échec thérapeutique.

**e)** En définitive, les critères posés par la jurisprudence n'étant pas remplis, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que le trouble somatoforme dont souffre le recourant ne revêt pas de caractère invalidant et a ainsi rejeté la demande de prestations présentée par ce dernier.

Les éléments du dossier étant tout à fait probants pour trancher, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la question litigieuse de l'existence d'une affection invalidante, l'expertise requise par le recourant se serait avérée superflue (cf. ATF 130 II 425, consid. 2.1).

**4.** En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ;

49 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens, le recourant succombant à la procédure (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 4 avril 2008 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.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alain Dubuis, avocat (pour l. \_\_\_\_\_)
- 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 :