

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 novembre 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Zbinden et Mme Feusi, assesseurs  
Greffier : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à Renens, recourant

et

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

---

**Art. 28 LAI, 17 LPG**A

## **E n f a i t :**

**A. a)** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 14 janvier 1960, marié et père de trois enfants, travaillait depuis 1996 comme ouvrier d'usine aux L.\_\_\_\_\_. En arrêt de travail depuis le 17 novembre 2000, d'abord pour maladie (lombalgies), puis ensuite d'un accident de la circulation (collision par l'arrière) survenu le 19 janvier 2001, il a déposé le 16 juillet 2001 une demande de prestations AI pour adultes.

**b)** Dans un rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003, la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ont notamment retenu ce qui suit :

### **"DIAGNOSTIC**

- STATUS POST OPÉRATION D'UN SCHWANNOME DU NERF ACOUSTIQUE À D (17.10.02) AVEC PARÉSIE FACIALE SÉQUELLAIRE D ET PERSISTANCE DES VERTIGES
- SURDITÉ D
- SYNDROME CERVICO-VERTÉBRAL ET CERVICO-BRACHIAL G DANS LE CADRE D'UNE DISTORSION CERVICALE PROBABLE (19.01.01) ET CHONDROSE C5-C6 PRÉ-EXISTANTE
- LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIALGIES D DANS LE CADRE D'UN TROUBLE DE LA STATIQUE, UN STATUS POST MALADIE DE SCHEUERMANN LOMBAIRE, DES ALTÉRATIONS MINEURES DÉGÉNÉRATIVES ET DES DYSBALANCES MUSCULAIRES
- STATUS APRES TYMPANOPLASTIE BILATÉRALE EN 1994 ET 1995
- STATUS POST OPÉRATION D'UNE FRACTURE DU NEZ (1997)
- DIABÉTE SUCRÉ TYPE II TRAITÉ PAR RÉGIME
- HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE ET COMPENSÉE
- STATUS POST DEUX TENTATIVES INFRUCTUEUSES D'ÉRADICATION D'UN HELICOBACTER PYLORI

### **APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS**

M. Z.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs lombaires depuis l'année 2000, qu'il voit en relation avec son travail physiquement dur, augmentant au courant de novembre 2000 avec apparition de blocages et motivant un arrêt de travail complet. Suite à un accident de voiture survenu le 19.01.2001, avec probablement une distorsion du rachis cervicale et une contusion de l'épaule, ces douleurs se sont péjorées et ont été compliquées par l'apparition de nuchalgies et de douleurs au niveau de l'épaule G. Les différents essais de rééducation se sont soldés par des échecs et l'assuré n'a pas repris son travail. En printemps 2002, une tumeur cérébrale correspondant à un schwannome de l'acoustique D a été découverte et opérée le

17.10.2002 avec comme séquelles une parésie faciale D. Sur le plan oncologique et neurochirurgical l'évolution est favorable, mais l'assuré continue de se plaindre de céphalées et de vertiges, de nausées et de vomissements. Il formule aussi la suspicion qu'on aurait laissé traîner cette affaire trop longtemps.

Lors de l'examen clinique, on est en face d'un homme de 43 ans, portant une minerve pendant la première demi-heure d'entretien, avec des mouvements de rotation en bloc. Après avoir enlevé cette minerve, les mouvements deviennent plus physiologiques. L'examen physique révèle une mobilité active extrêmement réduite au niveau de l'épaule G et de la nuque, la mobilisation passive du bras G est entièrement possible, au niveau de la nuque elle se heurte à une résistance active à partir d'environ 40°.

Au niveau dorso-lombaire, on découvre une scoliose à convexité D et une bonne mobilité, malgré les douleurs accusées. La mobilisation passive des articulations du MS provoque des douleurs au niveau de la nuque, celle des MI des douleurs au niveau du dos. L'examen neurologique met en évidence une parésie faciale D. La sensibilité superficielle est sinon conservée mais accompagnée d'une douleur au toucher. La force est conservée et symétrique lors des tests de résistance, très faibles en manoeuvrant le manomètre. Le test de Lasègue est douloureux à 30° à D et à 40° à G, en coucher dorsal, il est négatif en position assise.

Le dossier radiologique confirme les troubles de la statique, révèle des séquelles d'une maladie de Scheuermann au niveau L2-L3. une dégénérescence segmentaire au niveau C5-C6 sans signe d'instabilité à ce niveau et des traces de processus dégénératif mineur au niveau lombaire.

En conclusion, cet assuré a sans doute un problème important au niveau ORL avec un status post résection d'un schwannome du nerf acoustique D, une surdité D et une parésie faciale D post opératoire. Il est sous contrôle étroit par l'équipe du Professeur D.\_\_\_\_\_, qui affirme que l'évolution post-opératoire est bonne. On n'a cependant pas des limitations fonctionnelles spécifiques de leur côté. Les autres plaintes sont plus difficiles à expliquer par les données cliniques et radiologiques et l'étendue des douleurs, la présence des signes comportementaux selon Waddel et l'intensité des douleurs situées entre 5 et 6/10 pour la nuque et 5,21 et 10/10 pour le dos ainsi que l'inefficacité quasi totale des mesures thérapeutiques parlent en faveur d'une amplification des symptômes selon les critères de Matheson.

L'assuré a montré de bonnes capacités d'adaptation en Suisse, travaillant à la fois pour une fabrique de tuiles et comme nettoyeur. Suite à un accident de la circulation, l'assuré présente une évolution douloureuse, s'étendant à l'ensemble du corps, renforcée par la découverte fortuite d'un neurinome de l'acoustique à droite, opéré le 17 octobre 2002. Ce dernier laisse pour séquelles une parésie faciale à droite et une persistance de vertiges. A l'examen au SMR, nous ne mettons pas en évidence de trouble dépressif ou anxieux. L'assuré est irritable, en relation avec ses problèmes auditifs. S'il souffre d'insomnies, c'est en rapport avec ses douleurs. Nous ne

rejoignons pas le Dr W.\_\_\_\_\_, qui évoquait un diagnostic d'état dépressif.

En l'absence de **limitations fonctionnelles** sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible de l'assuré [est] uniquement tributaire de son état sur le plan biomécanique.

**Les limitations fonctionnelles somatiques** : pas de travail sur des échafaudages ou sur des échelles. Eviter la position prolongée en flexion-rotation du rachis lombaire ou de rotation extension du rachis cervical. Eviter le port de charges dépassant les 20 kg occasionnellement et de 5 kg répétitivement.

**En ce qui concerne la capacité de travail exigible**, celle-ci est limitée par les problèmes neuro-chirurgicaux et ORL, c'est-à-dire la recherche d'équilibre et les vertiges. D'un point de vue rhumatologique, cette capacité de travail n'est que peu limitée, tout au plus en ce qui concerne la position et la sollicitation du rachis. La reprise de son ancien travail dans une usine de briques est bien évidemment pas exigible, par contre un travail adapté l'est clairement. La capacité de travail peut être estimée à 100 % après un temps d'adaptation d'environ 2 mois."

Sur la base de ce rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a retenu dans un rapport d'examen SMR du 22 décembre 2003 que la reprise par l'assuré d'une activité professionnelle adaptée à ses problèmes du rachis et des vertiges était exigible à 100 % dès le mois d'avril 2003.

**c)** Dans un rapport de consilium psychiatrique du 19 décembre 2003 adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique au Département universitaire de psychiatrie adulte (ci-après : DUPA), a estimé que l'assuré présentait un épisode dépressif d'intensité moyenne, s'ajoutant à un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à un trouble somatoforme non différencié.

**d)** Ensuite d'un avis médical SMR établi le 3 mars 2005 par la Dresse A.\_\_\_\_\_, qui estimait judicieux de demander un examen de type COMAI, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a confié une expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale [...] [...]. Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 23 septembre 2005, qui contient un résumé du dossier médical (p. 6-8), une anamnèse familiale, personnelle, systémique, sociale et professionnelle (p.

8-10), les plaintes et indications de l'assuré (p. 10-11), les constatations cliniques sur le plan somatique (p. 11-12), une évaluation psychiatrique (p. 13-15) et une appréciation du cas et pronostic (p. 15-17), les experts de ce COMAI (Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin-chef; Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation; Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) ont retenu que l'assuré présentait depuis décembre 2003 - date à laquelle l'évaluation psychiatrique au DUPA avait mis en évidence un épisode dépressif moyen (cf. lettre A.c supra) - une incapacité de travail de 50 %, ce uniquement pour des motifs psychiatriques. De ce rapport, il ressort en particulier ce qui suit :

#### **"A.4 DIAGNOSTICS**

##### **A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail**

- Vertiges chroniques, déficit vestibulaire droit non compensé.
- Troubles dégénératifs du rachis cervical.
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10: F32.11).
- Somatisation (CIM-10: F45.0).

##### **A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail**

- Syndrome métabolique avec obésité moyenne, hypertension artérielle traitée et diabète sucré de type 2.
- Status après exérèse d'un neurinome de l'acoustique à droite le 17.10.2002 avec parésie faciale droite séquellaire et surdité totale droite.

#### **A.5 APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

Cet expertisé de 45 ans, d'origine kosovare, machiniste dans une fabrique de briques, présente depuis début 2000 des arrêts de travail répétitifs et prolongés pour lombalgies chroniques. Il est en arrêt de travail définitif depuis le 17.11.2000, selon le dossier au moment où Monsieur Z.\_\_\_\_\_ apprend qu'il sera licencié en raison d'un faible rendement. Par la suite, l'évolution est compliquée par la survenue d'un accident de la circulation le 19.01.2001 sous forme d'une collision par l'arrière ayant entraîné une entorse cervicale. Il s'ensuit des douleurs cervicales avec des plaintes multiples sous forme de vertiges et troubles de l'équilibre. Par la suite, une prise en charge intensive est instaurée par des spécialistes en rhumatologie et ORL dans des centres universitaires, notamment au F.\_\_\_\_\_ et à l'Hôpital X.\_\_\_\_\_.

Courant août 2002 un neurinome de l'acoustique droit grade IV est découvert et sera excisé le 17.10.2002. En raison de la taille de la tumeur, il s'ensuit une parésie faciale et une hypoacousie sévère à droite sans que le nerf ne soit sectionné en per-opératoire.

L'évolution est relativement stable avec tendance à l'aggravation des symptômes algiques avec des douleurs du rachis irradiant largement dans la région paravertébrale, le bassin, l'épaule gauche puis distalement. A cela se surajoutent des vertiges, des troubles de l'équilibre et des céphalées droites. Par contre, l'évolution de la paralysie faciale est lentement favorable avec une légère récupération permettant une quasi fermeture des paupières et une diminution des difficultés à mastiquer du côté droit.

L'examen clinique est très difficile, l'assuré limitant tous les mouvements actifs ou passifs. On observe une limitation fonctionnelle relativement importante de l'épaule gauche. Le bilan radiologique à disposition montre une arthrose cervicale pluri-étagée de C3 à C6, sans signe de hernie discale ou de canal rachidien étroit. Les radiographies de l'épaule sont dans les limites de la norme. Au niveau lombaire, on note une tendance à la cunéiformisation des vertèbres lombaires et des séquelles discrètes d'une maladie de Scheuermann. Cependant, les lombalgies nous semblent majorées dans le cadre de la somatisation.

Il y a donc une importante discordance entre les plaintes et les constatations objectives de Monsieur Z.\_\_\_\_\_. On a notamment de la peine à saisir les différents symptômes qui se chevauchent. De plus, l'expertise nous montre une personne très diminuée, laissant l'impression qu'il n'a plus de ressources et qu'il n'est plus autonome dans son fonctionnement. Cette impression se dégage du dossier (multiples consultations dans des spécialités diverses souvent en urgence) et de notre entretien de ce jour. Cependant, en l'absence d'une thérapie psychiatrique suivie et investie, notre image peut être faussée par la présence d'un trouble dépressif. Notre impression est que le tableau clinique est couvert par une symptomatologie dépressive qui entraîne une majoration des symptômes sous-jacents. Cela est d'ailleurs confirmé par notre collègue psychiatre qui pose le diagnostic de somatisation.

Les troubles psychiques justifient une incapacité de travail de 50 %, puisque comme mentionné plus haut, nous sommes face à un assuré qui est très diminué et au bout de ses ressources. Il est cependant important de noter que le potentiel thérapeutique n'est pas encore utilisé et que l'on peut espérer une amélioration psychique 3 à 6 mois après l'introduction d'un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique. D'ailleurs, il est important pour sa santé mentale qu'il soit intégré socialement et donc qu'il exerce une activité professionnelle. Cependant il se peut que l'assuré reste bloqué sur son passé, avec une attitude de revendication."

**e)** Dans un rapport médical du 25 octobre 2005, les médecins du DUPA ont posé le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel moyen, sans guérison complète entre les épisodes car le patient décrivait clairement un premier épisode dépressif au courant de

l'année 2003 suivi d'une amélioration puis d'une nouvelle péjoration de ses symptômes.

**f)** Dans un rapport d'examen SMR du 11 novembre 2005, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a considéré que les différents examens étaient superposables et que c'était seulement la présence d'une dépression de degré moyen qui faisait la différence; elle a ainsi retenu une capacité de travail totale jusqu'à l'apparition de l'épisode dépressif en novembre 2003 et de 50 % depuis lors.

**B. a)** Le 12 décembre 2006, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont le dispositif était le suivant : "Dès le 01.11.2001 vous avez droit à une rente entière, puis suppression de la rente dès le 01.07.2003 et réintroduction de la rente d'invalidité 57 % le 01.11.2004 (sic)". Il a considéré que selon les pièces médicales réunies au long de l'instruction de la demande, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité d'ouvrier d'usine et dans toute autre activité depuis le 13 novembre 2001. Cependant, dès avril 2003, son état de santé était considéré comme amélioré et une capacité de travail de 100 % pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à son état de santé. Mais en décembre 2003, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était plus que de 50 %. Le salaire hypothétique dans une activité légère de substitution, déterminé sur la base des données statistiques adaptées à l'horaire de travail usuel dans les entreprises et à l'évolution des salaires nominaux, était de 28'903 fr. 09 par année. Après un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, l'OAI retenait en définitive un revenu d'invalidé de 26'012 fr. 78, qui, comparé au revenu sans invalidité de 61'100 fr., faisait apparaître un degré d'invalidité de 57 %.

**b)** L'assuré a contesté ce projet de décision par lettre du 23 janvier 2007. Par courrier du 13 novembre 2007, l'OAI a pris position comme suit sur les objections de l'assuré : "Lors de l'examen bidisciplinaire du SMR du 15 septembre 2003, les médecins du SMR ont

conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (problèmes de rachis et vertiges) depuis le printemps 2003 et n'ont pas retenu de troubles psychiatriques. Ce rapport du 9 décembre 2003 a une pleine valeur probante. Après que l'assuré a annoncé une aggravation de son état de santé, il y a eu une nouvelle expertise qui fait état d'une atteinte psychiatrique invalidante justifiant une diminution de la capacité de travail de 50 %, aggravation que l'OAI fait remonter au mois de novembre 2003. Par contre, sur le plan somatique, le status est superposable à celui des différents examens précédents. L'atteinte psychiatrique reconnue depuis novembre 2003 devant être considérée comme une nouvelle atteinte alors que l'assuré n'était plus au bénéfice d'une rente, il n'y a pas aggravation ou reprise de l'invalidité au sens de l'art. 88a RAI et le droit à la demi-rente est ouvert dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004, à l'échéance d'un nouveau délai de carence d'une année".

**c)** Le 25 juillet 2008, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 12 décembre 2006 (cf. lettre B.a supra).

**C. a)** L'assuré a recouru - sans l'assistance d'un mandataire professionnel - par acte du 12 septembre 2008 contre la décision du 25 juillet 2008, en concluant à l'annulation de cette décision dans le sens de son recours et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 70 % entre le 1<sup>er</sup> juillet 2003 et le 1<sup>er</sup> novembre 2004. Il soutient que si l'on prend en compte les rapports médicaux de ses médecins traitants pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2003 au 1<sup>er</sup> novembre 2004, pendant laquelle il a été considéré par l'OAI comme apte à travailler à 100%, il en ressort que son état de santé n'a subi aucun changement depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2001 et qu'il s'est au contraire péjoré, de sorte que même l'octroi d'une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2004 serait injustifiable compte tenu de sa surdité et des douleurs aiguës. Il se réfère à cet égard à un rapport médical établi le 14 mai 2003 par le Dr D.\_\_\_\_\_, chef de service au Département de neurochirurgie du F.\_\_\_\_\_, dans lequel ce spécialiste notait que "[l]'évolution est lentement favorable quant à la récupération du nerf facial", ainsi qu'à un rapport médical du 10 septembre 2003, dans

lequel ce même spécialiste relevait que "[d]epuis la dernière consultation, le patient n'a pas noté d'amélioration au niveau des douleurs de la nuque avec irradiation au niveau du bras gauche. Le patient se plaint principalement de vertiges de type rotatoire uniquement lorsqu'il effectue sa physiothérapie en piscine, persistant par la suite pendant quelques heures avec des nausées et des vomissements occasionnels. Il continue à présenter un bruit sous forme de sifflements au niveau de l'oreille droite, de tonalité plutôt basse".

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

**b)** Dans sa réponse du 23 février 2009, l'OAI indique n'avoir rien à ajouter à la décision attaquée, ainsi qu'à son courrier du 13 novembre 2007 (cf. lettre B.b supra), qu'il ne peut que confirmer. Il propose dès lors le rejet du recours.

**c)** Dans sa réplique du 20 mars 2009, le recourant répète que son état de santé n'a subi aucune amélioration. Il produit un rapport médical établi le 30 janvier 2009 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui retient que le patient présente clairement un état dépressif franc, avec un cercle vicieux somatopsychique. Le recourant produit aussi un rapport médical du 9 décembre 2008 du Dr S.\_\_\_\_\_, qui atteste d'une symptomatologie cervico-brachiale bilatérale avec douleur prédominante au niveau cervical droit. Aucun de ces rapports ne se prononce sur la capacité de travail.

**d)** Dans sa duplique du 29 avril 2009, l'OAI expose que les arguments soulevés en réplique ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. S'agissant des pièces produites, l'OAI indique les avoir soumises au SMR et se rallier à l'avis médical SMR du 28 avril 2009. Selon cet avis médical, les trois rapports médicaux produits n'apportent pas de nouvel élément diagnostique si ce n'est la notion d'une radiculopathie C5-C6 bilatérale, qui n'est cependant pas étayée par un examen neurologique et/ou radiologique; le psychiatre ne mentionne

pas le degré de la dépression; les éléments mentionnés ont déjà été pris en considération dans les conclusions de l'expertise COMAI de juin 2005 et une aggravation n'est pas démontrée.

e) Le 6 juillet 2009, le recourant a encore produit un rapport médical adressé le 18 juin 2009 à la Dresse A. \_\_\_\_\_ du SMR par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, ainsi qu'un rapport de consilium adressé le 10 juin 2009 au Dr G. \_\_\_\_\_ par le Dr T. \_\_\_\_\_, du Service d'orthopédie et de traumatologie du F. \_\_\_\_\_.

Se déterminant le 20 août 2009 sur les pièces produites par le recourant le 6 juillet 2009, l'OAI a indiqué qu'il se ralliait à l'avis médical SMR établi le 13 août 2009 par la Dresse A. \_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit:

#### **"Concernant les cervicobrachialgies G**

L'IRM cervicale du 18.09.2008 met en évidence une uncarthrose avec sténose bilatérale des trous de conjugaison C5-C6 responsable d'un raccourcissement des racines C6. Le radiologue, le Dr [...], décrit en plus des altérations dégénératives MODIC II au niveau C5-C6. L'unarthrose C3-C4 G n'a pas d'impact démontré sur la racine C4 G.

Le 08.04.2009, l'assuré est examiné par la Dresse K. \_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et médecine interne, qui retient un syndrome douloureux chronique, un syndrome métabolique et un status après craniotomie en 2002 (dans cet ordre de citation). Elle a l'IRM cervicale du 16 à disposition mais n'en conclut pas une atteinte radiculaire, retenant des troubles dégénératifs prédominant en C3-C4 et C5-C6. Elle propose l'introduction d'un antidépresseur afin d'augmenter le seuil de la douleur et des séances de physiothérapie en piscine. Elle ne s'exprime pas sur la capacité de travail.

Le 10.06.2009, l'assuré est vu à la consultation du département de l'appareil locomoteur du (...), où on retient une rupture partielle de la face profonde du tendon sus-épineux et d'une arthropathie acromio-claviculaire D avec éventuel conflit sous-acromial. Les autres tendons sont intacts (IRM du 03.06.2009). La trophicité musculaire est conservée. Les autres tendons sont intacts. On propose une infiltration cortisonée, dont on ne connaît pas le résultat. Une telle atteinte d'épaule G est connue et discutée et prise en compte par l'expertise.

On est donc tout à fait d'accord avec l'appréciation du médecin traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, que les cervico-brachialgies bilatérales sont d'origine mixte incluant une possible irritation de la racine C6 (lettre du 18.06.2009). Ceci ne justifie cependant pas une incapacité

de travail totale dans toute activité comme attestée par le médecin traitant depuis le 09.09.2008.

### **Concernant le problème psychiatrique**

Les rapports des psychiatres de la (sic) DUPA parlent de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne (rapport du 25.10.2005), ce qui n'est pas entièrement invalidant. Nous n'avons pas de renseignements suffisants de la part du Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, pour invalider les résultats de l'expertise COMAI 2005. Je propose donc de l'interroger en lui demandant un rapport médical détaillé.

En conclusion il y a une nouvelle atteinte à la santé objectivée, c'est à dire une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule D associée à une arthrose acromio-claviculaire, démontrée dans l'IRM du 03.06.2009. L'assuré lui-même déclare cependant en souffrir depuis un accident de voiture en 2001, mais les différents examens effectués dès lors n'ont jamais montré une telle atteinte jusqu'en 2009. En terme de limitations fonctionnelles, cela signifie que tout travail qui demande de lever le bras D au-delà de l'horizontal ou de porter des charges lourdes est contre-indiqué. Ces nouvelles limitations fonctionnelles ostéo-articulaires ne sont cependant pas susceptibles de modifier la capacité de travail de 50 % définie par l'expertise de 2005.

Si les renseignements du Dr J.\_\_\_\_\_ ne devraient pas être convaincants, il sera probablement nécessaire de revoir cet assuré, qui ne travaille plus depuis bientôt 9 ans, en examen clinique orthopédique et psychiatrique."

**f)** Après avoir donné aux parties l'occasion d'indiquer les questions qu'elles souhaitent poser (ce que seul l'OAI a fait en déposant un bref questionnaire le 14 septembre 2009), le juge instructeur a adressé au Dr J.\_\_\_\_\_ un questionnaire auquel il a joint une copie du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 9 décembre 2003, du rapport de consilium psychiatrique du DUPA du 19 décembre 2003, du rapport d'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale du 23 septembre 2005 et du rapport médical du DUPA du 25 octobre 2005.

Dans son rapport médical du 19 novembre 2009, le Dr J.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions du juge instructeur :

"[1. Description du status psychiatrique]

Le discours est lent, circonstancié, morne. Les vertiges, les vomissements et les douleurs sont associés avec des troubles du sommeil, un retrait social et une inhibition psychomotrice. La thymie est franchement dépressive et on note des sentiments de

dévalorisation, de culpabilité et de ruine. Le sentiment de désespoir associé avec des idées suicidaires sont présentes par périodes de quelques jours. Le sentiment de perte irrémédiable est prédominant. En plus des déficits perceptifs et des douleurs, on relève des troubles de la concentration assez importants. Les douleurs et les vertiges sont marqués et quotidiens, pouvant encore augmenter sous stress et alors invalidant totalement le patient qui doit rester alité.

[2. Diagnostics :

2.1 Diagnostics (selon CIM-10) avec et sans répercussion sur la capacité de travail]

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique F32.2.

Trouble somatoforme indifférencié F45.1.

Ce patient présente clairement un état dépressif franc, lequel s'exprime principalement par une inhibition psychomotrice et des somatisations douloureuses dépressives.

[2.2 Depuis quand les troubles diagnostiqués sont-ils présents?]

Le trouble dépressif récurrent a été mis en évidence déjà en 2005 lors de l'expertise du DUPA. Son évolution a été fluctuante mais restant en moyenne dans une intensité sévère. Le trouble somatoforme lui aussi déjà diagnostiqué est stable.

[3. Capacité de travail exigible de l'assuré sur le plan psychiatrique:  
3.1 Y a-t-il, sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail de 20 % au moins dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré?]

La capacité de travail est nulle principalement du fait des troubles de la concentration importants qui affectent toute l'activité cognitive. Ces troubles de la concentration sont dus à la dépression, aux vertiges et aux douleurs.

[3.2 Depuis quand?

[3.3 Comment cette incapacité de travail a-t-elle évolué jusqu'à ce jour?]

Cette incapacité de travail n'a pas évolué depuis le début du traitement à ma consultation (janvier 09) malgré un traitement antidépresseur et une participation avec implication personnelle dans un groupe de soutien pour patients douloureux chroniques depuis mai 09.

Les expertises de 2005 portaient un avis favorable sur l'évolution à venir ce qui ne s'est pas produit. Le traitement antidépresseur et relationnel n'a pas donné l'amélioration escomptée par les experts.

[4. Pour quels motifs vous écartez-vous, le cas échéant, des conclusions des précédents examinateurs psychiatres?]

Mon avis ne s'écarte pas au niveau diagnostic des précédents examinateurs, mais au niveau du pronostic fait alors. L'évolution depuis 2005 montre plutôt une aggravation et une chronicisation de la symptomatologie invalidante et ce malgré les traitements et la bonne compliance du patient."

**g)** Invité à se déterminer sur le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, l'OAI a déclaré le 16 décembre 2009 se rallier à l'avis médical SMR du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2009, dont la teneur est la suivante :

"Le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 19.11.2009 décrit une situation clinique qui paraît objectivement assez semblable à celle décrite tant dans l'évaluation psychiatrique du 16.06.05 (Dr M.\_\_\_\_\_) dans le cadre de l'expertise COMAI que dans le rapport du DUBA du 25.10.05 (Drs [...] et [...]). Pourtant le Dr J.\_\_\_\_\_ retient un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec syndrome somatique et non plus un épisode moyen comme diagnostiqué en 2005, tout en affirmant que son "avis ne s'écarte pas au niveau diagnostique des précédents examinateurs". Il estime la capacité de travail nulle, alors qu'elle était estimée à 50 % par les experts du COMAI.

Si la chronicisation est indiscutable, les facteurs médicaux qui fonderaient l'aggravation alléguée n'apparaissent pas clairement. Afin de lever ce doute, la mise en place d'une nouvelle expertise psychiatrique me semble nécessaire."

**h)** Une expertise psychiatrique a alors été ordonnée et confiée au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport de l'expert, déposé le 25 juin 2010, contient un résumé des pièces médicales du dossier (p. 1-4), une anamnèse complète (p. 4-6), la description des plaintes et données subjectives de l'assuré (6-7), le status clinique (p. 7-8), les diagnostics (p. 9), une appréciation du cas et pronostic (p. 9-11) et les réponses aux questions (p. 11-14). Il en ressort en particulier ce qui suit:

#### **"4. Diagnostics**

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

Episodes dépressifs moyens avec syndrome somatique (F32.11)  
Somatisation (F45.0)  
Vertiges chroniques sur déficit vestibulaire droit non compensé  
Troubles dégénératifs du rachis cervical

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Diabète sucré de type II

Syndrome métabolique avec obésité moyenne  
Status après exérèse d'un neurinome de l'acoustique à droite le 17.10.2002 avec parésie faciale droite séquellaire et surdité totale droite.

### **Appréciation du cas et pronostic :**

Nous sommes donc en présence d'une situation clinique complexe évoluant défavorablement depuis maintenant dix années, caractérisée par un arrêt de travail continu depuis le 17.11.2000. L'expertisé n'a pas repris son emploi de machiniste depuis lors, et des mesures de reclassement professionnel ou d'aide à une reprise d'activité adaptée comme proposé par plusieurs évaluations médicales n'ont pu être mises en place, l'expertisé se considérant comme incapable de travailler, même à 50 %. La majorité des évaluations médicales constatent une discordance entre l'intensité des plaintes (en particulier les douleurs et les limitations fonctionnelles) et les constatations objectives, avec cependant la présence d'un trouble dépressif contribuant à accentuer la symptomatologie d'expression somatique.

Pour la compréhension de ce cas, il est important de prendre en considération le contexte présent lors de l'émergence des troubles. Ce machiniste, ayant donné depuis plusieurs années satisfaction dans la même entreprise, avec quelques arrêts de travail pour dorso-lombalgies, voit sa situation professionnelle se modifier suite au départ en 1999 de son chef auprès duquel il trouvait soutien et compréhension. Peu avant l'accident de voiture, son employeur avait décidé d'un licenciement en raison d'une diminution de rendement et, en novembre 2000, lors de sa reprise de travail après une semaine d'arrêt maladie, il constate qu'il doit mettre au courant un collègue qui l'a remplacé à la machine dont il était responsable, à sa grande déception. Affecté à des tâches impliquant le déplacement de briques lourdes, il est à nouveau rapidement mis en arrêt maladie, si bien que le licenciement ne peut être effectif. En janvier 2001 survient l'accident qui devient pour l'expertisé la cause principale de tous ses problèmes de santé ultérieurs. L'accident et ses conséquences se sont ainsi substitués aux difficultés professionnelles rencontrées auparavant. Les troubles vertigineux évoqués pour la première fois après l'accident sont d'abord attribués par les médecins à un syndrome post-traumatique, diagnostic qui sera reconsidéré à la suite de la découverte, en 2002, d'un schwannome du nerf vestibulaire droit qui sera opéré, avec, par la suite, persistance d'un déficit vestibulaire droit non compensé. Cette situation particulière a pu contribuer à l'installation de symptômes dépressifs et au sentiment de l'expertisé d'avoir été mal soigné et incompris, avec comme corollaire le développement de plaintes à teinte revendicatrice.

Actuellement l'expertisé a une vie très restreinte, centrée autour de sa famille et de quelques amis, marquée par un état de dépendance vis-à-vis de son épouse, et occupée par des consultations médicales qui représentent depuis une dizaine d'année une part importante de ses liens sociaux.

L'expertisé invoque une aggravation de son état de santé, et en particulier des symptômes dépressifs, ce que notre observation ne

confirme pas. En effet les troubles de la lignée dépressive présents actuellement sont semblables à ceux retenus dans le rapport d'expertise interdisciplinaire du 23 septembre 2005 et qui avaient été reconnus comme justifiant une invalidité de 50 %. A ce moment-là les experts, relevant que le potentiel thérapeutique n'avait pas encore été entièrement exploité, espéraient une amélioration psychique après introduction d'un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique. Ils émettaient cependant une restriction: "Il se peut que l'assuré reste bloqué sur son passé, avec une attitude de revendication". En 2003 déjà des tentatives de prise en charge psychiatrique s'étaient rapidement terminées, en particulier en raison d'effets secondaires aux antidépresseurs. Un traitement psychiatrique, en cours depuis le 30 janvier 2009, avec prescription de Cymbalta, accompagné d'une psychothérapie de groupe pour patients douloureux chroniques, n'a à ce jour pas permis d'amélioration clinique, et une évolution favorable semble désormais peu probable. L'expertisé n'en attend d'ailleurs pas grand chose, même s'il s'y soumet. Il vit comme déprimant le fait d'entendre les autres patients se plaindre de leurs maladies.

Les troubles dépressifs peuvent être source de ralentissement et de troubles de la concentration signalés par l'expertisé. Ces derniers sont d'intensité modérée, et l'examen neuropsychologique effectué le 20 décembre 2001 mettait en évidence un ralentissement à une épreuve de concentration soutenue, soit au delà de ce qui est requis en situation quotidienne. Sur ce plan-là il n'y a pas non plus de changement par rapport à 2005. De plus les examens médicaux avaient exclu la présence d'un traumatisme crânio-cérébral qui aurait pu être à la source de déficits neuropsychologiques.

Mon appréciation ne diverge de celle du Dr J. \_\_\_\_\_ qu'en apparence puisque celui-ci, tout comme moi, ne remet pas en question les diagnostics précédents. Il y a par contre une appréciation différente à propos du degré des conséquences du trouble dépressif sur la capacité de travail. De mon point de vue, c'est la fixation de l'expertisé sur ses troubles et sa perception de lui-même comme invalide qui a contribué à une non reprise de travail raisonnablement exigible.

En conclusion, l'évolution du tableau clinique est restée stable au cours de ces dernières années, sans changement ni dans un sens favorable, comme espéré d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique, ni dans le sens d'une péjoration, et l'incapacité de travail pour motifs psychiatriques est à nouveau évaluée à 50 %. Il n'y a pas lieu d'attendre une amélioration de la situation clinique en raison de la fixation de l'expertisé sur ses troubles qui l'empêche d'envisager une quelconque reprise d'activité professionnelle."

**i)** Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2010, l'OAI relève le 27 juillet 2010 que ce rapport confirme que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail du recourant est de 50 %, dès lors qu'il confirme d'une part l'appréciation qui avait été faite dans

l'expertise de 2005 du Centre d'expertise médicale [...] et d'autre part l'absence d'aggravation ou d'amélioration de la symptomatologie dépressive. Indiquant n'avoir aucune raison de s'écarter de l'appréciation de l'expert judiciaire, l'OAI confirme intégralement ses conclusions.

Le recourant a également été invité à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2010. Dans un courrier du 30 août 2010, sa fille fait valoir en substance que les conclusions de l'expert judiciaire, selon lesquelles le recourant présente sur le plan psychiatrique une capacité de travail de 50 %, seraient irréalistes au regard des problèmes que le recourant rencontre au quotidien et qu'il faudrait bien plutôt suivre les conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_ et retenir une incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure

administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA).

**c)** Il s'ensuit que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 12 septembre 2008 – soit en temps utile compte tenu des fériés judiciaires d'été (art. 38 al. 1 let. b et 60 al. 2 LPGA) – par Z.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 25 juillet 2008 par l'OAI.

La valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, en ce qui concerne tant l'étendue de cette capacité de travail que son évolution dans le temps.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1er in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie

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

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, 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. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve,

quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 ; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En vertu de l'art.

88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable; l'art. 29bis RAI - qui prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI (respectivement l'art. 29 al. 1 LAI selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) celle qui a précédé le premier octroi - est toutefois applicable par analogie.

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b).

**4. a)** En l'espèce, il est constant qu'en raison d'atteintes à sa santé physique (troubles du rachis et vertiges principalement), le recourant avait initialement présenté depuis le 13 novembre 2001 une incapacité de travail totale dans toute activité. Toutefois, dans le rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003 - qui remplit toutes les exigences fixées par jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra) -, la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste

FMH en psychiatrie, ont considéré que la reprise par le recourant d'une activité professionnelle adaptée à ses problèmes du rachis et des vertiges était raisonnablement exigible à 100 % dès le mois d'avril 2003 (cf. lettre A.b supra). Cette appréciation de l'état de santé physique du recourant et de la capacité de travail exigible sur le plan somatique a été corroborée par l'expertise indépendante confiée par l'OAI au Centre d'expertise médicale [...], qui a débouché sur un rapport d'expertise interdisciplinaire du 23 septembre 2005 (cf. lettre A.d supra). Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter, en l'absence d'opinions divergentes dûment motivées sur la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant, sur le plan purement somatique, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, le Dr D.\_\_\_\_\_, dans ses rapports médicaux des 14 mai et 10 septembre 2003 invoqués par le recourant dans son acte de recours (cf. lettre C.a supra), n'a pas fait état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre du rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003 et du rapport d'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale [...] du 23 septembre 2005, et il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant. Dans ces conditions, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant a présenté dès le mois d'avril 2003 une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, et qu'elle supprime en conséquence la rente entière d'invalidité à partir du 1er juillet 2003, soit trois mois après l'amélioration (cf. consid. 3c supra).

**b)** Sur le plan psychiatrique, il ressort du rapport d'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale [...] du 23 septembre 2005 que le recourant a présenté depuis décembre 2003 - date à laquelle l'évaluation psychiatrique au DUPA avait mis en évidence un épisode dépressif moyen (cf. lettre A.c supra) - une incapacité de travail de 50 % en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11 selon la CIM-10) (cf. lettre A.d supra). Ce diagnostic et l'appréciation de la capacité de travail effectuée à l'époque ne sont pas remis en question par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit le recourant à sa consultation depuis le mois de janvier 2009; celui-ci

estime toutefois, dans son rapport médical du 19 novembre 2009, que l'évolution depuis 2005 montre plutôt une aggravation et une chronicisation de la symptomatologie invalidante et que la capacité de travail du recourant est aujourd'hui nulle, principalement du fait des troubles de la concentration importants qui affectent toute l'activité cognitive (cf. lettre C.f supra). Confrontée à des avis médicaux divergents en ce qui concerne la sévérité de l'état dépressif constaté ainsi que sa répercussion sur la capacité de travail du recourant, la Cour des assurances sociales a confié une expertise judiciaire psychiatrique au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 25 juin 2010, qui contient une anamnèse complète, prend en considération les plaintes et indications subjectives de l'assuré et se fonde sur des examens complets – reposant notamment sur les trois entretiens que l'expert a eus avec le recourant –, l'expert est arrivé à la conclusion, au terme d'une description claire du contexte médical et de la situation médicale, que l'évolution du tableau clinique est restée stable au cours de ces dernières années, sans changement ni dans un sens favorable, comme espéré d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique en 2005, ni dans le sens d'une péjoration, et que l'incapacité de travail pour motifs psychiatriques admise depuis décembre 2003 doit être évaluée de manière durable à 50% (cf. lettre C.h supra). L'expert judiciaire explique par ailleurs les raisons pour lesquelles il ne partage pas l'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_, relative au degré des conséquences du trouble dépressif sur la capacité de travail du recourant. Dans ces conditions, il y lieu de retenir que le recourant présente depuis novembre 2003 – l'OAI ayant retenu cette date, plus favorable à l'assuré que celle de décembre 2003 –, en raison de ses troubles psychiatriques, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Dès lors que le degré d'invalidité de 57 % qui en résulte découle d'une incapacité de travail d'origine purement psychiatrique, alors que la rente entière d'invalidité allouée du 1<sup>er</sup> novembre 2001 au 31 juin 2003 l'avait été en raison d'une incapacité de travail d'origine purement somatique, l'art. 29bis RAI ne trouve pas application (cf. consid. 3c supra) et le droit à une demi-rente d'invalidité est ouvert dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004, soit à

l'échéance du délai d'attente d'une année de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

c) Il sied enfin d'observer que les nouveaux rapports médicaux produits devant la Cour de céans par le recourant à l'appui de sa réplique du 20 mars 2009 (cf. lettre C.c supra), puis le 6 juillet 2009 (cf. lettre C.e supra), ne font pas état d'éléments qui justifieraient une appréciation différente de la capacité de travail du recourant sur le plan somatique. En effet, comme le relève la Dresse A. \_\_\_\_\_ dans son avis médical SMR du 13 août 2009, auquel il peut être renvoyé (cf. lettre C.e supra), ces rapports médicaux conduisent à retenir une nouvelle atteinte à la santé objectivée, à savoir une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite associée à une arthrose acromio-claviculaire. Or si cette nouvelle atteinte signifie, en terme de limitations fonctionnelles, que tout travail qui demande de lever le bras droit au-delà de l'horizontale ou de porter des charges lourdes est contre-indiqué, il n'en résulte pas une diminution de la capacité de travail raisonnablement exigible au-delà de la diminution de 50 % qui est déjà reconnue depuis le mois de décembre 2003 pour des motifs psychiatriques (cf. consid. 4b supra).

**5.** En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Z. \_\_\_\_\_, à Renens,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :