

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2010

Présidence de M. NEU
Juges : M. Jomini et Mme Lanz Pleines
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

X._____, à Penthalaz, recourant, représenté par CAP Compagnie
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 16 LPGA et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. X._____, ressortissant espagnol né le 29 juillet 1952, marié et père de deux enfants adultes, sans formation, a travaillé comme manœuvre pour le compte de [...] SA, à Cossonay, de 1976 à 2003. Mis en arrêt de travail depuis le mois de mars 2003 par son médecin traitant, le Dr C._____, il n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors. L'assuré a déposé, le 31 octobre 2003, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à un reclassement professionnel, subsidiairement à l'octroi d'une rente.

Selon un questionnaire pour l'employeur du 21 novembre 2003, l'assuré s'est trouvé à maintes reprises en incapacité totale de travail depuis le mois de février 2002. Il en ressort également que l'intéressé aurait réalisé un gain annuel de 63'880 fr. en 2003 s'il était resté en bonne santé.

Dans un rapport du 16 avril 2004, le Dr C._____ a posé les diagnostics principaux de cervico-brachialgies bilatérales chroniques non spécifiques, évoluant en un trouble somatoforme douloureux, d'état anxio-dépressif sévère chez une personnalité mal structurée, vraisemblablement borderline, et d'ostéoporose avérée. Il précisait que le trouble somatoforme douloureux chronique touchait essentiellement les ceintures scapulaires, mais également la colonne dorsale et les membres inférieurs, et qu'il s'accompagnait de céphalées chroniques intenses. A cela s'ajoutait un contexte socio-économique très défavorable, du fait du licenciement de l'intéressée et de son épouse. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail de son patient était totale dans toute activité depuis le 10 mars 2003 pour une durée indéterminée.

Le 30 juin 2004, les Drs V._____ et H._____ de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d' [...] ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis le 19 novembre 2003, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une personnalité

anxieuse. Ils estimaient que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans quelque activité que ce soit, dès lors qu'il s'agissait d'un trouble chronique dont l'évolution était défavorable.

Un examen bidisciplinaire a été effectué le 7 décembre 2005 au Service médical régional AI (ci-après: SMR) par les Drs [...], rhumatologue, et B._____, psychiatre et psychothérapeute. Dans leur rapport du 1^{er} mars 2006, ceux-ci ont retenu les diagnostics de cervicobrachialgies bilatérales non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs postérieurs C7-D1 et de début de discarthrose C6-7, de spondylarthrose dorsale, d'ostéoporose secondaire avec ancien tassement de D12 et de conflit sous-acromial droit, omarthrose débutante bilatérale, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de coxarthrose droite débutante, de status post-gastrectomie des 2/3, de status post-entorse de l'index gauche, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble anxieux et dépressif mixte. Ils parvenaient à la conclusion que l'assuré ne présentait aucune atteinte psychiatrique invalidante et qu'il disposait d'une capacité de travail exigible de 0% dans son activité professionnelle habituelle, mais de 100% depuis le mois de juin 2003 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (rachis: port de charges supérieures à 15kg, mouvements répétés de rotation de la nuque, surtout associés à une extension, attitude en porte-à-faux du tronc; épaules: travail soutenu au-dessus de la tête, soulever des charges supérieures à 4kg). Ils motivaient leur position comme suit:

"En conclusion, si les troubles dégénératifs du rachis cervical bas, du rachis dorsal et de l'épaule D expliquent une partie des symptômes, il existe une discordance importante entre l'atteinte à la santé objectivable et les plaintes de l'assuré. En particulier, on ne peut pas expliquer les lâchages subis des membres supérieurs, les variations très importantes des symptômes pour une contrainte identique. Il existe des éléments discordants à l'examen clinique, comme par exemple une variation de la force de préhension lorsqu'on demande à l'assuré de serrer les doigts où lorsque l'on teste cette force avec un dynamomètre. L'assuré présente une sensibilité augmentée à la palpation des tissus mous, avec de nombreux points positifs de polyinsertionite évoquant une composante de type fibromyalgique.

Sur le plan psychiatrique, nous sommes en présence d'une personne d'origine espagnole de 53 ans, dont le développement psycho-affectif a été terni par la violence du père vis-à-vis de la mère en raison des abus d'alcool de ce

dernier. On relève également le fait d'un absentéisme scolaire quasi-total pendant 2 ans en raison d'un problème somatique (fémur droit). Enfin, mentionnons une rupture brutale avec le milieu d'origine (émigration) entraînant un sentiment de désarroi important. Néanmoins, M. X._____ fera une formation professionnelle et réussira à s'intégrer dans le monde du travail.

Il va présenter l'apparition de douleurs à partir de 1995, suite à un accident. Ces douleurs ne seront pas expliquées par une atteinte organique, mais elles vont s'intensifier et culminer en 2003. Elles vont être à l'origine de l'arrêt de l'activité professionnelle au mois de mars de la même année. M. X._____ est évalué par la psychiatre de liaison lors de son hospitalisation en mai-juin 2003, évaluation qui aboutit au diagnostic d'état anxio-dépressif marqué, dans le contexte d'une personnalité de type anxieux. Ces diagnostics sont confirmés par le Dr H._____ du Centre psychosocial d' [...].

L'examen psychiatrique au SMR n'a pas mis en évidence de présence d'un trouble de la personnalité anxieuse selon les critères diagnostics de la CIM-10. En effet, M. X._____ présente un sentiment persistant de tension (critère 1) ainsi qu'une impression d'être inférieur aux autres (critère 2). Néanmoins, ces 2 aspects sont présents d'après lui depuis l'arrêt de l'activité professionnelle en 2003. Ces aspects, explique-t-il, n'étaient pas présents avant. De ce fait, le critère G4 du diagnostic de trouble de la personnalité n'est pas vérifié (début à la fin de l'enfance ou à l'adolescence, durabilité). Quant au critère 3 (préoccupation excessive d'être critiqué, ou rejeté dans des situations sociales), 5 (rétrécissement du mode de vie) et 6 (évitement des activités sociales), ils ne sont pas vérifiés. Au contraire, M. X._____ dit toujours s'engager dans des relations d'amitié sans préjugés. Il a été déçu à plusieurs reprises de ce fait. Le critère 5 (rétrécissement du mode de vie) est absent ou discutable. En fait, M. X._____ craint d'être critiqué par les voisins de son village lorsqu'il sort le chien, reproches qui consisteraient à lui opposer qu'il se déclare malade alors qu'il sort avec son chien, qu'il va avec sa femme faire les courses ou encore qu'il sort avec des amis.

L'assuré présente un trouble anxieux et dépressif mixte. Il présente à la fois des symptômes dépressifs et anxieux qui associent des symptômes neurovégétatifs (tremblements, transpiration). Cette tension et cette anxiété se sont intensifiées depuis 2003. Néanmoins, il dit avoir toujours été irritable et nerveux. Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence de troubles cognitifs ni de fatigue ou encore de fatigabilité. La diminution de la libido est intriquée avec un trouble de l'érection et de ce fait doit être considéré comme ne faisant partie que partiellement du syndrome dépressif. Il n'y a pas d'aboulie (manque de volonté) et rien n'indique dans le déroulement du quotidien qu'il existe une diminution de l'énergie grave. Si les tâches ménagères nécessitent plus de temps, cela est expliqué en majeure partie par les douleurs. De même, les reproches qu'il s'adresse et la diminution de l'estime de soi ne présentent pas de caractère exagéré, irrationnel ou encore n'envahit pas toute la vie psychique. Relevons qu'il n'y a pas de retrait social et que, malgré qu'il soit pessimiste sur l'avenir, il est à même d'envisager l'avenir. Enfin, M. X._____ présente des idées noires et dit avoir voulu se suicider en se jetant sous le train (cf. ci-dessus). Néanmoins, il apparaît, dans la description de l'événement, que l'acte manquait de détermination. Ceci est confirmé par le fait qu'il n'y a pas eu de suites à ce fait, tel qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique (signe de gravité). De plus, l'assuré dit s'être senti retenu par sa famille. Au vu de ce qui précède, nous constatons que M. X._____ souffre effectivement d'un trouble anxieux et dépressif mixte, mais dont l'intensité des symptômes ne constitue pas de limitation fonctionnelle incapacitante. Le syndrome anxieux et dépressif est un phénomène secondaire à la perte de travail, elle-même secondaire à des

douleurs intenses. Le syndrome anxio-dépressif est un phénomène d'accompagnement des douleurs chroniques.

M. X._____ dit avoir présenté des symptômes dépressifs à l'âge de 18 ans, puis encore en 2000. Néanmoins, nous ne pouvons pas retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, étant donné que ces données sont anamnestiques et peu claires dans leur description par l'assuré. De plus, nous n'avons pas de document qui a objectivé cet état.

M. X._____ présente un syndrome douloureux somatoforme persistant, depuis 2003 au plus tard. En effet, les douleurs qu'il présente sont intenses et s'accompagnent d'un sentiment de détresse; elles constituent une préoccupation constante.

En regard des critères de Mosimann concernant ce trouble, nous n'avons pas mis en évidence de personnalité présentant des traits prémorbides et la comorbidité psychiatrique actuelle n'atteint pas une importance et une gravité suffisantes pour être incapacitante. Il n'y a pas d'affection somatique chronique pour expliquer l'ampleur des douleurs, de même qu'il n'y a pas de perte de l'intégration sociale (comme le montre l'analyse du déroulement du quotidien). Nous n'avons [pas] d'éléments pour indiquer la présence d'un profit tiré de la maladie. Par contre, les douleurs ont un caractère chronique, pour lesquelles les traitements conformes aux règles de l'art ont été inefficaces.

Il existe des divergences importantes entre les douleurs décrites et les comportements observés. Les douleurs sont décrites comme intenses mais ont des caractéristiques vagues. Il existe des divergences importantes entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant du dossier médical.

L'évaluation des critères de Mosimann ne montre pas d'arguments suffisants en faveur d'une atteinte psychiatrique incapacitante".

Par décision du 10 mai 2006, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, au motif que ce dernier présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques depuis le mois de juin 2003. Procédant à une comparaison du revenu sans invalidité (64'518 fr. 80) et avec invalidité (53'016 fr. 78), il obtenait une perte de gain de 11'502 fr. 02, correspondant à un degré d'invalidité de 17,82%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'OAI précisait qu'une aide au placement ne se justifiait pas, dans la mesure où l'intéressé n'était pas limité dans la recherche d'un emploi par son atteinte à la santé.

L'assuré a fait opposition à cette décision par courrier du 18 mai 2006, complété le 26 juin suivant, reprochant à l'OAI d'avoir fondé sa décision sur la seule base de l'avis du SMR. Il faisait valoir que le trouble

somatoforme douloureux dont il souffrait engendrait une incapacité de travail totale permanente et sollicitait l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il se prévalait d'un certificat médical du Dr C._____ du 29 mai 2006, lequel attestait une aggravation de l'état de santé psychique de son patient, avec des troubles alliant symptômes anxieux, réaction dépressive avec tentamen et alcoolisation aiguë récidivante ayant nécessité la mise sous Antabus.

Le 24 juillet 2006, l'assuré a produit un rapport de la Dresse M._____, spécialisée en angiologie, du 11 juillet 2006, posant le diagnostic d'artériopathie du membre inférieur gauche stade II avec sténose sévère de l'artère iliaque commune gauche. Selon ce médecin, cette affection expliquait les symptômes de claudication intermittente de la jambe gauche. En revanche, aucune sténose ne permettait de justifier la claudication de la jambe droite, les démangeaisons provoquées par celle-ci n'étant pas d'origine artérielle.

Dans un rapport du 7 février 2008, le Dr Q._____, psychiatre et psychothérapeute, a retenu les diagnostics principaux de trouble somatoforme douloureux, de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, sans syndrome somatique depuis 2004 et de trouble de la personnalité de type émotionnellement labile, type impulsif et dépendante. Il indiquait que l'assuré avait retrouvé une occupation au sein du restaurant du [...], à Lausanne, et qu'il était pris en charge dans un atelier d'ergothérapie. Aux yeux du psychiatre, le trouble dépressif et le trouble de la personnalité pris isolément ne suffisaient pas à limiter la capacité de travail de l'assuré, mais leur présence dans le contexte de conflit assécurologique défavorable sur fond de trouble somatoforme réduisait les capacités d'adaptation de ce dernier, surtout face à une démarche professionnelle.

Se déterminant sur le rapport du Dr Q._____, le Dr [...] du SMR a rappelé, dans un avis du 10 juillet 2008, que les troubles de la personnalité étaient par définition présents dès la fin de l'adolescence, ce qui n'était pas le cas chez l'assuré. Il notait au surplus que les constatations objectives du psychiatre rejoignaient celles des Drs

V. _____ et H. _____, ainsi que celles du Dr B. _____, et que l'intéressé ne présentait pas de symptômes psychiatriques invalidants. Il concluait à l'absence d'aggravation de l'état de santé psychique et à une capacité de travail entière et inchangée depuis 2003 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Par décision sur opposition du 6 août 2008, l'OAI a confirmé son refus de droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, considérant que les nouveaux documents médicaux versés au dossier ne permettaient pas de mettre en doute les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 1^{er} mars 2006.

B. X. _____ a recouru contre cette décision sur opposition le 15 septembre 2008, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il soutient que le trouble somatoforme dont il souffre est invalidant au sens de la jurisprudence et que les éléments du dossier ne permettent pas de retenir une exagération des symptômes ou une simulation. Il reproche en outre à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des ses problèmes artériels, pour lesquels il a finalement dû être opéré. Il se prévaut à cet égard d'un rapport du Dr P. _____ du Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier Z. _____, du 26 août 2008, qui pose le diagnostic d'occlusion d'un stent de l'artère iliaque commune gauche et atteste un arrêt de travail complet du 26 au 31 août 2008.

Dans sa réponse du 27 janvier 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il réfute le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et considère que l'affection artérielle, bien qu'entraînant de nouvelles limitations fonctionnelles (marche autre qu'occasionnelle dans les escaliers, marche à plat sur des distances supérieures à 200 à 300m), ne modifie pas la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, conformément à un nouvel avis du SMR du 13 janvier 2009.

Dans leur échange d'écritures subséquent, les parties ont maintenu leur position.

La mise en œuvre d'une expertise psychiatrique a été confiée par le juge instructeur au Dr F._____, psychiatre et psychothérapeute, lequel s'est entretenu à deux reprises avec le recourant et a rendu son rapport le 29 octobre 2009. Celui-ci pose les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen, chronique), ainsi que de trouble mixte de la personnalité, et parvient à la conclusion que ces affections n'induisent pas d'incapacité de travail sur le plan psychique. A l'appui de ses conclusions, l'expert expose ce qui suit:

"Appréciation asséculoologique"

[...]

- *Appréciation clinique*

En premier lieu, il convient de faire une appréciation clinique de la situation. L'assuré présente certes un état dépressif. Celui-ci n'a pourtant rien d'inquiétant, sachant aussi un certain degré de discordance entre les plaintes subjectives et ce qui est objectivement constaté en consultation. Le sujet ne paraît pas forcément triste. Il n'est pas ralenti. La présentation n'est pas celle d'une personne gravement déprimée qui susciterait l'inquiétude d'un praticien expérimenté.

Les éléments de personnalité pathologique sont évidents. Il y a l'impulsivité. Il y a le sentiment d'une certaine pression sur le soussigné, les menaces suicidaires venant à point pour souligner la sévérité des troubles psychiques et le risque couru en cas de refus de prestations. Il y a aussi une certaine détresse d'un sujet qui paraît peu capable d'accepter une atteinte même minime à sa santé.

Cliniquement, l'assuré ne donne pourtant pas l'impression de troubles psychiatriques de gravité telle qu'ils justifient une incapacité de travail.

Il faut enfin souligner que M. X._____ a des ressources. Il a pu voyager seul de Penthelaz à Sion à deux reprises, sans faire état de difficultés particulières. Il a géré deux consultations d'expertise de façon efficace. Il sait défendre son dossier et faire valoir ce qu'il estime être ses droits face à l'expert. Il n'a jamais présenté de limitations psychiques objectives lors de cette observation telles qu'elles puissent avoir des répercussions sur la capacité de travail. Au vu [de] l'impression clinique globale, il est parfaitement exigible que M. X._____ reprenne une activité professionnelle à 100% dans un travail adapté aux limitations physiques qui ont été décrites au dossier.

- *Points nécessitant un examen particulier*

Dans un tel contexte, il [est] d'usage d'examiner un certain nombre de points particuliers. Le plus important est indiscutablement celui de la comorbidité psychiatrique.

Dans le cas présent, on est tout au plus face à un trouble dépressif de sévérité moyenne. Ce degré de gravité a été retenu sur la base des plaintes de l'assuré. Comme dit plus haut, ces plaintes ne sont pas véritablement congruentes à ce qui a été observé lors des deux consultations d'expertise. Le trouble dépressif est tout au plus de sévérité moyenne. Il n'est pas incapacitant en soi dans le métier de l'assuré. Il n'y a dès lors aucun motif d'envisager ce trouble dépressif séparément de ce que comprend déjà l'entité clinique de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Le trouble de la personnalité valide l'impulsivité. Il valide également une difficulté à accepter une atteinte même minime à la santé. Il pourrait expliquer de nouveaux gestes auto-agressifs (prise de médicament abusive, alcoolisations) pour le cas où l'assuré se verrait refuser les prestations auxquelles il pense avoir droit. Ce trouble n'a pourtant pas valeur incapacitante en soi. Les troubles de personnalité remontent, par définition, aux débuts de l'âge adulte. L'assuré a dans la règle bien fonctionné jusqu'aux événements en cause aujourd'hui. Même si les traits de personnalité pathologique sont aujourd'hui quelque peu exacerbés, il n'y a pas de motif à leur conférer valeur incapacitante *per se*.

Pour le reste, on peut valider un processus maladif de longue durée, au vu de l'histoire de l'assuré.

La chronicité peut être partiellement admise. La symptomatologie de l'assuré n'est pourtant pas totalement fixée. Les troubles de l'assuré relèvent d'une certaine plasticité. On ne [peut] pas parler de véritable cristallisation de la pathologie psychique.

La présentation de M. X. _____ varie en effet d'une consultation à l'autre. Il y a eu des troubles du comportement en 2006 (abus médicamenteux, alcoolisations, menaces suicidaires) qui ne sont pas réapparus par la suite. S'il est vrai que M. X. _____ résiste au traitement *lege artis* pour tout un pan de sa symptomatologie, il répond aussi à certaines mesures thérapeutiques pour ce qui relève plus de la maladie que d'un comportement anormal de malade.

M. X. _____ garde par ailleurs un réseau social conséquent. Il conserve les liens familiaux: épouse, filles, petits-enfants. Il a des amis. Il reste intégré dans son village. On n'a manifestement pas ici le retrait social et la marginalisation de certains douloureux chroniques sévérißsimes. Il n'y a aucun doute là-dessus.

• *Conclusion*

Au terme de son évaluation, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Cette constatation se fonde tant sur l'impression clinique que sur les critères habituellement considérés en cas de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Conclusions

En conclusion, M. X. _____ est un ressortissant espagnol de 57 ans, marié, père de deux enfants qui vit maintenant seul avec son épouse.

L'histoire de cet assuré ne rapporte pas une enfance et une adolescence particulièrement traumatiques. Sur le plan psychiatrique, on doit essentiellement retenir un premier épisode dépressif à l'âge de 18 ans.

L'assuré a donné ses premiers signes de difficultés psychologiques au début des années 2000. Divers indices laissent penser qu'il y avait des tensions sur les lieux de travail, sans que celles-ci puissent être formellement établies. M. X. _____ a été licencié dès le terme du délai de protection en cas de maladie.

L'évolution diagnostique est allée vers un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble dépressif et un trouble de [la] personnalité. A quelques nuances près, il n'y a pas de désaccord diagnostique entre les différents intervenants médicaux cités dans ce dossier.

Tant la présentation clinique actuelle que les critères habituellement considérés en cas de trouble somatoforme font réfuter toute incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. L'assuré conserve manifestement des ressources conséquentes et il est raisonnablement exigible qu'il reprenne en plein une activité lucrative qui tiendrait compte des limitations physiques déjà décrites au dossier.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. On peut s'attendre à ce que M. X. _____ devienne plus symptomatique, en cas de refus des prestations. Sur le plan médical, il n'y a pourtant pas de mesures supplémentaires à proposer, sachant que l'assuré bénéficie tout de même d'un encadrement médical conséquent qui pourrait être activé rapidement au moment approprié.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez un sujet qui semble s'être campé dans une position d'avoir droit et dans un statut d'invalidé. Si l'assuré en faisait la demande et dans la mesure où il y aurait droit, une aide au placement pourrait lui être proposée".

Les parties ont été invitées à se déterminer sur cette expertise. Dans son écriture du 12 novembre 2009, l'OAI a déclaré adhérer aux conclusions de l'expert. Le recourant a pour sa part relevé, le 25 novembre 2009, que l'expert avait posé le diagnostic d'état dépressif majeur, de sorte que le trouble somatoforme douloureux devait être considéré comme invalidant.

Par courrier du 14 décembre 2009, le Dr F. _____ s'est prononcé sur les observations du recourant de la manière suivante:

"Au terme de mon évaluation, j'ai effectivement retenu l'entité diagnostique de syndrome douloureux somatoforme persistant, en accord avec ce qui a été constamment noté dans ce dossier.

Tant mon impression clinique que les critères habituellement considérés dans un tel cas parlent contre une incapacité de travail psychiatrique. Les arguments qui ont conduit à cette conclusion ont été développés explicitement en page 16, 17 et 18 de mon rapport médical du 29.10.2009 et je ne pense qu'il y ait lieu de les répéter ici.

Il convient néanmoins de lever une ambiguïté liée à la formulation diagnostique utilisée pour les états dépressifs et à ce que désigne effectivement le trouble dépressif *majeur* dans le DSM-IV-TR.

La CIM-10 utilise la terminologie *d'épisode dépressif léger, moyen ou sévère*, pour les épisodes uniques. Elle utilise la terminologie de *trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, moyen ou sévère*, lorsqu'il y a notion de plusieurs épisodes dépressifs.

Le DSM-IV-TR utilise quant à lui la terminologie de *trouble dépressif majeur état actuel léger, moyen ou sévère*, pour les épisodes uniques. Il utilise la terminologie de *trouble dépressif majeur récurrent état actuel léger, moyen ou sévère*, lorsqu'il y a notion de plusieurs épisodes dépressifs.

Les catégories diagnostiques définies par le DSM-IV-TR correspondent exactement à celles de la CIM-10. *Le qualificatif de majeur du DSM-IV-TR ne vaut pas pour une sévérité particulière de dépression*. Par ce qualificatif de majeur, le DSM-IV-TR veut signifier que le tableau dépressif atteint un certain seuil diagnostique, sans plus. En clair, un trouble dépressif majeur peut aussi être léger; le trouble dépressif majeur n'est pas forcément assimilable à une pathologie psychiatrique grave, malgré son nom.

Un tableau comparatif des principales catégories diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-IV-TR et de celles de la dépression en particulier, peut être consulté dans des ouvrages spécialisés. Il permet au non médecin de mieux saisir le sens de certains rapports médicaux.

En l'occurrence, l'assuré X. _____ souffre d'un trouble dépressif majeur, état actuel moyen, selon la terminologie du DSM-IV-TR. Il présente un épisode dépressif moyen, selon la terminologie de la CIM-10. Il s'agit d'une pathologie dépressive de gravité moyenne qui ne saurait être assimilée à une comorbidité psychiatrique d'acuité et de durée suffisamment importantes pour qu'elle doive être considérée séparément du syndrome douloureux somatoforme persistant.

Sur le plan médico-théorique, on peut raisonnablement exiger de l'assuré X. _____ qu'il fasse l'effort de volonté nécessaire pour surmonter la douleur somatoforme et pour se réintégrer dans le monde ordinaire du travail".

Invitées à se déterminer sur ce complément d'expertise, les parties ont confirmé leurs conclusions. L'OAI a produit un nouvel avis du SMR du 11 janvier 2010, qui se rallie à l'appréciation de l'expert.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes

devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI.

Le recourant soutient que son état de santé ne lui permet pas de reprendre une quelconque activité professionnelle. Il sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité, se bornant à conclure à l'octroi de cette prestation.

L'OAI estime quant à lui que le recourant conserve une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert.

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

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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

c) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2).

Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.1). La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond donc pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. La tâche de

ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

d) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner - outre les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TF 9C_499/2009 du 16 décembre 2009, consid. 4.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si

ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence; TF 9C_451/2009 du 22 mars 2010, consid. 2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le

fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

e) Le juge des assurances sociales doit examiner 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, il 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 consid. 5.1; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 4.3).

3. a) En l'espèce, la décision attaquée se fonde essentiellement sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 1^{er} mars 2006, lequel parvient à la conclusion que le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques à compter du mois de juin 2003.

b) D'un point de vue somatique, ce rapport relève que les troubles dégénératifs du rachis et de l'épaule n'expliquent qu'une partie des symptômes présentés et qu'il existe une importante discordance entre l'atteinte à la santé objectivable et les plaintes du recourant. Il retient un certain nombre de limitations fonctionnelles, décrites précisément, qui contre-indiquent la reprise de l'activité professionnelle antérieure, mais n'empêchent pas l'assuré d'exercer une activité adaptée à 100 pour-cent. Cette appréciation résulte d'examens approfondis et d'une bonne connaissance du dossier, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Elle ne saurait en particulier être remise en cause par l'avis opposé du médecin traitant du recourant, le Dr C._____, lequel est moins documenté et motivé. L'assuré ne prétend d'ailleurs pas que les conclusions du SMR sur le plan somatique soient erronées, se limitant à reprocher à l'intimé une absence de prise en considération de son affection artérielle. A cet égard, il sied de constater que le Dr P._____ n'a prescrit qu'un arrêt de travail limité à six jours et que les nouvelles limitations fonctionnelles engendrées ne sont pas nombreuses et complexes au point de diminuer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, comme le relève à juste titre le SMR dans son avis du 13 janvier 2009.

c) Sous l'angle psychique, le Dr B._____ du SMR explique de manière systématique et détaillée les raisons pour lesquelles il estime que le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble anxieux et dépressif mixte diagnostiqués n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Il relève en particulier que la comorbidité psychiatrique ne revêt pas une importance et une gravité suffisantes pour être invalidante, que le syndrome anxio-dépressif constitue un phénomène d'accompagnement

des douleurs chroniques et qu'il existe des divergences conséquentes entre les douleurs décrites et les constatations médicales.

Ces considérations rejoignent celles qui figurent dans l'expertise judiciaire du Dr F._____, qui constate également un certain degré de discordance entre les plaintes formulées par le recourant et les constatations objectives. S'il reconnaît le caractère pathologique de la personnalité de l'assuré, il estime néanmoins que les troubles présentés ne sont pas d'une gravité telle qu'ils justifient une incapacité de travail. En effet, l'expert est d'avis que le trouble dépressif doit être qualifié tout au plus de sévérité moyenne et qu'il ne constitue pas une affection séparée du syndrome somatoforme douloureux. Il relève en outre que le recourant conserve d'importantes ressources et qu'il n'a pas connu de difficultés particulières jusqu'à aujourd'hui, quand bien même les troubles de la personnalité remontent au début de l'âge adulte. Il indique enfin qu'il n'y a ni véritable cristallisation de la pathologie psychique, ni perte d'intégration sociale, dès lors que la symptomatologie n'est pas totalement fixée et que l'intéressé conserve un réseau social non négligeable. En conséquence, l'expert considère que le traitement administré est adéquat et qu'il est raisonnablement exigible de la part du recourant qu'il reprenne à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

Le rapport d'expertise psychiatrique du 29 octobre 2009 et son complément du 14 décembre suivant procèdent d'un examen attentif du dossier médical et de deux consultations du recourant, et répondent de manière claire et motivée aux questions posées, ainsi qu'à la systématique propre aux troubles dont il est question. Ils remplissent ainsi parfaitement les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 2e). Cela étant, les conclusions de l'expert psychiatre doivent supplanter celles du Dr C._____, lequel n'est pas spécialiste et est naturellement plus enclin à se prononcer en faveur de son patient, ainsi que celles des Drs V._____ et H._____, dont le rapport du 30 juin 2004 est moins étayé et plus ancien. Quant au Dr Q._____, il ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail exigible.

d) Au vu de ces éléments, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'autorité intimée, que le recourant dispose d'une capacité de travail exigible de 0% dans son ancienne profession, mais de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, depuis le mois de juin 2003.

4. S'agissant du calcul du préjudice économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas critiquable dans son résultat et doit donc être confirmée. Il en résulte un revenu sans invalidité de 64'518 fr. 80, selon les indications fournies par l'employeur de l'assuré, qui, comparé au revenu avec invalidité de 51'532 fr. 42 (et non de 53'016 fr. 78 tel que figurant dans la décision litigieuse) établi sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique avec un abattement de 10% en l'occurrence non critiqué et justifié, correspond à un taux d'invalidité global de 20,13%, arrondi à 20% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit :

$$\frac{(64'518 \text{ fr. } 80 - 51'532 \text{ fr. } 42) \times 100}{64'518 \text{ fr. } 80}$$

Ce taux, inférieur à 40%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI).

5. En définitive, circonscrit à l'octroi d'une rente, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 août 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de X._____.
- 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 :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour X._____),
- 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).

La greffière :