

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 mai 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Pittet et Zbinden, assesseurs  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Laurent Maire, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8, 16 et 17 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré) est né le 8 avril 1955 en Bosnie-Herzégovine. Dès 1987, il a travaillé comme manœuvre à Grandson. Souffrant du dos, il a déposé le 18 juin 1999 une demande de prestations AI, sollicitant un reclassement professionnel, des mesures médicales et une rente.

**b)** Sur le plan somatique, de nombreux rapports des médecins qui ont traité Z.\_\_\_\_\_ ont été versés au dossier. L'assuré a présenté plusieurs épisodes d'incapacité de travail dès le 7 mai 1997. Elles ont abouti à une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée à partir du 25 mars 1999. Suite à un accident non professionnel, soit une glissade dans des escaliers le 30 août 1998, l'assuré a été indemnisé par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents jusqu'au 9 décembre 1998.

**c)** Selon un rapport médical du 7 juillet 1999 du Dr K.\_\_\_\_\_ du Service de rhumatologie du CHUV, confirmant un rapport antérieur du 3 juin 1999, après un séjour hospitalier effectué par l'assuré dans le service, du 5 au 21 mai 1999, qui avait été précédé d'un autre séjour au Centre hospitalier d'Yverdon Chamblon (ci-après: CHYC) du 29 mars au 1<sup>er</sup> avril 1999, les diagnostics étaient ceux d'exacerbation aiguë de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques du rachis, de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif réactionnel probable; il existait aussi une atteinte à l'oreille gauche sous forme d'otite moyenne chronique et de cholestéatome; le traitement consistait en antalgiques et antidépresseurs. Le Dr K.\_\_\_\_\_ estimait que la capacité de travail ne pouvait être évaluée et qu'une activité adaptée devait exclure le port de charges lourdes.

Le 21 juillet 1999, les Drs L.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie du CHUV, ont précisé leur évaluation de la capacité de travail de l'assuré en déclarant qu'il était apte à travailler à 100 % dans

une activité professionnelle adaptée, c'est-à-dire dans un travail léger sans port de charges lourdes, évitant des mouvements répétitifs.

**d)** Cette aptitude professionnelle avait déjà été relevée par le Dr F.\_\_\_\_\_, neurologue à Lausanne, qui, dans un rapport du 22 octobre 1998, avait constaté la présence d'une lombosciatalgie essentiellement irritative, sans aucun argument pour une symptomatologie déficitaire, ainsi que par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie à Orbe et médecin chef au CTR d'Orbe, qui avait retenu, dans un rapport du 18 novembre 1998, le diagnostic de lombalgies sur troubles statiques et discopathie, en relevant que les lombosciatalgies droites étaient apparues à la suite de la glissade dans les escaliers du 30 août 1998.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de X.\_\_\_\_\_, assureur pour les indemnités journalières maladie, avait aussi estimé, le 10 juin 1997, que l'assuré, qui était en incapacité totale de travail depuis le 7 mai 1997 en raison de lombalgies, allait être apte à reprendre son activité d'ici une dizaine de jours, nonobstant la présence de troubles dégénératifs de la colonne lombaire sans hernie discale vraie, en l'absence de limitation sur le plan ostéo-articulaire et d'atteinte radiculaire permettant de justifier un arrêt de travail prolongé.

Dans un rapport du 25 juin 1999, le Dr S.\_\_\_\_\_ a noté que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré, en raison de la présence d'un trouble somatoforme douloureux, dans le contexte d'un état dépressif, de sorte que la reprise du travail dans le bâtiment, ni même dans une activité adaptée, ne paraissait plus envisageable. Il estimait que l'incapacité totale de travail ayant débuté le 25 mars 1999 devait être maintenue et craignait que l'évolution ne fût défavorable pour la reprise d'une activité quelconque. Le 8 septembre 1999, X.\_\_\_\_\_ a toutefois informé l'assuré qu'elle le considérait comme inapte comme ouvrier du bâtiment, mais apte à exercer toute activité légère et adaptée. En conséquence, elle a mis fin aux indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> février 2000.

**e)** Vu l'attitude plaintive et démonstrative de l'assuré, la division administrative de l'OAI a estimé qu'aucune mesure professionnelle n'était envisageable et a proposé de procéder à une évaluation théorique du cas.

**f)** Mandaté par l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne, a procédé à une expertise psychiatrique, effectuant le 15 février 2002 un entretien avec l'assuré en présence d'un interprète et des tests cliniques psychométriques avec l'assistance d'une psychologue. Dans son rapport du 8 mars 2002, il a posé les diagnostics suivants :

- Axe I: dysthymie de degré léger;  
trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale de degré léger avec majoration volontaire des symptômes;  
non observance au traitement (Tramal, Ponstan);
- Axe II: pas de trouble de la personnalité majeur;
- Axe III: lombalgies chroniques;
- Axe IV: inadaptation socio-culturelle; pas de stress aigu.

Selon cet expert, l'assuré ne présentait aucune limitation sur le plan psychique et mental; des facteurs d'ordre extra-médical, à savoir des problèmes linguistiques, un manque de motivation, des difficultés socio-économiques et une inadaptation socio-culturelle étaient au premier plan. La capacité de travail était totale du point de vue psychiatrique. Des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées, l'assuré ne manifestant aucune motivation dans ce sens; il n'y avait aucune mesure indispensable à entreprendre du point de vue médical, vu la non-observance démontrée.

**g)** L'atteinte auditive présentée par l'assuré a donné lieu à plusieurs traitements et notamment une intervention chirurgicale. L'intéressé a bénéficié d'un appareillage, pris en charge par l'AI à titre de moyen auxiliaire, bien adapté et dont il s'est dit satisfait selon un rapport du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH ORL et chirurgie cervico-faciale à Yveron-les-Bains, du 6 décembre 2002.

**h)** Le 17 mai 2002, se fondant notamment sur une appréciation du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) du 13 mai 2002, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant la demande de rente et de mesures professionnelles, au motif que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Par lettre du 27 mai 2002, l'assuré a contesté ce projet. Il a été appuyé par son médecin traitant, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin généraliste à La Tour-de-Peilz, qui par lettre du 3 juin 2002 a déclaré que la reprise du travail était totalement impossible, notamment en raison d'une rigidité lombaire.

Par décision du 4 décembre 2002, l'OAI a confirmé son projet de décision, en reprenant les arguments de son préavis du 17 mai 2002.

**i)** Le 20 janvier 2003, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant à l'octroi de mesures de reclassement, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le 4 décembre 2003, il a produit un rapport de sortie du CHYC du 25 novembre 2003 établi - postérieurement à la décision attaquée - suite à un nouveau séjour intervenu du 10 au 31 octobre 2003. Les diagnostics antérieurs y étaient complétés par ceux de lombosciatalgies déficitaires chroniques sur hernie discale paramédiane droite L4-L5, en contact avec la racine de L5 à droite, de suspicion de troubles cognitifs, de gastrite chronique et d'état dépressif; le status à l'entrée indiquait un patient en bon état général, avec un faciès dépressif; une consultation faite le 29 octobre 2003 par le Dr T. \_\_\_\_\_, psychiatre à Yverdon-les-Bains, concluait à des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive dans un contexte de non-reconnaissance de la maladie de l'assuré par l'AI.

**j)** Par jugement du 2 juin 2004 (AI 19/03), le Tribunal des assurances a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 4 décembre 2002. Il a retenu que, sur le plan somatique, il était patent que le recourant était en mesure d'exercer à plein temps une activité légère

telle que définie par les médecins; le rapport du 2 mai 2003 du nouveau médecin traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation à Yverdon-les-Bains, produit par le recourant, le confirmait. Sur le plan psychiatrique, l'expertise mise en œuvre par l'AI concluait à une absence totale d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques, en relevant notamment la majoration des symptômes par le recourant et les nombreux facteurs extra-médicaux, qui étaient au premier plan; l'avis du 3 juin 2002 de l'ancien médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, non motivé, ne pouvait infirmer cette appréciation et ne pouvait l'emporter sur ceux des spécialistes et de l'expert. Vu la capacité totale dans une activité adaptée, il y avait lieu, pour évaluer l'invalidité, de procéder à la comparaison des revenus. Celle-ci faisait apparaître un degré d'invalidité de 16,56 %, lequel n'ouvrait ni droit à la rente, ni droit à des mesures professionnelles. Relevant que le dernier rapport du CHYC n'indiquait pas une réelle aggravation sur le plan somatique, mis à part le diagnostic de hernie discale L4-L5 et de suspicion de troubles cognitifs, le Tribunal des assurances a précisé que si le recourant présentait une péjoration de son état établie en 2003, il pouvait demander à l'OAI le réexamen de son cas, en produisant des documents médicaux à l'appui de sa requête.

**B. a)** Le 18 mai 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une rente.

**b)** Dans un rapport médical du 22 juillet 2005 adressé à l'OAI, la Dresse J.\_\_\_\_\_, et le Dr G.\_\_\_\_\_, respectivement médecin-assistante et chef de clinique à l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon, ont notamment exposé ce qui suit:

"Notre évaluation psychiatrique nous a permis de mettre en évidence des graves troubles cognitifs, des difficultés praxiques ainsi que de jugement, des modifications du comportement alimentaire et un abandon de soins corporels associés à une symptomatologie anxio-dépressive. D'après l'hétéro-anamnèse, l'évolution se fait défavorablement depuis 5 ans, ce qui aurait été mis sur le compte des problèmes somatiques ainsi que d'un trouble dépressif.

Sur le plan somatique, il est connu pour des lombosciatalgies déficitaires chroniques sur hernie discale et pour une gastrite chronique.

Un IRM cérébral du mois d'avril 2005 s'est montré dans les normes.

Le pronostic sur le plan psychiatrique est défavorable, l'incapacité de travail totale et une reprise de travail semblent illusoire.

Concernant le suivi psychiatrique dans notre unité, le patient est vu régulièrement une fois par mois. Une évaluation neuropsychologique approfondie dans un service spécialisé a été demandée et le traitement médicamenteux va être réévalué une fois le diagnostic précisé".

**c)** Dans un rapport médical du 13 juin 2006 adressé à l'OAI, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ et le Dr D. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-assistante et médecin-adjoint à l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, existant depuis 1998, et estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Ils ont exposé ce qui suit:

"1. Traitement du 28 février 2005 toujours en cours

2. Dernier examen le 26 mai 2006

3. Anamnèse

M. Z. \_\_\_\_\_ est un homme de 51 ans d'origine bosniaque, marié et père de 4 enfants: deux filles de 25 et 23 ans et deux garçons de 19 et 10 ans. Les parents ainsi qu'un frère de M. Z. \_\_\_\_\_ auraient été tués pendant la guerre.

Concernant la scolarité, le patient a suivi l'école obligatoire dans son pays jusqu'à l'âge de 16 ans. Il est en Suisse depuis 1988 où sa famille le rejoint en 1992 juste après le début de la guerre en Bosnie. M. Z. \_\_\_\_\_ a travaillé en tant que maçon pour l'entreprise E. \_\_\_\_\_ jusqu'en 1999 date depuis laquelle il est en arrêt maladie suite à plusieurs accidents de travail. A partir de cette époque, il a commencé à présenter des lombalgies chroniques et des douleurs dans les jambes. Une demande AI a été déposée suite à la symptomatologie mais a été refusée. Les 2-3 dernières années, l'état psychique de M. Z. \_\_\_\_\_ s'est détérioré progressivement. Un examen psychologique datant du 24 octobre 2003 évoque des difficultés de mémoire antérograde et des capacités de mémoire immédiate dans les limites de la norme. Il présente également un fléchissement exécutif modéré, cette symptomatologie étant compatible avec un état dépressif. Il a été recommandé d'effectuer une autre évaluation d'ici 6 mois à un an.

En février 2005, M. Z. \_\_\_\_\_ a pris contact avec notre Unité sur le conseil de son médecin de famille qui avait constaté «des attitudes bizarres et de sérieux troubles de comportement». Actuellement, le patient touche l'aide sociale et il habite avec sa femme et ses deux fils.

#### 4. Plaintes subjectives

M. Z. \_\_\_\_\_ se plaint de troubles du sommeil de type insomnie d'endormissement et réveil précoce au milieu de la nuit, d'une perte d'intérêt, d'une anhédonie et d'une aboulie.

#### 5. Constatations objectives

Le patient vient aux rendez-vous avec son fils qui fait office de traducteur. Parfois le patient parle spontanément un peu de français et il nous donne l'impression qu'il en comprend beaucoup plus.

Il s'agit d'un homme de 51 ans qui fait plus que son âge, à la tenue et à l'hygiène sans particularité. Nous notons depuis le début, un important ralentissement psychomoteur, un regard fixe, des moments de perplexité et une anxiété flottante. La thymie est triste et le visage figé. Les entretiens sont difficiles car le patient a besoin d'être stimulé sans arrêt même pour avoir une conversation brève. Il évoque une perte d'intérêt, une aboulie, un apragmatisme, une apathie. Il est désorienté dans le temps et partiellement orienté dans l'espace. Nous constatons d'importants troubles de la mémoire de fixation et de l'évocation ainsi que des troubles de l'attention. Il présente une projection négative dans l'avenir, des idées d'inutilité et de mort, sans être franchement suicidaires. Il dit entendre presque en permanence un bruit dans sa tête. Le discours est très pauvre, triste, parfois marqué par des pleurs lorsqu'il évoque les problèmes relationnels avec ses parents et le décès de sa grand-mère qui l'aurait élevé. Les membres de la famille (son fils, sa femme) nous ont raconté qu'à la maison, M. Z. \_\_\_\_\_ se montre irritable, parfois agressif verbalement. Il parle très peu avec les autres et il passe beaucoup de temps dans des activités répétitives: il marche dans sa chambre, il soliloque. Il a besoin d'être stimulé pour les soins personnels. Quelques fois quand il sort seul, il est retrouvé par les membres de sa famille, apparemment égaré dans le même parc sans pouvoir expliquer ce qu'il a fait entre temps. Il n'a pas d'amis ni aucun contact social.

Le patient et la famille nient une consommation d'alcool et de substances psycho-actives.

#### 6. Examens médicaux spécialisés

Un examen IRM cérébral qui date du 18 avril 2005 se situe dans les normes.

Consultation spécialisée de la mémoire du 21 décembre 2005 effectuée dans le service de neurologie du CHUV. Cet examen montre que les signes dépressifs sont au premier plan de la symptomatologie (pleurs fréquents, thymie triste, perte de plaisir, apathie, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigue, perte de l'estime de soi, douleurs chroniques, modification importante de l'appétit et du sommeil). Il est difficile de se prononcer quant à l'ampleur des déficits cognitifs chez un patient qui montre une apathie marquée, qui semble renoncer à parler en français et qui donne un effort très réduit pendant l'examen alors que celui-ci montre des capacités normales dans les praxies idéomotrices, des attitudes visuo-perceptives.

L'examen neurologique est sans signe de latéralisation. Un processus dégénératif, comme la maladie d'Alzheimer, nous semble peu probable dans ce contexte. L'hypothèse d'une forme de démence fronto-temporale reste peu probable en raison d'un trouble de l'humeur prédominant le tableau. Le traitement du syndrome dépressif sévère (pseudodémence) que nous estimons être la cause la plus probable du tableau clinique est pour l'instant peu efficace.

## 7. Thérapie / Pronostic

M. Z. \_\_\_\_\_ suit actuellement une thérapie intégrée avec des entretiens toutes les 3 semaines et un traitement médicamenteux neuroleptique, anxiolytique et antidépresseur. Après l'introduction du traitement neuroleptique, nous avons obtenu une diminution de l'impulsivité et une légère amélioration du sommeil. Par contre la symptomatologie négative comme l'apathie, l'aboulie, le retrait social, l'idéation noire ainsi que les troubles cognitifs restent très importants. Le pronostic est défavorable avec la perspective d'une chronification de la symptomatologie dépressive. Une reprise du travail ou une réorientation professionnelle ne sont pas envisageables actuellement".

**d)** Sur proposition de la Dresse N. \_\_\_\_\_ dans un avis médical SMR du 24 août 2006, une nouvelle expertise a été demandée par l'OAI au Dr P. \_\_\_\_\_, malgré l'opposition de l'assuré qui craignait "qu'il se produise la même chose qu'avec un des patients du Dr P. \_\_\_\_\_" - à savoir que le patient en question "c'est suicider après l'entretien du docteur sou mentionné" -, l'OAI ayant constaté par lettre du 4 juin 2007 que les arguments soulevés ne permettaient pas de récuser le Dr P. \_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 29 novembre 2007, fondé notamment sur un entretien que l'expert a eu avec l'assuré le 7 septembre 2007 en présence d'un interprète indépendant et sur des tests psychométriques effectué avec l'assistance d'une psychologue, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants:

Axe I: dysthymie de degré léger;  
névrose de rente, éventuellement trouble de conversion mixte avec majoration des symptômes;  
non ou mauvaise observance au traitement (Risperdal);  
Axe II: pas de trouble majeur de la personnalité;  
Axe III: lombalgies chroniques;  
Axe IV: inadaptation socio-culturelle; problèmes économiques; (autres ?)

Le Dr P. \_\_\_\_\_ a en outre relevé ce qui suit:

"En définitive, de nombreux éléments vont dans le sens d'une amplification des symptômes:

- a) un ton dramatique, démonstratif.
- b) plaintes permanentes sur un ton parfois un peu accusateur vis-à-vis du corps médical, de la société, de sa famille.
- c) La souffrance manifeste est souvent floue, mal systématisable.
- d) Le niveau de participation est insuffisant.
- e) Il y a des incohérences frappantes, une attitude revendicatrice sous-jacente, une faible initiative et de volonté de coopération insuffisante.

Ici le parcours asséurologique indique manifestement que le sujet s'oriente vers l'obtention d'une rente invalidité qui ici offre des solutions concrètes à des problèmes de réalité.

[...]

Dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas d'éléments en faveur de troubles de la personnalité majeurs antérieurs, de comorbidité psychiatrique majeure bien que difficile à établir, une affection corporelle comorbide qui n'est pas véritablement présente, ni une perte d'intégration sociale ou familiale consécutive à la maladie".

**e)** Le 29 mai 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de prestations, au motif qu'il ressortait de l'expertise psychiatrique effectuée le 7 septembre 2007 que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles.

Le 5 juin 2008, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, en faisant valoir qu'il y avait aggravation de son état de santé depuis 2005 et qu'une demande de consultation en neurologie était en cours.

Dans un rapport médical du 19 septembre 2008, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service de Neurologie du CHUV, a exposé qu'une IRM lombaire effectuée le 11 août 2008 ne montrait que des discopathies chroniques L4-L5 et L5-S1 sans hernie discale et sans conflit radiculaire notamment avec la racine L4 à droite, de sorte qu'il n'avait pas d'explications pour les symptômes de l'assuré et ne pouvait pas se prononcer quant à son incapacité de travail.

Dans un avis médical SMR du 24 novembre 2008, les Drs A.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont indiqué que le neurologue consulté ne trouvait pas d'explication des symptômes et des troubles de l'assuré par des faits appartenant au champ médical somatique; il n'y avait donc pas de fait nouveau dans le champ médical et l'exigibilité médicale d'une capacité de travail de 100 % restait inchangée.

**f)** Le 28 novembre 2008, l'OAI a rendu une décision de contenu identique à son projet de décision du 29 mai 2008. Dans une lettre explicative également datée du 28 novembre 2008, il a précisé qu'il ressortait des renseignements médicaux complémentaires reçus depuis le courrier de l'assuré du 5 juin 2008 contestant le projet de décision que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié depuis l'expertise complémentaire du 7 septembre 2008, de sorte que le projet de décision du 29 mai 2008 devait être entièrement confirmé.

**C. a)** L'assuré recourt contre cette décision par acte du 13 janvier 2009. Il reproche à l'OAI d'avoir fondé sa décision uniquement sur le rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, alors qu'il avait demandé la récusation de cet expert et qu'il existe des rapports médicaux contredisant l'avis de l'expert. Selon le recourant, le SMR ne pouvait se contenter de faire siennes les conclusions du rapport d'expertise, sans le confronter au rapport médical de l'Unité de psychiatrie ambulatoire à Yverdon-les-Bains (ci-après: UPA) du 13 juin 2006, sur lequel se fondait la nouvelle demande de prestations présentée le 18 mai 2005. Le recourant critique le rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, qui serait insuffisant et en outre contredit par quatre médecins psychiatres de l'UPA, lesquels ont vu le recourant à plusieurs reprises. Enfin, le recourant relève qu'il avait demandé la récusation de l'expert et que l'appréciation du rapport d'expertise devrait, conformément à la jurisprudence, tenir compte de l'apparence de prévention. Estimant que la constatation des faits est incomplète car elle ne tient pas compte des atteintes physiques, et se référant à cet égard à la jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux, le recourant sollicite la mise en oeuvre d'une expertise

rhumato-psychiatrique, subsidiairement d'une expertise médicale complémentaire à confier à un expert neutre. Sur le fond, il conclut, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente complète dès le 10 mai 2005, et subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

**b)** Dans sa réponse du 26 mars 2009, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il fait valoir que la valeur probante du premier rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ avait été confirmée par le Tribunal des assurances. Quant aux troubles somatoformes douloureux dont souffre le recourant, les différentes conditions posées par la jurisprudence pour retenir le caractère non exigible d'un effort de volonté afin de surmonter la douleur ne sont pas remplies. Le syndrome douloureux somatoforme dont souffre le recourant ne saurait donc être considéré comme invalidant.

**c)** Une expertise psychiatrique judiciaire a été ordonnée par le juge instructeur. Après avoir recueilli les déterminations des parties, qui se sont exprimées respectivement le 18 mai 2009 et le 22 juin 2009 - le recourant s'étant exprimé dans le sens de la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire à confier au Centre d'expertise multidisciplinaire de la Policlinique universitaire de Lausanne -, le juge instructeur a désigné comme expert le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Yverdon-les-bains, qui a rendu son rapport le 17 novembre 2009.

Le rapport de l'expert contient une anamnèse (p. 3-4), les plaintes et descriptions subjectives de l'assuré (p. 5), les réponses de l'assuré aux questions permettant d'appliquer les critères de l'échelle d'autoévaluation Hamilton (situation globale/sociale, physiologique, médicale et psychiatrique; p. 6-9), un résumé du dossier et de l'historique médical (p. 9-12), les constatations cliniques, sous la forme des observations cliniques de l'expert (p. 12-15) et d'observations cliniques résumées selon le système AMDP sous forme d'échelle

psychopathologique (p. 15-17), les résultats des analyses sanguines (p. 18), la discussion (p. 19-24), les diagnostics et conclusions (p. 24) et les réponses aux questions (p. 24-26). L'expert a notamment exposé ce qui suit:

#### "VII. Discussion

[...]

Il s'agit dans cette situation d'analyser un homme de maintenant 54 ans, qui est dans un parcours médico-asséurologique depuis précisément 10 ans. Son atteinte a commencé avec des lombalgies qui l'ont conduit dans un premier temps à des arrêts de travail.

Monsieur Z. \_\_\_\_\_ est originaire de Bosnie, fils d'un coiffeur. Il existe pour son enfance la particularité que ses parents se sont divorcés très jeunes. Sa mère l'a pratiquement abandonné, il n'a plus jamais eu de contacts avec elle, son père a fait sa vie ailleurs mais l'assuré a été pris en charge par sa grand-mère maternelle qui s'est occupée de lui jusqu'à ses 22 ans. Cette continuation de soins et de liens affectifs invalident la notion éventuelle de carence affective ou de traumatisme significatifs. L'assuré a fait une formation scolaire normale pour son époque et son pays, il a fait ensuite une formation de couturier certifié, il a travaillé dans une manufacture de textile avant d'arriver en Suisse.

Il avait à ce moment-là 32 ans et a trouvé immédiatement du travail dans une entreprise de construction. Il a été ici engagé sans problème majeur pendant une bonne dizaine d'années avant d'être atteint de ses problèmes de dos.

Dans la documentation somatique (qui prend la majeure partie du dossier), on trouve très tôt un décalage entre l'autoappréciation de l'assuré, sa souffrance personnelle manifeste et le positionnement des médecins traitants qui préconisent un rapide retour au travail. A un moment donné on parle aussi de «tourisme médical» et le désir d'obtention de certificats. Une hospitalisation à l'hôpital d'Orbe décrit une amélioration de la situation somatique, mais ensuite, dès qu'il s'agissait de retourner au travail, il y a eu un blocage. Le même phénomène s'observe lors de la tentative de l'Assurance Invalidité pour un reclassement ; si d'un point de vue médicothéorique cette approche était exigible, l'assuré a manifesté se sentir totalement incapable pour toute sorte d'activité et exigeait même un lit pour repos dans l'atelier en question. Dans la même lignée, on parlera plus tard de majoration de symptômes ou de «névrose de rente».

Très tôt aussi apparaît dans le dossier la notion de dépression réactionnelle et elle garde assez longtemps un aspect secondaire. La première expertise psychiatrique conclut un peu dans le même sens en retenant surtout la notion de dysthymie, encore confirmée dans la 2<sup>e</sup> expertise de 2007. En parallèle, on soulignait la non observance médicamenteuse et des signes comportementaux très importants. Il est intéressant de noter dans ce contexte que les rhumatologues, de

leur côté, ont fait les mêmes constats, notamment avec la présence de signaux de non organicité (Waddel).

La situation psychique se dramatise quelque peu à partir du premier refus de prestations de l'Assurance Invalidité, à savoir en 2004. Dès ce moment, la famille s'inquiète, des symptômes dépressifs sont relatés, de même des dysfonctionnements cognitifs. C'est dans ce contexte qu'on procède à une évaluation neuropsychologique assez poussée qui parle du manque de collaboration, d'interférence de signaux comportementaux et finalement «de pseudo-démence». On exclut formellement une atteinte dégénérative avancée ou un autre problème neuropsychologique. Tout ceci est juxtaposable d'une part avec l'expert psychiatre (qui parle de «pseudo-boiterie», «pseudo-confusion», etc...) et ce que nous avons constaté de notre côté.

Nous avons décrit minutieusement nos observations cliniques qui se sont déroulées avec la collaboration d'un interprète professionnel. D'une part nous avons retenu les mêmes particularités comportementales: l'assuré était tout d'abord dans une présentation comme dans un état d'ébriété, se tenant comme une vieille personne appuyé contre le mur, mais ensuite «normalisé». Très fortement dysphorique, nous avons ensuite observé une détente, une normalisation de la position corporelle, de l'aspect extérieur et de son expressivité. En ce qui concerne en particulier l'état affectif, nous nous sommes trouvés devant des expressions très polymorphes, de fortes manifestations de mal-être, des aspects dysphoriques, un moment où l'assuré était proche des larmes, un autre où il était dans un sourire désarmant, ensuite et vers la fin dans une détente qui a permis presque un échange de conversation.

Il nous paraît important de faire une précision à ce stade : il est pour passablement d'observateurs, aussi des médecins de premier recours, très courant de confondre une expression dysphorique avec une dépression. Dans ce premier terme, on entend la présence de sentiments d'insatisfaction, d'ennui, d'anhédonie, mal-être diffus, de goût amer de la vie, d'irritabilité, d'agressivité réactive, d'humeur morose, maussade, mécontentement, attitude d'opposition, labilité émotionnelle et autres. Si de telles expressions sont de plus soulignées par un langage psychocorporel fort, on peut effectivement être invité à attribuer ceci à un état dépressif. Or, les critères pour un tel état clinique sont définis de la manière suivante:

[Suivent les critères pour déterminer un trouble dépressif selon la CIM-10 (F32), les observations pour l'expertisé étant portées pour chaque critère en regard de la définition du critère.]

Il ressort ici que nous ne nous trouvons pas dans un véritable état dépressif, notamment par le fait que l'assuré est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Rappelons ici qu'il conduit toujours, qu'il maintient un certain nombre de contacts sociaux (malgré réduction) etc...

La nomenclature actuelle ne retient pas explicitement le terme de dysphorie mais elle peut être mise en analogie à celle de la dysthymie. Les critères sont ici les suivants:

[Suivent les critères pour déterminer une dysthymie selon la CIM-10 (F34.1), les observations pour l'expertisé étant portées pour chaque critère en regard de la définition du critère.]

Pondération, conclusion : Diagnostic applicable.

Nous confirmons donc par ce biais encore aujourd'hui les notions que l'expert précédent a établies.

Toutes nos observations et considérations quant à l'état affectif ont été faites devant la réalité

- d'une très faible prescription de médicaments psychotropes,
- d'une observance médicamenteuse partielle.

L'assuré utilise nettement moins de médicament antalgique qu'indiqué, un des antidépresseurs était absent dans le contrôle sérique, l'autre présent.

Il existe de ce fait - si souhaité et si collaboration - une très large marge thérapeutique supplémentaire qui pourrait positivement influencer l'état de Monsieur Z. \_\_\_\_\_.

Il reste maintenant à déterminer dans quelle mesure on peut parler d'un syndrome somatoforme douloureux, autre terme diagnostique plusieurs fois retenu.

Il y a ici le constat qu'il existe un substrat médical retenu, mais que l'assuré présente un «tableau élargi» avec notamment douleurs du dos, bras, jambes, tête et vertiges. Ce tableau ressemble davantage à ce qu'on appelle «neurasthénie» mais la composante douloureuse est très forte chez Monsieur Z. \_\_\_\_\_. Si l'on admet théoriquement cette notion, il est à vérifier dans quelle mesure elle peut avoir un aspect invalidant. Ici, les critères actuels sont les suivants:

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), critères [...]

1. Comorbidité psychiatrique importante (gravité, acuité, durée)? La dysthymie/dysphorie n'est pas une comorbidité grave.

3. Perte d'intégration sociale (dans toutes les manifestations de la vie)? Non, même si une partie est réduite volontairement, il existent toujours des relations sociales diverses.

4. Etat psychique cristallisé (sans évolution possible au plan thérapeutique)? C'est les convictions de l'assuré qui sont cristallisées.

5. Processus défectueux de résolution de conflit? Hypothèse psychanalytique difficile à vérifier.

6. Echec de traitements conformes aux règles de l'art? Non.

7. Attitude coopérative de la personne (effort et motivation)? Non (ou que partielle)

8. Divergences entre symptômes décrits et comportement observé?  
Oui

[...]

Après pondération des tous les éléments, un aspect invalidant de la partie affective et de la partie douloureuse doit être nié.

Si nous faisons le résumé de l'ensemble des observations, descriptions extérieures, manifestations démonstratives, incohérences et objectivations, nous constatons la présence d'un processus d'invalidation de longue date. Depuis de nombreuses années, les efforts thérapeutiques et de réinsertion sont invalidés et l'assuré montre à son entourage professionnel, sa famille (et à lui-même) à quel point il se sent incapable pour tout. Dans un tel processus, chaque insuffisance corporelle ou psychique même partielle nourrit chez la personne la conviction d'être sévèrement malade. Chaque étape du déconditionnement (physique, psychique, personnel, social, etc...) renforce et «cimente» encore la notion antérieure d'un dysfonctionnement. Finalement, comme ici, on est en face d'une conviction immuable. Mais un tel processus est aussi autoentretenu. Même si il est parti initialement d'un dysfonctionnement physique/psychique ou médical, nous nous trouvons maintenant très majoritairement dans des éléments extramédicaux et des manifestations comportementales qui frisent le caricatural.

Avec la durée de l'observation et le cadrage effectué, nous nous sommes trouvés ensuite devant une beaucoup plus grande normalité que la première présentation faisait croire.

#### VIII. Diagnostic et conclusions

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostic psychiatrique actuellement

1. Dysthymie/dysphorie (F34.1 CIM-10),
2. Majoration de symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0 CIM-10) dans
3. un processus d'invalidation très avancé.

Nous nous trouvons donc, après analyse approfondie, très proches de ce que l'expert précédent a constaté. Si, parfois, la notion de dysthymie donne lieu à retenir une incapacité de travail d'ordre de 20-30% (alternativement diminution de rendement du même ordre), ce diagnostic est ici contrebalancé par le fait de la majoration de symptômes.

De ce fait, sur un plan asséurologique, nous ne retenons aucune notion d'incapacité de travail ni diminution de rendement. Nous nous trouvons très proches du constat antérieur, il n'y a aucune raison à retenir un autre taux".

**d)** Se déterminant le 8 décembre 2009 sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr M. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2009, l'OAI estime que ce rapport, dont il résulte que la capacité de travail du recourant a toujours été entière sur le plan psychiatrique, remplit tous les

critères posés par la jurisprudence pour que pleine valeur probante lui soit reconnue. Il préavise dès lors pour le rejet du recours.

Se déterminant le 18 janvier 2010 sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_ du 17 novembre 2009, le recourant relève que l'expert a constaté la présence d'un processus d'invalidation de longue date. Si, à l'examen du syndrome douloureux somatoforme persistant, dont il admet la notion, l'expert arrive à la conclusion que celui-ci ne serait pas invalidant, l'expert se substituerait ce faisant au juge en effectuant sa propre appréciation des critères jurisprudentiels établis par le Tribunal fédéral, ce qui ne serait pas admissible. Selon le recourant, la question à résoudre à ce jour, et qui doit l'être par le juge et par lui seul, est celle de savoir si, à la lumière notamment des critères dégagés par la jurisprudence, le recourant est en mesure de fournir l'effort de volonté raisonnablement exigible en vue de surmonter les effets de sa symptomatologie douloureuse. Pour résoudre cette question, le juge se doit d'examiner l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, en indiquant les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre.

Or en l'espèce, selon le recourant, les deux rapports établis respectivement les 2 juillet 2005 et 13 juin 2006 par quatre spécialistes de l'UPA attestent d'une forte dégradation de l'état psychiatrique du recourant; selon ces documents, l'incapacité de travail du recourant est totale et une reprise de travail semble illusoire; le rapport médical du 13 juin 2006 diagnostique clairement chez le recourant un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques conduisant à une incapacité de travail de 100%. A tout le moins, une dysthymie/dysphorie a été diagnostiquée chez le recourant par le dernier expert en date. La réalité d'une comorbidité psychiatrique chez le recourant serait ainsi établie. Par ailleurs, au vu du contenu des pièces au dossier, la comorbidité psychiatrique présente chez le recourant pourrait être qualifiée d'importante compte tenu de sa durée et de son acuité, le fait d'avoir souffert d'un épisode dépressif sévère accompagné de symptômes psychotiques et de se trouver actuellement à tout le moins atteint de

dysthymie démontrant que les troubles psychiques atteignent une certaine gravité.

Quant aux autres critères posés par la jurisprudence pour admettre le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et dans la réintégration d'un processus de travail, ils seraient également réalisés en l'espèce. En effet, le recourant se trouverait depuis plus de 10 ans dans un processus maladif sans aucune rémission durable, la symptomatologie allant au contraire s'aggravant et le status psychique étant aujourd'hui décrit comme «immuable» par l'expert M.\_\_\_\_\_. Le recourant aurait en outre clairement subi une perte d'intégration sociale depuis le développement de ses difficultés médicales, étant en retrait de toute vie sociale hormis celle qui s'impose à lui, soit celle de sa famille et de sa belle- famille, ne recherchant pas le contact et passant ses journées «à ne rien faire». Enfin, tous les traitements suivis à ce jour par le recourant auraient été sans effets et la status psychiatrique serait au contraire allé s'aggravant; l'état psychique du recourant serait aujourd'hui cristallisé, ce que confirme l'expert, le requérant ayant fui dans sa maladie et se trouvant aujourd'hui dans un processus d'invalidation très avancé.

Le recourant estime que l'ensemble des pièces du dossier, appréciées en droit, doivent conduire à la conclusion qu'il a droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, il requiert qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques soit ordonnée et confiée au Centre d'expertise multidisciplinaire de la Policlinique universitaire.

**e)** Le 20 janvier 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'expertise psychiatrique judiciaire ayant été administrée, il n'était pas donné suite à la requête présentée derechef par le recourant et tendant à nouveau à la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire à confier au Centre d'expertise multidisciplinaire de la Policlinique universitaire de Lausanne. Il a en outre informé les parties que la cause

était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

### **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 du 19 juin 1959 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 du 20 décembre 1968 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 cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA), et répondant aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment) par Z.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 28 novembre 2008 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence 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)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> 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 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; 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 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 349 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 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'écarte 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\_149/2008 du 27 octobre 2008 consid. 2; TF 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; Pratique 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). 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 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; Pratique VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

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 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). 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, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). 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 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2; TF 9C\_183/2008 du 18 mars 2009 consid. 5.2).

Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée

importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006 consid. 5.8.2).

**3. a)** En l'espèce, il ne ressort pas des pièces du dossier que le recourant aurait subi sur le plan somatique une aggravation de son état de santé, susceptible d'entraîner une modification de son degré d'invalidité (cf. consid. 2b supra), depuis la première décision de refus de rente du 4 décembre 2002, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 2 juin 2004 (cf. lettre A.j supra). En effet, il ressort du rapport médical établi le 19 septembre 2008 par le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service de Neurologie du CHUV, qu'une IRM lombaire effectuée le 11 août 2008 ne montrait que des discopathies chroniques L4-L5 et L5-S1 sans hernie discale et sans conflit radiculaire notamment avec la racine L4 à droite, de sorte que ce spécialiste ne trouvait pas d'explication des symptômes et des troubles de l'assuré par des faits appartenant au champ médical somatique (cf. lettre B.e supra).

**b)** Il convient ainsi d'examiner si, depuis la première décision de refus de rente du 4 décembre 2002, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 2 juin 2004 (cf. lettre A.j supra), l'état de santé du recourant s'est aggravé, de manière à entraîner une modification de son degré d'invalidité (cf. consid. 2b supra), sur le plan psychiatrique.

En raison des divergences notables entre les constatations et conclusions des médecins de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon d'une part, qui suivent le recourant à leur consultation depuis février 2005 et ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, existant depuis 1998 et entraînant une incapacité de travail

totale dans toute activité (cf. lettres B.b et B.c supra), et de l'expert mandaté par l'OAI d'autre part, qui a posé les diagnostics de dysthymie de degré léger et de névrose de rente, éventuellement de trouble de conversion mixte avec majoration des symptômes, n'ayant jamais entraîné d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique (cf. lettre B.d supra), une expertise psychiatrique judiciaire a été ordonnée et confiée au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. lettre C.c supra).

Le rapport de l'expert, déposé le 17 novembre 2009, repose sur des examens complets et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (cf. consid. 2c supra). Il prend en considération l'ensemble des éléments pertinents du dossier (que l'expert résume en p. 9-12 de son rapport), l'anamnèse et les plaintes subjectives de l'assuré (que l'expert expose en p. 3-5 de son rapport). L'appréciation de la situation médicale, sur la base de constatations cliniques détaillées (que l'expert expose en p. 12-17 de son rapport), est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées (p. 19-24 du rapport). Les raisons pour lesquelles le diagnostic d'épisode dépressif sévère, tel que retenu par les médecins traitants, doit être écarté au profit des diagnostics de dysthymie/dysphorie (F34.1 CIM-10) et de majoration de symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0 CIM-10) dans un processus d'invalidation très avancé, font l'objet d'une démonstration convaincante. Il n'y a dès lors aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire, qui corroborent largement - sur la base d'une étude plus approfondie - celles de l'expert mandaté par l'OAI et doivent être retenues de préférence à celles des médecins traitants, qui apprécient différemment une même situation sans faire état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise (cf. consid. 2c in fine supra).

**c)** Dans la mesure où, comme l'a relevé l'expert judiciaire, il existe un substrat médical retenu, mais où le recourant présente un tableau élargi avec notamment douleurs du dos, bras, jambes, tête et

vertiges, qui le conduisent à invoquer la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (cf. lettres C.a et C.d supra), bien que ni ses médecins traitants, ni le Dr P.\_\_\_\_\_, ni l'expert M.\_\_\_\_\_ n'aient retenu un tel diagnostic, il convient encore de préciser que même en admettant théoriquement cette notion, les circonstances qui permettraient d'admettre le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail (cf. consid. 2d supra) n'apparaissent de toute manière pas réalisées en l'espèce.

En effet, la dysthymie/dysphorie diagnostiquée par l'expert judiciaire ne constitue tout d'abord pas une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. S'il existe un substrat somatique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, on ne saurait parler d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, l'expert judiciaire ayant mis en évidence un manque de collaboration, avec une non-compliance partielle, et l'existence d'une très large marge thérapeutique supplémentaire qui pourrait positivement influencer l'état du recourant. Il n'existe pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, dans la mesure où, même si une partie est réduite volontairement, il existe toujours des relations sociales diverses. Le fait que la conviction du recourant d'être sévèrement malade soit qualifiée d'immuable par l'expert judiciaire ne permet pas, au vu des diagnostics posés sur le plan psychiatrique, de parler d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique, au sens où l'entend la jurisprudence (cf. consid. 2d supra). Enfin, les discordances entre les symptômes décrits et le comportement observé, qui ont notamment conduit l'expert judiciaire à retenir le diagnostic de majoration de symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0 CIM-10) - rejoignant sur ce point les conclusions déjà posées précédemment par l'expert mandaté par l'OAI (cf. lettre B.d supra) -, va également dans le sens de l'absence d'une atteinte à la santé

invalidante qui seule ouvrirait le droit aux prestations d'assurance (cf. consid. 2d supra).

**d)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve, comme à l'époque où la première décision de refus de prestations du 4 décembre 2002 avait été rendue, une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

**4. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 28 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du recourant Z.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Laurent Maire, avocat à Lausanne (pour Z.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :