

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Schmutz et Zbinden, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

A. _____, à Sainte-Croix, recourant, représenté par Me Donovan Tésauray,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

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

E n f a i t :

A. A._____, ressortissant kosovar né en 1966, marié et père de trois enfants, sans formation, a travaillé depuis 1985 comme manœuvre dans le bâtiment. Le 11 septembre 2002, il a été victime d'un accident professionnel, lors duquel il a reçu un panneau de coffrage sur le dos et l'épaule gauche. Il a déposé, le 1^{er} décembre 2003, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport du 28 février 2003, les Drs [...] et [...] de la Clinique R._____ ont fait état d'une douleur cervicale, dorsale et à l'épaule gauche persistante qui serait apparue dans les suites du traumatisme du 11 septembre 2002, lequel avait provoqué des fractures costales gauches. Ils relevaient l'existence de multiples déficiences de l'appareil locomoteur, n'ayant pas un caractère sévère mais pouvant occasionner des difficultés à accomplir certaines tâches professionnelles physiquement exigeantes. Selon eux, une reprise de l'activité professionnelle était exigible à 50% du 24 février au 9 mars 2003, puis à 100% dès le 10 mars 2003.

Au terme d'un consilium psychiatrique, le Dr T._____, médecin-associé au service psychosomatique de la Clinique R._____, n'a retenu, dans son rapport du 21 janvier 2003, aucun diagnostic psychiatrique avéré. Il constatait en particulier que la douleur constituait la plainte unique de l'assuré et qu'elle paraissait sous-tendue par la crainte des conséquences négatives sur son travail s'il ne parvenait pas à être aussi performant qu'avant son accident.

L'assuré a été examiné par la Dresse [...] du Département X._____, dont le rapport de consultation du 10 octobre 2003 retient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'épisode dépressif moyen à sévère, de personnalité à traits paranoïaques et de

difficultés psycho-sociales liées au chômage et à des conflits asséculoologiques. Ce rapport précise en outre ce qui suit :

« M. A._____ est donc un patient souffrant de difficultés psycho-sociales complexes. Notre examen clinique met en évidence un trouble psychique dans le sens d'un syndrome somatoforme douloureux chez un patient présentant des traits de personnalité de type paranoïaque ainsi qu'un état dépressif majeur lié à ses vécus de pertes existentielles.

On peut émettre l'hypothèse que le brusque décès de son père l'année passée, puis l'accident de travail et l'atteinte physique que cela a engendré, aient contribué à le décompenser sur un plan psychologique. Actuellement, il semblerait même qu'il soit en train de se désorganiser progressivement sur le plan psychique, ce qui l'empêche d'assumer une activité lucrative, probablement même partielle. Par ailleurs, M. A._____ semble être pris dans un cercle vicieux : incapable de reprendre une activité professionnelle, il pense que les médecins ne le croient pas, ce qui le rend de plus en plus revendicateur mais également déprimé, et génère de surcroît des conflits avec son médecin de famille.

Dans ce contexte, il nous apparaît peu probable qu'un traitement, quel qu'il soit, puisse améliorer sa situation sur le marché du travail. Une évolution favorable passera plutôt par une prise en compte de son symptôme douloureux et de ses revendications, par exemple par l'octroi d'une rente d'invalidité ».

Dans un rapport médical du 14 octobre 2004 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr D._____ de l'Unité de psychiatrie Y._____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, et un trouble somatoforme. Il estimait qu'au vu de l'anamnèse, de l'évolution et de l'état dans lequel se trouvait l'assuré, l'incapacité de travail de ce dernier était totale pour des raisons psychiatriques, le pronostic à moyen et à long terme étant décrit comme très sombre.

A la demande de la caisse maladie-accident, un rapport d'expertise psychiatrique a été établi par le Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 22 juillet 2005. Ce rapport faisait état d'un assuré présentant une névrose de rente ou sinistrose, avec des éléments évoquant un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne, l'examen clinique étant toutefois rendu difficile par une tendance de l'expertisé à la sursimulation. Cet état dépressif était décrit comme secondaire à l'inactivité et aux conflits asséculoologiques, de sorte qu'il

convenait de retenir tout au plus une incapacité de travail de 100% sur un délai de six mois à compter du 1^{er} septembre 2003, par analogie au trouble de l'adaptation. Depuis lors, les éléments de revendication venaient au premier plan et une diminution de la capacité de travail d'un maximum de 30% dans une activité légère simple pouvait être reconnue. L'expert était ainsi d'avis que l'assuré était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à ses problèmes physiques à 75% depuis le mois de mars 2004.

L'OAI a soumis le dossier pour appréciation au Service médical régional AI (ci-après : SMR). Celui-ci a estimé, dans un rapport d'examen du 12 octobre 2005, que l'expertise du Dr C. _____ était parfaitement probante et qu'il y avait dès lors lieu de retenir que l'assuré présentait une incapacité de travail complète depuis son accident jusqu'à la fin du mois de février 2004, qui se réduisait, dans une activité manuelle simple, à 25% dès le 1^{er} mars 2004.

Par décision du 15 février 2006, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2003 au 30 juin 2004, considérant que suite à l'amélioration de son état de santé, une reprise d'activité à 75% était depuis lors exigible.

L'assuré a fait opposition à cette décision le 22 mars 2006. Il réfutait principalement les conclusions de l'expert C. _____, qu'il estimait être en contradiction avec tous les autres rapports médicaux figurant au dossier, et sollicitait par conséquent un complément d'instruction sur le plan médical et la reconnaissance de son droit à une rente illimitée dans le temps. Il se prévalait notamment d'un nouveau rapport du Dr D. _____ du 17 mars 2006, selon lequel il souffrait d'un épisode dépressif d'intensité sévère caractérisé par une perte d'identité, le rendant incapable d'assumer une activité professionnelle.

La réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique a été confiée par l'OAI au Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie, qui a rendu son rapport le 3 novembre 2008. Il en résulte notamment ce qui suit :

« Avec l'ensemble des éléments traités ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

1. Dysthymie (F43.1 selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10),
2. Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 dans CIM-10),
3. Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et sociales), (F68.0 dans CIM-10).

Comme discuté ci-dessus, nous avons utilisé le terme de dysthymie en analogie pour résumer l'état dysphorique décrit en détail. Des éléments anxieux nous paraissent trop minimes et non spécifiques pour leur donner une place séparée. Le trouble somatoforme douloureux peut être retenu d'une manière descriptive, mais sans impact sur la capacité de travail.

Avec les nombreux facteurs extramédicaux présents et le troisième diagnostic, les choses se relativisent passablement. Il découle de l'ensemble des constats et après pondération sur le plan assécurologique, une incapacité de travail d'au maximum 20%, alternativement diminution de rendement. Bien entendu, cette appréciation concerne uniquement le domaine psychiatrique. Nous pensons également que la problématique psychique est transitoire de principe et que, une fois l'assuré (d'une manière médicothéorique) réinséré, les éléments dysphoriques-dysthymiques disparaîtront. Pour arriver à un tel postulat "idéal", un consensus du côté médical est indispensable. Tant que l'assuré est soutenu dans la vision d'être sévèrement malade, on continuera exactement le chemin qui était déjà pressenti dans les premières évaluations de 2002.

Nous pensons que l'idée d'une "rente thérapeutique" n'est pas à retenir ».

Par décision sur opposition du 15 janvier 2009, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 15 février 2006. Il se référerait en particulier au rapport d'expertise psychiatrique du Dr C. _____ du 22 juillet 2005, qui retenait une capacité de travail de 75%, ainsi qu'au rapport d'expertise psychiatrique du Dr S. _____ du 3 novembre 2008, qui concluait à une incapacité de travail de 20%, probablement transitoire. Il estimait que ce dernier rapport avait pleine valeur probante et qu'il n'était pas remis en cause par les appréciations d'autres médecins et psychologues. Il retenait ainsi un taux d'invalidité de 20% tout au plus dans l'activité habituelle, ainsi que dans toute autre activité, le droit à une rente n'étant dès lors pas ouvert.

B. A._____ a recouru contre cette décision sur opposition le 16 février 2009, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il réfute les conclusions de l'expert S._____, faisant valoir en substance que le trouble somatoforme diagnostiqué par ce dernier doit être considéré comme invalidant au sens de la jurisprudence. Il soutient que la situation médicale a été mal appréciée et que l'OAI n'a pas tenu compte, pour des motifs insuffisants, des avis médicaux divergents au dossier, à savoir en particulier celui du Dr D._____ et du Département X._____, de sorte qu'un complément d'instruction doit être ordonné.

Le 25 février 2009, l'association [...] a adressé à l'OAI un rapport médical du 13 février 2009 de la Dresse G._____, qui pose les diagnostics principaux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'anxiété généralisée, existant depuis 2003. Ce rapport précise en outre que « depuis 2007, l'état de M. A._____ s'est péjoré. En effet, ses douleurs et sa nervosité ont augmenté, on constate aussi une augmentation du repli sur soi et du sentiment d'inutilité ainsi que les idées noires. L'état dépressif est devenu sévère avec une idéation suicidaire avec scénario. Son état ne lui permet pas de travailler pour le moment, même si nous considérons nécessaire son travail en atelier protégé dans un cadre sécurisant et adapté à son état, afin de ne pas rester à la maison ».

Dans sa réponse du 23 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours, soutenant que l'expertise du Dr S._____ a pleine valeur probante. Il rappelle que les différents éléments avancés par le Dr D._____ et la Dresse G._____ étaient connus cet expert lors de son appréciation et que dans la mesure où ses conclusions concordent avec celles de l'expert C._____, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Dans sa réplique du 18 mai 2009, le recourant fait valoir que les conclusions des experts ne sont pas concordantes dès lors qu'elles sont contredites par celles du Dr D._____ et de la Dresse G._____. Il

reproche à l'expert S._____ d'avoir écarté l'existence d'un trouble dépressif sévère pourtant objectivé par ces deux médecins et soutient que son état de santé s'est aggravé depuis 2007, de sorte qu'une nouvelle expertise psychiatrique doit être ordonnée. A l'appui de son écriture, le recourant a produit un courrier du Dr L._____ de l'Unité de psychiatrie Y._____ du 25 mars 2009, lequel atteste que l'intéressé a été suivi dans cette unité entre 2004 et 2007 dans le cadre d'une prise en charge psycho-sociale complexe. Ce médecin précise en outre que les rapports médicaux du Dr D._____ ont été établis dans les règles de l'art et que les diagnostics retenus, fondés notamment sur les constatations objectives du praticien et sur les résultats de tests psychologiques, remplissent les critères de la CIM-10.

Dans sa duplique du 18 juin 2009, l'OAI confirme ses conclusions, en se référant à un avis du SMR du 15 juin 2009. Il rappelle que le recourant a été examiné par deux experts différents, à trois ans et demi d'intervalle, qui parviennent aux mêmes conclusions. Il ajoute que le Dr T._____ n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique avéré dans son rapport du 21 janvier 2003 et que l'aggravation de l'état de santé depuis 2007 mentionnée par la Dresse G._____, dont la spécialisation n'est pas connue, est clairement infirmée par les conclusions de l'expert S._____.

Le 8 juillet 2009, le juge instructeur a informé les parties que, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était rejetée en l'état. Il a réservé l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer lorsque l'état du rôle le permettrait.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 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 au-delà du 30 juin 2004.

Le recourant soutient souffrir de troubles psychiques invalidants, qui limitent sa capacité de travail, et sollicite la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. L'OAI considère pour sa part que les deux rapports d'expertise psychiatrique figurant au dossier ont pleine valeur probante et que l'assuré conserve une capacité de travail de 80% dans toute activité, 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.

A teneur de 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.

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_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1).

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, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, 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 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

f) Une expertise judiciaire complétant une expertise administrative ne peut être ordonnée, en principe, que lorsque la partie

qui la requiert fournit des éléments très sérieux permettant de mettre en doute soit l'impartialité de l'expert, soit la valeur des méthodes utilisées, ou si le rapport déposé apparaît comme insuffisant ou contradictoire, notamment s'il peut être sérieusement discuté quant au fond (cf. les principes posés par TASS VD 64/79 inc. - 5/1980 du 6 février 1980 ; TASS VD 33/82 inc. - 48/1982 du 14 septembre 1982).

Des rapports médicaux ne doivent pas être complétés pour le seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils soient contestés sur des points précis (TFA I 178/05 du 2 septembre 2005, ad TASS VD AI 80/03 du 9 août 2004). Il en va de même si un ou plusieurs médecins traitant font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_480/2008 du 27 janvier 2009).

3. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant ne présente plus d'incapacité de travail sur le plan somatique depuis le mois de mars 2004. Reste dès lors à déterminer s'il présente néanmoins des troubles psychiques invalidants au sens de la jurisprudence dans une mesure propre à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

b) En rendant sa décision litigieuse, l'OAI a fait siennes les conclusions de l'expert S._____, dont le rapport d'expertise du 3 novembre 2008 retient une capacité de travail d'au moins 80% dans toute activité accessible par la formation et l'expérience du recourant. Selon l'expert, la problématique psychique n'est toutefois que transitoire de principe et une fois l'intéressé réinséré, les éléments dysphoriques-dysthymiques disparaîtront. Il précise en particulier que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux peut être retenu d'une manière descriptive, mais qu'il n'affecte pas la capacité de travail. Il relève en outre la présence de nombreux facteurs extramédicaux (facteurs sociaux importants, problèmes de motivation, mécontentement quant aux traitements appliqués, incompréhension des médecins, faible scolarisation

et absence de certification professionnelle, plaintes relatives aux symptômes, besoins familiaux), ainsi qu'une majoration des symptômes physiques, qui l'incitent à relativiser la situation et à penser que la solution d'une « rente thérapeutique » n'est pas à retenir.

Le recourant soutient cependant que cette expertise n'a pas valeur probante, dans la mesure où elle ne tient pas compte des avis médicaux divergents versés au dossier. Il reproche essentiellement à l'OAI de ne pas avoir considéré le trouble somatoforme diagnostiqué comme invalidant, soutenant que l'état dépressif majeur d'importance moyenne à sévère relevé dans un premier temps par le Département X._____, puis par le Dr D._____ et la Dresse G._____, constitue une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence. Selon ces médecins, l'intéressé n'est plus en mesure d'exercer une activité professionnelle en raison de ses troubles psychiques.

L'avis de ces médecins ne saurait toutefois être suivi. En effet, le Département X._____ ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail exigible du recourant, se limitant à relever, sur le plan de l'hypothèse, qu'une activité professionnelle « probablement même partielle » ne semble pas envisageable. La Dresse G._____ n'explique quant à elle pas en quoi l'état de santé de son patient ne lui permettrait pas de travailler en-dehors d'un cadre protégé. Seul le Dr D._____, qui a suivi l'assuré de 2004 à 2007, retient une incapacité de travail totale dans toute activité, justifiée par l'existence d'un état dépressif sévère et d'un trouble somatoforme douloureux. Son appréciation n'est cependant pas de nature à mettre en doute les conclusions claires et motivées de l'expert S._____, qui reposent sur une analyse complète et détaillée de l'anamnèse et des plaintes du recourant, tiennent compte de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier et procèdent d'exams cliniques fouillés et étayés. Le rapport d'expertise psychiatrique du 3 novembre 2008 satisfait ainsi pleinement aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra, consid. 2e), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Ce rapport relève en particulier que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est posé qu'à titre

descriptif et exclut expressément toute comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, l'expert précisant à cet égard que « si un état dépressif clinique a été retenu antérieurement, il est ainsi au stade actuel à considérer comme compensé dans le sens de ladite dysphorie, en analogie à nommer aussi dysthymie ». L'expert S._____ écarte également sans équivoque les autres critères jurisprudentiels (cf. supra, consid. 2d), tout en précisant qu'il existe une divergence entre les symptômes décrits et le comportement observé, et allant même jusqu'à diagnostiquer une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales. Dans ces conditions, le trouble somatoforme douloureux ne saurait être qualifié d'invalidant.

Les conclusions de l'expert S._____ se voient au demeurant corroborées par celles de l'expert C._____ qui, trois ans auparavant, relevait déjà la tendance du recourant à la sursimulation et l'existence d'une névrose de rente, l'état dépressif n'étant alors décrit que comme secondaire à l'inactivité et aux conflits assécurologiques. L'appréciation de ces deux experts doit donc être préférée à l'avis des médecins consultés par l'assuré, lesquels sont succincts et moins étayés. De surcroît, les constatations des médecins traitant doivent être admises avec réserve, compte tenu de leur propension naturelle à se prononcer en faveur de leur patient (cf. supra, consid. 2e).

c) Cela étant, l'instruction médicale apparaît suffisamment complète en l'état pour permettre à la cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sans mettre en œuvre une expertise judiciaire. Il convient donc de retenir, au vu de l'ensemble des éléments développés ci-dessus, que le recourant présente une capacité de travail de 80% dans toute activité depuis le mois de mars 2004 et donc un degré d'invalidité de 20% depuis le 30 juin 2004, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé sur le plan somatique. Ce taux, inférieur à 40%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

4. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être 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 [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 15 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Donovan Tésaurry, avocat (pour A. _____),
- 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 :