

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Gasser et Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Laurent

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1, 28 al. 1 LPGA; 4 al. 2, 69 al. 1 LAI; 2 al. 1 let. c, 93 al. 1 let. a, 117 al. 1 LPA-VD

E n f a i t :

A. U._____, née le 8 septembre 1972, est domicilié en Suisse depuis 1990. Il a suivi l'école obligatoire en ex-Yougoslavie. Il n'a pas pu terminer le cursus gymnasial qu'il avait entrepris et n'a pas effectué de formation professionnelle.

Du mois de juin 1990 au 17 septembre 1997, l'assuré a travaillé en qualité de magasinier auprès du magasin [...], à [...]. Il a été licencié pour le 31 août 1998, après une période d'incapacité de travail.

B. Le 17 septembre 1997, l'assuré a été victime d'un accident de la route. Alors qu'il circulait à vélo, il est entré en collision avec un autre cycliste. Il a subi un traumatisme crânio-cérébral et a perdu connaissance pendant une dizaine de minutes. U._____ a été hospitalisé durant quatorze jours.

Ensuite de cet accident, l'assuré s'est trouvé en incapacité complète de travailler. Il a perçu des indemnités journalières de la Z._____, assurance-accidents de son employeur, du 20 septembre au 17 décembre 1997

La Z._____ a mis en œuvre une expertise médicale et l'a confiée au Dr L._____, spécialiste FMH en neurologie, à Lausanne. Dans un rapport du 9 avril 1998, ce médecin a relevé qu'après l'accident du 17 septembre 1997, l'assuré avait présenté un tableau clinique comportant des céphalées, des cervicalgies, des dorso-lombalgies, des douleurs au niveau des hanches et des genoux, des troubles visuels, des sensations vertigineuses, des acouphènes, des troubles du sommeil, un manque d'allant, une phono- et une photophobie, une fatigue et une fatigabilité, ainsi qu'un manque de force au niveau des membres inférieurs et supérieurs et des paresthésies intermittentes au visage et aux mains. Compte tenu du contraste entre l'importance des plaintes de l'assuré et les faibles éléments cliniques observés sur le plan somatique, un examen

psychiatrique avait été effectué. Il avait permis de poser les diagnostics de troubles somatoformes douloureux et de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Une prise en charge et une rééducation sur le plan neurologique avaient été mises en place.

Le Dr L. _____ a retenu que, le 17 septembre 1997, l'assuré avait présenté un traumatisme crânio-cérébral mineur ayant entraîné une commotion cérébrale, qui s'était traduite par une perte de connaissance de quelques minutes. Il a estimé que les troubles présentés par U. _____ par la suite étaient d'origine psychique, sans qu'on puisse déterminer s'il s'agissait d'une réaction volontaire ou involontaire. Le neurologue a mis en évidence la dissociation majeure entre la discrétion du traumatisme initial et l'importance des plaintes subséquentes de l'assuré, de leur persistance et de leur répercussion sur la capacité de travail. Il a précisé que, sur le plan somatique, la situation était claire et qu'il n'y avait aucun trouble.

C. Le 24 décembre 1998, U. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à ce que soient ordonnées de mesures d'orientation professionnelle en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession. A l'appui de cette requête, il invoquait un état de faiblesse généralisé et des troubles psychiques découlant de l'accident du 17 septembre 1997.

L'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) ayant mis en œuvre une expertise psychiatrique, le Dr Q. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et I. _____, psychologue et psychothérapeute FSP, ont rendu un rapport le 20 juillet 2000. Ils ont retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive chronique léger, de trouble de somatisation, de simulation et de personnalité immature et dépendante. Ils ont estimé que l'ensemble des éléments du dossier faisait penser qu'il existait une exagération volontaire importante, voire une simulation des symptômes. Ils ont mis en évidence l'inconstance de ces derniers et leur rémission intermittente complète, ainsi qu'une tendance à l'exagération et à la théâtralisation. Ils ont relevé que la cristallisation et la chronicisation des difficultés de

l'assuré pouvaient s'expliquer par le refus de l'assurance de prendre à sa charge des frais de traitement et par la cessation du paiement des indemnités perte de gain de l'assurance-accidents. Selon les médecins précités, à partir de ce moment, U. _____ avait probablement développé une névrose de rente rendant toute prise en charge psychothérapeutique impossible, puisque l'intéressé était devenu trop soucieux des procédures et des conflits qui l'opposaient à l'assurance. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter le port de lourdes charges, le Dr Q. _____ et la psychologue I. _____ l'ont estimée à environ 67 % au minimum dès le 2 avril 1998, avec une possible amélioration jusqu'à 100 % en fonction du traitement médical mis en place et d'un reclassement professionnel dans une activité manuelle simple et peu astreignante physiquement, comme des activités de sécurité ou de gardiennage, voire la vente.

Par décision du 7 février 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations présentée par U. _____, estimant que les diagnostics retenus par le Dr Q. _____ et la psychologue I. _____ n'étaient pas invalidants au sens de l'AI, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique grave.

D. Par la suite, l'assuré a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage.

Entre les mois de décembre 2002 et mars 2003, l'assuré a effectué un stage chez [...], à Lausanne. Il a toutefois dû l'interrompre ensuite d'un incident au cours duquel il a été pris d'un vertige aigu.

E. a) Le 24 juin 2005, U. _____ a déposé une nouvelle requête de prestations de l'AI tendant à l'obtention d'une rente, en raison d'une aggravation de son état de santé, en particulier de douleurs cervicales et lombaires persistantes et d'une dépression. Il a précisé qu'il se trouvait à nouveau en incapacité complète de travailler.

b) Dans une lettre du 2 juillet 2004 au Dr B. _____, médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et réadaptation physique, qui avait reçu U._____ à sa consultation, a conclu à un syndrome de douleurs chroniques somatoformes où les facteurs psychiques, associés à de nombreux échecs, jouaient un rôle important. Ce médecin a recommandé une prise en charge psychologique ou psychiatrique de l'assuré, la poursuite du traitement de physiothérapie n'étant pas indiquée.

Dans une attestation du 10 août 2005, le Dr B._____ a précisé que l'état de santé de son patient s'était aggravé depuis le mois de janvier 2004. Sur le plan somatique, il présentait des douleurs cervico-dorso-lombaires persistantes malgré des traitements et des séances de physiothérapie. Au niveau psychique, U._____ souffrait, selon son médecin, d'une baisse importante de la concentration et de l'élan vital, d'une anhédonie et d'un retrait social. Des traitements médicamenteux n'avaient pas apporté d'amélioration. L'assuré était suivi par le Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique chez une personnalité mixte à trait paranoïaque. Au vu de cette évolution, le Dr B._____ a estimé que le pronostic était réservé.

Par rapport du 30 août 2005, le Dr W._____ a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de syndrome somatoforme douloureux chronique, de troubles dépressifs récurrents, de personnalité mixte à traits paranoïaques et de gonalgies et scapulalgies diffuses. L'état de santé d'U._____ était jugé stationnaire. Un traitement combiné associant des exercices et un traitement en piscine avait été mis en place et avait amené une discrète amélioration de la souplesse, mais sans modification notable des douleurs. Le Dr W._____ a relevé que l'assuré restait très concentré sur son syndrome algique sans pouvoir envisager un quelconque changement de sa part pour affronter la problématique. Ce médecin a indiqué que son patient devait pouvoir alterner les positions assise et debout, qu'il pouvait conserver durant 3 heures par jour. Une alternance avec la marche était possible, le parcours à pied pouvant se faire sur 300 mètres. En revanche, U._____ ne pouvait conserver la même position pendant longtemps. Les positions à genoux,

avec inclinaison du buste et accroupie étaient inenvisageables. L'utilisation des membres supérieurs était limitée et des mouvements des membres du dos ne pouvaient se faire qu'occasionnellement. L'assuré n'était pas apte à lever, porter ou déplacer des charges supérieures à 5 kg. Il ne pouvait pas se baisser. Un horaire de travail irrégulier, un travail en hauteur ou sur une échelle et des déplacements sur une surface irrégulière ou en pente étaient proscrits, de même qu'un environnement froid. Selon le Dr W._____, le fonctionnement intellectuel de son patient était normal. Sa motivation à reprendre une activité ou à bénéficier d'un reclassement professionnel était considérée comme partielle. Enfin, la capacité de travail était jugée nulle dans l'activité de magasinier et estimée à 50 % dans une activité adaptée, dès l'année 2004.

Pour répondre à l'OAI, le Dr B._____ lui a transmis un rapport le 20 septembre 2005. Il a posé les diagnostics de syndrome somatoforme persistant, de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne avec syndrome somatique et de personnalité mixte à trait paranoïaque. Ce médecin a estimé que l'état de santé de son patient s'était aggravé. U._____ présentait des douleurs cervico-dorso-lombaires persistantes, que les traitements entrepris n'avaient pas permis de soulager. Sur le plan psychique, il souffrait d'une baisse importante de la concentration et de l'élan vital, d'une anhédonie et d'un retrait social. Selon le Dr B._____, la capacité de travail de l'assuré dans son ancien métier était nulle, mais une autre activité pouvait être exigée, soit une activité légère, adaptée, sans sollicitation de la colonne vertébrale et des genoux, à 50 %. Ce médecin a estimé que l'assuré pouvait conserver la position assise durant 4 heures par jour, l'alternance des positions assise et debout étant possible. U._____ pouvait lever, porter et déplacer des charges jusqu'à 10 kg. Un horaire de travail matinal était envisageable. Une activité en hauteur, sur une échelle ou avec des déplacements sur un sol irrégulier ou en pente était proscrite. Un environnement froid ou bruyant devait être évité.

c) Le 10 novembre 2005, le Dr N._____ a transmis un rapport concernant l'assuré à l'OAI. Il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux

somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne avec syndrome somatique. Un autre diagnostic était retenu, celui personnalité mixte à traits paranoïaques, mais il n'avait pas d'incidence sur la capacité à travailler. Selon le Dr N._____, l'état de santé de son patient était stationnaire. Le traitement avait débuté le 11 janvier 2005 et le dernier examen avait eu lieu le 21 octobre suivant.

Le Dr N._____ a relaté les nombreuses plaintes subjectives de l'assuré. Objectivement, ce médecin a constaté un ralentissement psychomoteur, une baisse de l'élan vital, un faciès triste, une importante perte d'espoir, un grand apatisme, une anxiété et une anhédonie. Il a relevé que le discours de l'assuré était focalisé sur ses douleurs. Enfin, dans la lignée psychotique, il a retenu une surinterprétativité, des traits paranoïaques, des représentations chaotiques et morcelées du corps et une représentation magique de la médecine.

En conclusion, le Dr N._____ a préconisé une prise en charge psychothérapeutique de soutien en vue de favoriser une reprise de la vie sociale, des responsabilités de père de famille et d'époux, et, à très long terme, une intégration dans une activité de type occupationnel. Il a estimé illusoire qu'U._____ puisse un jour reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

d) Le 13 juillet 2007, l'assuré s'est soumis à un examen rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR). Le Dr H._____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et rééducation, et la Dresse J._____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont rendu leur rapport le 3 septembre 2007. Ils ont procédé à l'anamnèse familiale, professionnelle, générale, systémique et psychosociale et psychiatrique de l'assuré, puis ont exposé la manière dont se déroulait sa vie quotidienne. Ils ont précisé que l'assuré se plaignait de grandes douleurs quotidiennes dans toute la colonne vertébrale, plus marquées du côté gauche. Selon U._____, les symptômes étaient localisés au niveau de la nuque et irradiaient dans la région temporale et dans l'épaule. L'assuré a dit ressentir également des

douleurs dans le membre inférieur gauche, soit du côté présentant une boiterie.

Le status articulaire présentait certaines limitations en raison des douleurs qu'U._____ disait ressentir. L'assuré s'était montré collaborant et orienté. La thymie était triste. L'assuré ne souffrait ni de trouble de la concentration ni de trouble de l'attention. L'entretien psychiatrique n'avait mis en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ou d'un trouble de la personnalité.

Les médecins du SMR n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics suivants ont été posés, sans qu'ils aient d'influence sur la capacité à travailler : rachialgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discopathie débutante cervicale basse et de protrusion circonférentielle L4-L5, status post traumatisme crânio-cérébral mineur, trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et syndrome somatoforme douloureux persistant.

Selon le Dr H._____ et la Dresse J._____, l'assuré était en bon état général, avec un status de médecine interne sans particularité. Il n'avait pas de syndrome rachidien que ce soit au niveau cervical ou lombaire. Les médecins ont en particulier indiqué ce qui suit :

"(...) M. U._____ a un comportement algique fluctuant lors de l'examen, il se rend en salle d'examen avec une boiterie gauche modérée. La boiterie fluctue selon l'attention nécessitée par l'examen. Lors des différents tests de mobilisation des articulations, l'assuré a un comportement algique démonstratif, accompagné d'éructions.

Il n'a pas de syndrome rachidien tant au niveau cervical que lombaire, les amplitudes obtenues ne sont pas les amplitudes maximum au vu de la participation de l'assuré qui effectue des contre-pulsions. On retiendra en particulier que l'assuré est capable, lorsqu'il montre la distribution des douleurs, de se pencher en flexion complète du rachis lombaire, tandis que lorsqu'on demande la même manoeuvre lors de l'examen du tronc, elle est particulièrement difficile. En station debout, à l'examen du rachis, l'assuré se tient avec une flexion latérale droite antalgique. Il n'y a pas de signe de sciatique irritative, l'examen neurologique ne montre pas d'atteinte de type

radiculaire. Il existe des signes de non-organicité selon Waddell.

(...)

Les radiographies de la nuque de 1997 [sont] sans particularité. Les clichés de juillet 2007 révèlent une discopathie débutante en C6-7, C7-D1 n'expliquant pas l'ampleur du tableau décrit plus haut. Au niveau lombaire une protrusion circonférentielle banale en L4-5, des troubles dégénératifs débutants en L4-5 et L5-S1 sont visibles depuis 1997, sans évolution conséquente sur les radiographies de 2007.

En conclusion, il existe une discordance majeure entre les allégations de l'assuré et les constatations radiocliniques objectivables. La situation reste celle, décrite par le Dr W._____, c'est-à-dire des cervico-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de syndrome somatoforme douloureux chronique. Comme le Dr W._____, l'examen de ce jour ne met pas en évidence de trouble dégénératif du rachis pouvant expliquer la symptomatologie présentée par l'assuré. Ces cervico-dorso-lombalgies étaient déjà présentes dans l'expertise du Dr L._____ de 1998. La situation actuelle doit être jugée comme stationnaire. Au niveau neurologique, nous n'avons pas de séquelle du traumatisme crânio-cérébral mineur. Stricto sensu, il s'agit davantage d'une commotion simple, l'assuré n'ayant présenté aucune atteinte neurologique clinique et aucune atteinte parenchymateuse sur le CT-scan."

Sur le plan psychiatrique, la constitution psychique de l'assuré a été jugée bonne. L'intéressé a été décrit comme un homme vif, intelligent et compétent, qui a su s'intégrer à sa vie en Suisse, avant que sa situation ne "s'effondre" ensuite de l'accident du 17 septembre 1997. Les médecins du SMR ont relevé un tableau douloureux chronique accompagné d'un sentiment de détresse et d'une baisse de l'humeur, ce qui cadrerait avec un syndrome somatoforme douloureux. Ils ont souligné qu'U._____ cherchait un emploi, qu'il tentait d'échapper au processus d'invalidation en voulant aider son épouse dans les tâches ménagères et qu'il avait présenté une bonne adhérence et mise en confiance lors de l'entretien. Cela révélait des compétences supérieures permettant de confirmer des capacités psychiatriques pour une entière exigibilité professionnelle. Dans l'hypothèse où l'activité de manutentionnaire ne s'avérerait plus exigible, les médecins ont estimé qu'il n'y avait aucune

contre-indication à ce que l'assuré bénéficie de mesures de reconversion professionnelle.

La Dresse J._____ a estimé qu'au moment de l'examen, l'assuré souffrait d'une problématique dépressive d'intensité tout au plus modérée, mais dont les symptômes pourraient disparaître quasiment entièrement si l'intéressé pouvait être valorisé par l'exercice d'une activité professionnelle. Il s'agissait de symptômes dépressifs à caractères réactionnels sans cristallisation. Même si le processus maladif durait depuis dix ans, il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, mais uniquement une modification des liens avec l'entourage. Les diagnostics posés par le Dr N._____, soit un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, et un syndrome douloureux somatoforme persistant, ont été confirmés. En revanche, selon la Dresse J._____, l'incapacité de travail de 80 % mentionnée par ce psychiatre prenait en compte des critères non strictement médicaux et s'éloignait des limites posées par l'AI.

En conclusion, les médecins du SMR ont considéré que les éléments à disposition ne permettaient pas de retenir de limitations fonctionnelles durables, même dans l'activité de magasinier. Les troubles dégénératifs s'étaient avérés banals et de justifiaient pas de limitation d'épargne du rachis. L'assuré disposait en outre des moyens psychiques pour exercer une activité professionnelle, qui amènerait un amendement des symptômes d'ordre dépressif. Ainsi l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant et sa capacité de travail était entière depuis toujours, dans n'importe quelle activité. Selon le Dr H._____ et la Dresse J._____, l'état de santé d'U._____ était resté stationnaire et il ne leur était pas possible de retenir l'aggravation signalée depuis le mois de janvier 2004.

e) Par avis médical du 12 septembre 2007, le Dr S._____, du SMR, a retenu qu'U._____ ne souffrait d'aucune atteinte à la santé ayant une répercussion sur la capacité de travail, qui demeurait entière depuis toujours dans n'importe quelle activité. Les diagnostics sans répercussions

sur la capacité de travail retenus étaient les mêmes que ceux posés dans le rapport du 3 septembre 2007 du SMR.

f) Dans un projet de décision du 9 novembre 2007, l'OAI a prévu de rejeter la demande de rente déposée par l'assuré, pour le motif qu'il ne présentait aucune comorbidité psychiatrique ni aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique. A défaut d'atteinte à la santé invalidante, la capacité de travail était donc de 100 %.

g) Par lettre du 20 janvier 2008 de son conseil, U._____ a relevé l'appréciation du 30 août 2005 Dr W._____, selon lequel sa capacité de travail était de 50 %. Il a souligné que le Dr B._____ partageait cet avis, comme cela ressortait de son rapport du 20 septembre 2005, et que le Dr N._____ avait quant à lui conclu à une incapacité de travail de 80 %. L'assuré a donc estimé qu'au vu des divergences entre les avis des médecins précités et celui du SMR, il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Le 13 février 2008, le conseil de l'assuré a transmis à l'OAI une lettre du 4 février précédent du Dr N._____. Ce médecin a retenu que, contrairement à ce qu'avait indiqué la Dresse J._____, l'accident du 17 septembre 1997 avait été subjectivement vécu comme dramatique par l'assuré, ce qui, à l'époque, pouvait faire craindre une évolution défavorable. Il a en outre estimé que la vie quotidienne d'U._____ était beaucoup plus marquée par la dépression que ne le laissait penser le rapport du SMR. Ainsi, pour le Dr N._____, l'assuré présentait un réel retrait social, une anhédonie sévère, un grave manque d'estime de soi, une fatigabilité importante l'empêchant d'assumer seul les tâches les plus banales et une perturbation de la volonté. Il a néanmoins concédé que son patient, intelligent et vif d'esprit, pouvait "*donner le change*". Le psychiatre a confirmé que, d'après lui, l'assuré souffrait d'un trouble mixte de la personnalité avec composante paranoïaque, cette appréciation s'appuyant sur un suivi régulier depuis plusieurs années. Il a également estimé que la présentation des symptômes somatiques ne rendait pas vraiment compte de leur aspect invalidant et que l'aggravation de l'état de

santé de l'assuré était "*claire cliniquement*". Il s'est enfin dit surpris que tous les diagnostics retenus soient considérés comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. En conclusion, le Dr N._____ a souligné que, selon lui, malgré ses capacités intellectuelles supérieures à la moyenne, U._____ n'avait pas réussi à se réintégrer dans le monde professionnel uniquement en raison des problèmes de santé mixtes dont il souffrait.

Par avis médical du 29 juillet 2008, le Dr S._____ a estimé que les diagnostics retenus par le Dr N._____ dans sa lettre du 4 février 2008 n'étaient pas en contradiction avec les conclusions de l'examen du 3 septembre 2007 du SMR. Il a souligné que la question qui se posait était de déterminer s'il y avait eu aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la première décision de l'OAI et si ces aggravations éventuelles étaient invalidantes. Pour le surplus, le Dr S._____ a considéré que si le psychiatre de l'assuré ne présentait aucun fait nouveau qui aurait échappé à la Dresse J._____, dont les conclusions devaient être suivies.

h) Par décision du 6 août 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestation déposée par U._____ pour les motifs indiqués dans son projet du 9 novembre 2007. Par courrier du même jour, elle a refusé de donner suite à la requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, puisqu'aucun argument nouveau n'avait été soulevé pour justifier une telle mesure.

F. a) U._____ a recouru contre cette décision par acte du 12 septembre 2008, concluant, avec suite de dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui est octroyée. Il fait valoir que l'appréciation des médecins du SMR n'est pas compatible avec celles des autres spécialistes qui se sont prononcés, soit les Drs B._____, W._____ et N._____. Le recourant insiste en particulier sur le diagnostic de personnalité mixte avec composante paranoïaque retenu par son psychiatre traitant et relève que l'influence de cette affection sur sa capacité de travail n'a pas été examinée.

A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, compte tenu des divergences entre l'appréciation des différents médecins s'étant prononcés, en particulier le Dr N._____, et celle résultant du rapport du 3 septembre 2007 du SMR.

Le recourant a effectué l'avance de frais qui lui avait été demandée.

b) Dans un rapport du 3 décembre 2008, qui faisait suite à un examen du 26 novembre précédent, la Dresse P._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, qui avait examiné le recourant à la demande de son médecin traitant, a relevé ce qui suit :

"M. U._____ souffre de rachialgies diffuses persistantes, symptomatologie qui ne s'est guère modifiée depuis 2003, et qui survient dans un contexte de troubles statiques modérés avec insuffisance de posture et déconditionnement musculaire global, sans syndrome cervico-vertébral ni syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire, tant au niveau cervical que lombaire.

Des signes de non organicité sont toujours présents, et je retiens encore aujourd'hui le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant.

(...)

Une hernie discale vient d'être démontrée au niveau cervical à hauteur de C6-C7, mais je n'ai pas décelé le jour de l'examen d'élément en faveur d'une atteinte radiculaire irritative C7 G en particulier. (...)"

c) Dans sa réponse du 14 mai 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il a produit un avis médical du 22 avril 2009 du Dr S._____, du SMR, qui a relevé qu'en date du 6 août 2008, il n'existait aucun fait susceptible de modifier l'appréciation médicale résultant du rapport du 3 septembre 2007 du Dr H._____ et de la Dresse J._____. Il a en particulier souligné qu'une hernie discale C6-C7 n'avait été décelée qu'ensuite d'une IRM du 15 octobre 2008, soit postérieurement à la décision entreprise.

d) Par courrier du 12 juin 2009, le recourant a réaffirmé la nécessité, selon lui, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Le recourant a produit un rapport du 25 mai 2009 de la Dresse X._____, spécialiste FMH en neurologie, qui avait retenu les diagnostic suivants concernant U._____ : rachialgies diffuses et brachialgies bilatérales à prédominance gauche non déficitaires, céphalées tensionnelles probables, dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire et état anxio-dépressif sévère. Ce médecin avait expliqué au recourant que, dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique, il n'y avait pas de solution chirurgicale à l'hernie constatée, laquelle ne pouvait expliquer l'ensemble du tableau douloureux. Elle a conclu à un probable syndrome somatoforme douloureux dans le cadre d'un épisode dépressif qu'elle a jugé sévère. La Dresse X._____ a estimé qu'il n'y avait pas d'autre solution que de poursuivre la prise en charge déjà mise en œuvre, en particulier le traitement par antidépresseur.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent en matière d'AI (art. 1^{er} LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Le recours ayant été déposé le 12 septembre

2008, soit avant l'entrée en vigueur de la LPA-VD le 1^{er} janvier 2009, il convient d'examiner s'il est soumis à cette loi ou non.

En matière de droit transitoire, l'art. 117 al. 1 LPA-VD prévoit que les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la loi sont traitées selon cette dernière. Dès lors, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Le recours, déposé en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGa), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le requérant fait grief à l'autorité intimée de ne pas avoir retenu qu'il présente une affection invalidante. Il soutient qu'il souffre de troubles somatiques chroniques et d'un trouble somatoforme douloureux persistant et que la présence combinée de ces deux syndromes l'empêche d'exercer une quelconque activité professionnelle, de sorte que l'octroi d'une rente entière de l'AI se justifie.

Dès lors que les griefs du requérant ont trait, d'une part, à des troubles physiques et, d'autre part, à un trouble psychiques, ces deux aspects seront examinés séparément ci-dessous.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 2 LAI).

L'incapacité de gain consiste en une 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 al. 1 LPGA). Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 in fine LPGA).

L'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu que celui-ci 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 (art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI).

b) 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 permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3.a et les réf. citées; RAMA 2000, KV 124 p. 214).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les réf. citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît 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 (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc).

c) 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 réf. citées).

d) En l'espèce, le recourant s'est déjà vu refuser l'octroi de mesure de l'AI par décision du 7 février 2001 pour le motif qu'il ne souffrait pas d'une atteinte à la santé invalidante. Sa seconde requête, déposée le 24 juin 2004, tend à l'obtention d'une rente en raison d'une aggravation de son état de santé. Force est toutefois de constater qu'une

telle aggravation n'existe pas ou, à tout le moins, pas dans une mesure telle qu'elle justifierait d'admettre que l'intéressé présente une invalidité.

Sur le plan somatique, il résulte des documents médicaux produits au dossier que le recourant souffre de douleurs cervico-dorsolombaires chroniques. Il découle toutefois également de ces avis médicaux que le tableau clinique du recourant ne constitue pas un syndrome cervical ou lombaire et qu'il n'est pas à même d'expliquer l'ampleur des douleurs que l'intéressé dit ressentir. Les atteintes constatées ne sont donc pas à ce point graves qu'elles justifient l'ensemble des plaintes du recourant. Aucun des médecins intervenus n'a d'ailleurs soutenu que les affections somatiques dont souffre U._____ sont à elles seules invalidantes, même partiellement. Ils ont tous émis une appréciation globale de la situation où prédomine le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, qui constitue une affection psychique. Cela ressort expressément de la lettre du 2 juillet 2004 et du rapport du 30 août 2005 du Dr W._____, du rapport médical du 20 septembre 2005 du médecin traitant du recourant et du rapport du 10 mai suivant du Dr N._____. L'appréciation du Dr H._____ et de la Dresse J._____, dans le rapport du 3 septembre 2007 du SMR, n'est pas différente. Si ces médecins ont relevé des atteintes somatiques, en particulier des rachialgies chroniques, ils n'ont pas retenu qu'elles imposaient ne serait-ce que des limitations fonctionnelles à observer en vue d'une reprise d'une activité professionnelle. Pour le surplus, toujours sur le plan physique, le recourant ne saurait tirer argument de l'existence d'une hernie au niveau cervical, puisqu'elle a été diagnostiquée postérieurement à la décision entreprise. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 c. 1b; ATF 116 V 246 c. 1a et les réf. citées). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 c. 1; ATF 117 V 287 c. 4 et les réf. citées; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 c. 2.4; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 c. 2.1). Au demeurant, dans son rapport du 25 mai 2009, la Dresse X._____ a

indiqué que cette hernie ne pouvait expliquer l'ensemble du tableau douloureux dont le recourant se plaignait et elle a préconisé la poursuite du traitement par antidépresseurs, en excluant une solution chirurgicale.

3. a) Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 c. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, 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. 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, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, 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).

S'agissant de troubles psychiques, les mêmes règles que celles exposées au c. 2.c ci-dessus valent en matière d'appréciation des preuves.

b) Le recourant présente donc une affection psychique, soit un trouble somatoforme douloureux persistant qui, à certaines conditions, peut être reconnu comme invalidant. Ces conditions ne sont toutefois par réunies dans la présente cause et U. _____ ne peut tirer argument de la lettre du 4 février 2008 du Dr N. _____ pour soutenir qu'il existe un doute sérieux à cet égard. Dans ce document, le psychiatre du recourant a certes critiqué, voire contesté, certains points du rapport du 3 septembre 2007 du SMR. Il a notamment estimé que la vie quotidienne de son patient était plus marquée par la dépression que ne l'avait indiqué la Dresse J. _____. Le Dr N. _____ n'est toutefois pas revenu sur son appréciation du 10 novembre 2005, selon laquelle le recourant présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. Or, seul un état dépressif majeur peut constituer une comorbidité psychiatrique qui, cumulée à un trouble somatoforme douloureux, permet de retenir qu'un assuré présente une invalidité. La Dresse J. _____ est arrivée à la même conclusion que le Dr N. _____, puisqu'elle a confirmé le diagnostic du psychiatre traitant du recourant. L'intensité du trouble dépressif dont ce dernier souffre n'est donc telle qu'on puisse retenir qu'il n'est pas à même de fournir l'effort de volonté nécessaire, certes conséquent, pour surmonter le trouble somatoforme douloureux dont il souffre ou ses effets. A cet égard, on précisera que l'appréciation résultant du rapport du 25 mai 2009 de la Dresse X. _____, selon laquelle U. _____ présenterait un état anxio-dépressif sévère, n'est pas pertinente. Tout d'abord, cette constatation est nettement postérieure à la décision entreprise (cf. ATF 121 V 362 c. 1b; ATF 116 V 246 c. 1a et les réf. citées). A cela s'ajoute que le médecin

précité est neurologue et non psychiatre, de sorte que son avis nécessiterait, dans tous les cas, d'être confirmé par un spécialiste.

c) En outre, la situation du recourant ne présente pas d'autres caractéristiques qui pourraient être constitutives d'une comorbidité psychiatrique justifiant de reconnaître que l'intéressé est invalide. U._____ insiste sur le fait que, selon le Dr N._____, le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec composante paranoïaque serait justifié et n'aurait pas dû être écarté dans le rapport du 3 septembre 2007 du SMR. Cette question n'est certes pas sans importance s'agissant d'apprécier l'état de santé du recourant en général. Elle ne saurait toutefois jouer un rôle primordial dans l'appréciation de l'existence d'une invalidité. En effet, même s'il conteste l'avis de la Dresse J._____, le Dr N._____ ne soutient pas que le trouble en question constituerait une affection invalidante à lui seul, voire une comorbidité psychiatrique accompagnant un trouble somatoforme douloureux. Au contraire, dans son rapport du 10 novembre 2005, le Dr N._____ a indiqué que le diagnostic de personnalité mixte à traits paranoïaques n'avait pas d'incidence sur la capacité à travailler. Dès lors, il n'est pas décisif de savoir si ce diagnostic doit être retenu ou non.

d) Il apparaît donc que le recourant ne présente pas d'affection invalidante au sens de l'AI, de sorte que l'OAI a rejeté à juste titre sa demande d'octroi d'une rente. Les considérations qui précèdent démontrent en outre que les contradictions entre les avis médicaux au dossier et l'avis du SMR, telles invoquées par le recourant, n'existent pas, à tout le moins pas sur un élément décisif pour trancher la question de l'existence d'une affection invalidante. Il n'existe en outre aucun doute sur la pertinence et la fiabilité du rapport du 3 septembre 2007 du SMR (cf. ATF 135 V 465). De nouvelles mesures probatoires ne seraient donc pas de nature à modifier l'appréciation de la cour de céans, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire requise par U._____ (cf. ATF 122 II 464 c. 4a, JT 1997 I 786; ATF 122 III 219 c. 3.c, JT 1997 I 246).

4. En définitive, le recours interjeté par U._____, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision du 6 août 2008 confirmée.

S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais sont mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 55 al. 1 et 56 al. 3 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 août 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge d'U._____.
- 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 Jean-Marie Agier, avocat de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour U._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :