

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Lanz Pleines et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

U._____, à Gland, recourant, représenté par Me Alain-Valéry Poitry,
avocat à Nyon,

et

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

**Art. 8 al. 1; art 16; art. 17 al. 1 LPGA; art. 28 al. 1 aLAI; art. 88a al.
1 aRAI**

E n f a i t :

A. U._____, né en 1959, marié, père de deux enfants aujourd'hui majeurs, travaillait pour la société Z._____, lorsqu'il a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 16 avril 1996.

Le 7 novembre 1996, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, expliquant qu'il souffrait de lombalgies depuis le mois d'avril 1996, soit depuis l'accident susmentionné.

B. Dans un rapport médical du 11 janvier 1997, le Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a expliqué que M. U._____ était en bonne santé jusqu'au 16 avril 1996, date à laquelle, en conduisant un petit trax, il avait été entraîné par sa machine dans une glissade d'environ 2 m. A l'arrêt, il avait ressenti de violentes douleurs lombaires pour lesquelles le médecin avait initié un traitement antalgique et de la physiothérapie. Une reprise du travail à 50% avec des activités plus légères avait été tentée le 25 octobre 1996. Toutefois, face à la demande de l'employeur de reprendre un petit trax, les douleurs avaient repris toute leur intensité des premiers mois entraînant un grand blocage psychologique chez l'intéressé. Ce médecin précisait qu'une reconversion professionnelle semblait l'unique moyen de remettre son patient au travail.

Sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), une expertise psychiatrique a été effectuée par les Drs T._____ et M._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant à l'Hôpital de Prangins, Secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud. Dans leur rapport d'expertise du 6 août 1997, ces experts ont diagnostiqué des «troubles de l'adaptation suite à un accident du travail avec réaction dépressive prolongée, s'exprimant de façon prédominante par une symptomatologie douloureuse (F43.28), s'inscrivant sur une structure de personnalité amenant à la majoration des symptômes

physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)". Ils ont retenu une incapacité totale de travail pour une durée indéterminée, à réévaluer dans un délai d'une année.

C. Par décision du 10 novembre 1997, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à U. _____ (ci-après: l'assuré) dès le 1^{er} avril 1997.

D. Dans le cadre de la procédure de révision de rente, le Dr Q. _____ a adressé à l'OAI un rapport intermédiaire daté du 7 avril 1999, duquel il ressortait que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis quelques semaines et que l'incapacité de travail était toujours de 100%. Dans un courrier du 14 octobre 1999, ce médecin précisait que des mesures de réadaptation pouvaient être envisagées mais qu'il doutait toutefois de l'état psychique de l'intéressé face à de telles mesures, l'intéressé présentant un blocage psychologique secondaire à ses problèmes physique. Il ajoutait qu'il ne pensait pas que son patient eût les facultés intellectuelles lui permettant de suivre une psychothérapie approfondie qui lui aurait permis de sortir de cette situation et craignait dès lors que de telles mesures ne fussent vouées à l'échec.

L'assuré a tout de même suivi un stage de réadaptation au Centre d'intégration professionnelle à Genève du 28 août 2000 au 24 septembre 2000. Le rapport d'observation professionnelle du 20 octobre 2000 retenait que les rendements obtenus par l'assuré n'étaient pas significatifs de ses réelles possibilités et sans lien avec les conséquences de son atteinte, mais qu'il n'était pas possible de déterminer si le comportement de l'assuré était le résultat d'une absence de collaboration volontaire et organisé ou si un lien existait avec une psychopathologie durable, telle que mentionnée dans l'expertise psychiatrique réalisée en 1997.

Une nouvelle expertise psychiatrique a dès lors été mise en œuvre par l'OAI et confiée au Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 janvier 2001, l'expert a diagnostiqué une «majoration de symptômes physiques pour des raisons

psychologiques» et «un canal lombaire étroit, ébauche d'hernie discale», ayant des répercussions sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, il a toutefois indiqué que même en tenant compte du léger déficit somatique au niveau de la colonne vertébrale, le refus du patient de travailler et d'envisager un reclassement professionnel ne pouvait pas être rapporté à une entité médicale reconnue. Une rente médicale pour des raisons psychiatriques ne se justifiait dès lors pas selon ce médecin, qui estimait que la capacité de travail était entière sur le plan psychiatrique, mais qu'en raison de sa résistance, l'expertisé n'était pas capable de s'adapter à un environnement professionnel.

Le 3 avril 2002, le Dr L._____, médecin conseil auprès du SMR, a rédigé un avis médical, dans lequel il indiquait en substance que l'expertise effectuée par le Dr H._____ était, selon lui, de meilleure qualité que celle effectuée par les médecins du Secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud et retenait que la capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité habituelle, tout comme dans une activité adaptée, dès le 14 novembre 2001.

E. Le 5 avril 2003, l'OAI a ainsi notifié à U._____ une décision de suppression de rente avec effet au 1^{er} juin 2003, à laquelle celui-ci ne s'est pas opposé.

F. Le 13 juillet 2006, l'OAI a enregistré une nouvelle demande de rente d'invalidité de la part de U._____.

Dans un rapport du 16 novembre 2006, le Dr Q._____, médecin traitant, a fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'intéressé suite à l'apparition en novembre 2005 de douleurs à l'épaule gauche dans le contexte d'une tendinopathie du sous-scapulaire gauche. Il a précisé que le pronostic était «catastrophique chez un patient en arrêt de travail depuis plus de 10 ans avec des douleurs chroniques jugées invalidantes depuis 10 ans, auxquelles s'ajoutaient de nouveaux problèmes physiques».

L'OAI a dès lors mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, confiée au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après: le CEMed), effectuée par les Drs D._____, psychiatre FMH, F._____, rhumatologue FMH, et B._____, neurologue FMH. Dans leur rapport du 19 juin 2007, ces experts ont retenu les diagnostics de «lombosciatalgie gauche, en relation en moins partiellement avec une hernie discale L4-L5, foraminale et extraforaminale gauche», et de «majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques». Ils ont précisé que, sur le plan somatique, la capacité de travail de l'intéressé restait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (changement relativement fréquent de position, pas de port de charges de plus de 15 kg) mais que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail n'était plus exigible depuis 1996; l'expertisé souffrant d'une personnalité frustrée et alexithymique (décrite de manière détaillée), décompensée par l'accident survenu en 1966, d'une incapacité d'introspection et de mobilisation de ses ressources personnelles et d'une capacité d'élaboration très faible (pauvreté intellectuelle selon le médecin traitant) qui justifiaient, selon les experts, une incapacité total de travail.

Dans un avis du SMR du 20 juillet 2007, les Drs X._____ et J._____, ont relevé que les experts du CEMed arrivaient aux mêmes diagnostics que le Dr H._____, à savoir une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques, avec cependant des conclusions différentes sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, laquelle était nulle selon les experts du CEMed, mais entière selon le Dr H._____. Ils ont cependant estimé que du point de vue de l'AI, il ne s'agissait pas d'une pathologie invalidante et que, même s'il existait sur le plan somatique une aggravation de l'état de santé depuis 2003 suite à l'apparition d'une tendinopathie chronique du sus-épineux gauche, la capacité de travail résiduelle de l'assuré restait de 100% dans une activité adaptée.

Le 4 septembre 2008, l'OAI a adressé un projet de décision à U._____, aux termes duquel il admettait une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique depuis 2003, mais estimait que sa capacité de travail restait entière dans une activité légère, adaptée à ses limitations

fonctionnelles. Procédant à un calcul médico-théorique de la capacité de gain, compte tenu d'un revenu sans invalidité en 2003, dans l'activité habituelle d'aide jardinier de 50'184 fr. et d'un revenu d'invalidé, la même année, dans une activité simple et répétitive du secteur privé fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2002, p. 43, TA1, niveau de qualification 4, adapté à l'horaire usuelle dans les entreprises en 2003 [cf. La Vie économique, 10-2006, tableau B10.2], et adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003) de 57'810 fr., ledit office a estimé qu'il n'y avait pas de perte de gain et donc pas de droit à une rente d'invalidité.

Dans un courrier du 22 décembre 2008, l'assuré, représenté par Me Alain-Valéry Poitry, avocat à Nyon, a fait part de ses objections audit projet. S'appuyant sur les conclusions des experts du CEMed qui retenaient une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 1996, il demandait qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée.

G. Par décision du 23 février 2009, l'OAI a refusé à U. _____ tout droit à une rente d'invalidité. Dans un courrier daté du même jour adressé au mandataire de celui-ci, ledit office a indiqué que l'expertise du CEMed, dans la mesure où elle retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avait pleine valeur probante. Elle se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical; ses conclusions étaient exemptes de contradictions et dûment motivées.

H. U. _____ a recouru contre cette décision par acte du 30 mars 2009. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique confiée au Secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud. Il fait grief en substance à l'office intimé de ne pas avoir pris en considération l'aggravation de son état de santé sur le plan psychique, cet aspect du dossier n'ayant pas même été discuté dans la décision attaquée, malgré les éléments médicaux clairs figurant dans le dossier, en particulier

l'expertise du CEMed du 19 juin 2007, et les observations motivées qu'il avait produites suite au projet de décision qu'il avait reçu.

Dans sa réponse du 25 mai 2009, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, au motif que tous les médecins, à l'exception de ceux du Secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud, s'accordent à dire qu'il existe des éléments de majoration des symptômes physiques chez le recourant pour des raisons psychologiques, qui ne constituent pas, de son point de vue, une pathologie invalidante au sens de l'AI.

Par courrier du 24 juin 2009, le recourant a notamment requis l'audition des Drs Q._____ et D._____.

I. Par courrier du 15 juillet 2009, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, répondant aux requisits du recourant, a invité les parties à lui soumettre une liste de questions à adresser aux Drs Q._____ et X._____ dans un délai échéant au 14 septembre 2009.

Les parties ont produit leurs listes de questions, auxquelles le Dr Q._____ a répondu par courrier du 5 novembre 2009 et le Dr D._____ par acte du 30 novembre 2009 de la manière suivante:

Dr Q._____:

"Je vous prie de trouver les réponses aux questions posées par Maître Poitry, avocat de mon patient, Monsieur U._____.

Question 1. [Déjà dans votre rapport du 14 octobre 1999, vous mettiez en doute les mesures de réadaptation pour des raisons psychiques. En votre qualité de médecin traitant, estimez-vous que le pronostic psychique émis à cette époque s'est modifié dans le sens d'une amélioration de l'état de santé de M. U._____ ou dans le sens d'une péjoration de son état psychique?]

Je maintiens mon diagnostic de 1999 ainsi que son pronostic. Je me permets de vous signaler qu'en 2007 [recte: 1997], Monsieur

U._____ avait déjà eu une évaluation psychiatrique auprès du Secteur Psychiatrique du Canton de Vaud. Cette consultation spécialisée avait confirmé ma mauvaise impression.

Je suis frappé en relisant mes notes et ce rapport que Monsieur U._____ n'a absolument pas évolué depuis 1996. Il vient au cabinet avec les mêmes plaintes, les mêmes grimaces de souffrance, les mêmes attitudes. Son état psychique est stable depuis 1999.

Question 2. [Dans votre rapport du 16 novembre 2006 adressé à l'Office AI, outre l'aspect psychique, vous faites état d'éléments nouveaux au niveau somatique, à savoir des douleurs à l'épaule gauche de M. U._____. Maintenez-vous ce diagnostic et la situation de M. U._____ s'est-elle améliorée au niveau de ses douleurs ou s'est-elle aggravée depuis votre dernier rapport?]

Les douleurs de l'épaule persistent. Je note toutefois une amélioration par rapport à 2006. Je n'ai toutefois plus revu Monsieur U._____ depuis décembre 2008 et ne peut donc me prononcer sur son état actuel à ce sujet.

Question 3. [Eu égard à l'état psychique et des douleurs ressenties par M. U._____, estimez-vous que ce dernier puisse s'adapter à un environnement professionnel quelconque?]

Monsieur U._____ n'en était pas capable en 1999, après la suspension de la rente en 2003 il a essayé de reprendre une activité professionnelle. Cette tentative s'est soldée par un échec.

Question 4. [Vu son état à la fois psychique et somatique, estimez-vous que M. U._____ a une capacité résiduelle de travail quelconque pour accomplir un travail?]

En décembre 2008 Monsieur U._____ était, à mon avis, totalement incapable de travailler.

Question 5. [Dans votre rapport du 16 novembre 2006, vous indiquez «En arrêt de travail depuis plus de 10 ans, douleurs chroniques jugées invalidantes depuis 10 ans, auxquelles s'ajoutent de nouveaux problèmes physiques. Je ne vois pas comment ce Monsieur pourrait reprendre le travail». Confirmez-vous ce diagnostic et cette appréciation ?]

Je confirme mon diagnostic et mon appréciation".

Dr D._____:

"Questions de l'OAI Vaud:

Compte tenu du diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiatriques (F68.0) et des limitations fonctionnelles psychiatriques décrites dans le rapport d'expertise médicale du 19 juin 2007 (p 27: personnalité frustrée, capacité d'introspection quasi nulle, très faible capacité d'élaboration psychique, alexithymie), comment justifie-t-il une incapacité de travail totale dans toute activité.

Nous avons écrit que l'assuré a une personnalité frustrée et une capacité d'introspection quasi nulle. Cet aspect a déjà été décrit en 1997 lors de la première expertise et par le Dr P. V. _____ qui a examiné U. _____ dans le cadre de la Consultation de la Douleur de Genolier, des tests projectifs avaient été réalisés.

La situation en 2007 est totalement superposable, il n'y a eu aucune évolution, notamment pas d'amélioration.

Les termes rapportés ci-dessus, soit personnalité frustrée, capacité d'introspection quasi nulle, très faible capacité d'élaboration psychique, alexithymie, sont des éléments de personnalité qui sont à l'origine d'un mode de fonctionnement, mais aussi de ses limitations.

Ceci explique notamment l'incapacité de l'intéressé d'exprimer ses émotions autrement que par des plaintes somatiques, mais aussi l'incapacité d'élaborer ses diverses difficultés, qu'elles soient émotionnelles, relationnelles ou tout simplement existentielles.

Le diagnostic de Majorations des symptômes physiques pour des raisons psychologiques avait été posé, il s'agit-là de la seule réponse dont M. U. _____ a été capable face à ses problèmes, elle est inconsciente et non volontaire.

Ce mode de fonctionnement est rigide et ne lui permet pas de prendre le recul nécessaire pour s'engager dans un processus de changement, ni de faire appel à des ressources telles que la motivation et des efforts.

[Questions de M. U. _____]

Q 1. Les troubles psychiatriques tels que décrits dans votre rapport et dont souffre Monsieur Redzep U. _____, lesquels sont responsables d'une incapacité totale de travail ceci depuis 1996 (page 22 du rapport), peuvent-ils être considérés comme des troubles psychiatriques ayant valeur de maladie?

Nous considérons en effet que ces troubles ont valeur de maladie.

Q 2 La capacité résiduelle de travail de Redzep U._____ considérée comme nulle, peut-elle résulter de circonstances psychosociales ou résulte-t-elle de troubles psychiatriques ayant valeur de maladie?

Il s'agit de troubles psychiatriques.

Q 3. Dans un rapport adressé à l'office AI du 16 novembre 2006, le Docteur Pierre Q._____ médecin traitant de Monsieur Redzep U._____, écrit sous le terme pronostic:

« Catastrophique. En arrêt de travail depuis plus de 10 ans, douleurs chroniques jugées invalidantes depuis 10 ans auxquelles s'ajoutent des nouveaux problèmes physiques. Je ne vois pas comment ce Monsieur pourrait reprendre le travail ». Partagez-vous notre pronostic du médecin traitant de Monsieur Redzep U._____?

Le terme de catastrophique n'a rien de médical, par contre nous pouvons dire que l'évolution a été nettement défavorable.

Le Docteur Q._____ mentionne des éléments physiques nouveaux sur lesquels nous ne pouvons pas nous prononcer.

Q 4. Pensez-vous qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit encore nécessaire ou estimez-vous que le cas de Monsieur Redzep U._____ est suffisamment documenté pour permettre à la cour des assurances sociales du Tribunal Cantonal de se prononcer sur une incapacité de gain entière de Monsieur Redzep U._____?

Nous n'avons pas de raison de penser qu'il faille une nouvelle expertise. Il y en a déjà eu trois et chacune est documentée".

Dans leurs déterminations ultérieures, les parties ont confirmé leurs conclusions. L'OAI a également produit un avis du SMR du 11 janvier 2010, dans lequel les Drs X._____ et S._____ écrivent en substance que les avis médicaux complémentaires des Drs Q._____ et D._____ n'apportent, selon eux, aucun élément médical nouveau. Il s'agit selon les médecin dudit service d'une appréciation différente d'une même situation médicale par rapport à l'avis du Dr H._____; ainsi la seule majoration des symptômes physiques pour des raisons médicales ne permettrait pas de qualifier ce trouble de pathologie psychiatrique invalidante au sens de l'AI.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions rendues par les offices AI – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 69 al. 1 LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la question de savoir si le refus de l'office intimé d'octroyer une rente d'invalidité fondé sur les avis médicaux du SMR – constatant l'inexistence d'une aggravation significative de la santé du recourant depuis la décision de suppression de rente du 5 avril 2003 – était justifié au regard des éléments médicaux du dossier.

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI,

consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. a) Aux termes de 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. A teneur 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 pouvant résulter soit d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI).

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 (art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007; art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; TF I 25/2007 du 2 avril 2007, consid. 3.1).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable 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, 130 V 349 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine; RCC 1987 p. 36; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). 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 décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006, consid. 2.2).

c) Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui

remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon le Tribunal fédéral, 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). 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 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°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 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

4. Il y a lieu d'examiner si en l'espèce, un changement dans la situation médicale du recourant est intervenu entre la décision de suppression de rente AI du 5 avril 2003 et celle du 23 février 2009.

a) Dans son rapport médical du 16 novembre 2006, le Dr Q._____, médecin traitant du recourant depuis de nombreuses années, fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de son patient

suite à l'apparition d'une tendinopathie chronique du sus-épineux gauche en novembre 2005. Ces éléments médicaux ont justifié de la part de l'office intimé l'instruction de la nouvelle demande de rente d'invalidité de l'intéressé, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le rapport d'expertise rendu le 19 juin 2007 par les experts du CEMed, composés d'un neurologue FMH (Dr B. _____), d'un rhumatologue FMH (Dr F. _____), et d'un psychiatre FMH (Dr D. _____) se fonde sur des examens complets du recourant et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. A cet égard, les experts ont souligné le fait que ledit rapport avait été établi conjointement, après examen du recourant et une lecture attentive, par chacun, du dossier mis à disposition, et qu'il s'agissait d'un travail nécessitant un consensus. Cela étant, les experts retiennent que sur le plan psychiatrique, le recourant souffre d'un trouble de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), d'une personnalité frustrée et alexithymique (qu'ils décrivent de manière détaillée), décompensée par l'accident survenu en 1966, d'une incapacité d'introspection et de mobilisation de ses ressources personnelles et d'une capacité d'élaboration très faible (pauvreté intellectuelle selon le médecin traitant) qui justifient, selon eux, une incapacité totale de travail depuis 1996. Le Dr D. _____ précise dans son rapport complémentaire du 30 novembre 2009, adressé à la Cour de céans, que les termes rapportés ci-dessus sont à l'origine du mode de fonctionnement de l'expertisé mais aussi de ses limitations et qu'ils expliquent notamment l'incapacité de l'intéressé d'exprimer ses émotions autrement que par des plaintes somatiques, mais aussi son incapacité d'élaborer ses diverses difficultés, qu'elles soient émotionnelles, relationnelles ou tout simplement existentielles. Ce fonctionnement est, selon l'expert psychiatre, inconscient, non volontaire et rigide et ne permet pas à l'intéressé de prendre le recul nécessaire pour s'engager dans un processus de changement ni de faire appel à des ressources telles que la motivation et des efforts. Il s'agit, selon ce spécialiste, d'une maladie psychiatrique invalidante (rapport complémentaire du 30 novembre 2009).

b) Les conclusions des experts du CEMed sont claires, convaincantes et dûment motivées. Elles sont appuyées par l'avis du médecin traitant du recourant. On relève également que les premiers experts psychiatres, les Drs T._____ et M._____, avaient également fait état d'«une structure de personnalité amenant à la majoration des symptômes physiques», le recourant y était décrit comme «figé autant physiquement que psychiquement dans son symptôme douloureux», avec une «absence d'affects», et une «pauvreté de la communication non verbale» (cf. rapport d'expertise du 19 août 1997). Elles sont également corroborées par les constatations du Dr V._____, psychiatre FMH de la Consultation de la douleur à Genolier, qui avait effectué des tests projectifs en 1997, à l'issue desquels il avait constaté «l'intelligence frustrée et les qualités d'introspection très limitées du recourant avec un «fonctionnement se situant dans le registre de l'agir et un système défensif pauvre».

c) Ces conclusions, confirmées en procédure, sont probantes et l'emportent sur le simple avis du SMR du mois de juillet 2007, qui s'écarte de l'avis des experts du CEMed, en s'appuyant sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr H._____ du 14 janvier 2001 (qui avaient fondé la décision de l'office intimé de supprimer la rente du recourant en avril 2003). On relève par ailleurs que le SMR n'a depuis lors pas procédé à un examen clinique du recourant, si ce n'est par la mise en œuvre de l'expertise confiée au CEMed. Or, contrairement aux conclusions du Dr H._____, qui estimait somme toute sommairement que les limitations du recourant n'étaient imposées que par la résistance consciente de ce dernier à toute reprise de travail, les experts, appuyés en cela par les avis des Drs T._____, M._____, et Q._____, estiment que ces limitations résultent des troubles de la personnalité du recourant qui ont valeur de maladie psychiatrique invalidante, contrairement à ce que soutient le SMR dans son dernier avis du 11 janvier 2010.

Les conclusions des experts du CEMed sont claires et convaincantes. Elles se fondent sur une analyse détaillée du dossier médical de l'assuré et prennent en compte l'anamnèse et les plaintes du

recourant. L'expertise du CEMed remplit ainsi les exigences posées par la jurisprudence et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. C'est par conséquent à tort que l'office intimé a nié l'existence d'une maladie psychiatrique invalidante rendant inexistante la capacité de travail du recourant.

d) S'agissant de l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant, le Dr Q._____ explique que suite à la découverte en novembre 2005 d'une nouvelle atteinte sur le plan somatique, il a constaté une aggravation de l'état de santé du recourant (cf. rapport du 16 novembre 2006), ce que les experts du CEMed confirment également (cf. rapport d'expertise du 19 juin 2007). Le Dr D._____ parle dans son rapport complémentaire du 30 novembre 2009 d'une évolution qui a été nettement défavorable. On relève à cet égard que l'aggravation de l'état de santé du recourant, suite à l'apparition d'une nouvelle atteinte somatique, s'explique aisément par le fonctionnement psychique du recourant amplement décrit par les experts du CEMed. Quant au SMR, s'il admet l'aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan somatique, il nie le fait qu'elle puisse avoir des conséquences sur l'état de santé psychique du recourant. Toutefois, dans la mesure où, comme on vient de le voir, le SMR retient à tort que le recourant ne souffre pas d'une maladie psychiatrique invalidante, le déni de l'aggravation de celle-ci n'est pas déterminant et peut être écarté.

Il s'ensuit que l'état de santé psychique du recourant s'est aggravé depuis le mois de novembre 2005 et ne lui permet plus d'exercer une quelconque activité professionnelle. Les règles de la révision d'office trouvent ainsi à s'appliquer (art. 17 LPGa).

e) Bien que les experts du CEMed retiennent que l'incapacité de travail est totale depuis la décompensation de l'état de santé psychique du recourant suite à l'accident de travail du mois d'avril 1996 (cf. rapport d'expertise du 19 juin 1997), elle ne justifie l'octroi d'une rente entière d'invalidité que dès l'aggravation de l'état de santé, soit dès le mois de novembre 2005 (cf. rapport du Dr Q._____ du 11 novembre

2006 et expertise du CEMed du 19 juin 2007). La reprise d'invalidité étant intervenue dans les 3 ans dès la suppression de la rente avec effet au 1^{er} juin 2003, il n'y a pas lieu de fixer un nouveau délai d'attente (art. 29bis aRAI). Le recourant a donc droit à une rente entière dès le 1^{er} novembre 2005 (art. 29 aLAI).

5. Il ressort des considérants qui précèdent que le recours est admis et la décision de l'office intimé du 23 février 2009 réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2005.

Le recourant, qui obtient gain de cause et qui est assisté d'un mandataire, a droit au remboursement de ses frais et dépens (art. 61 let g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD), leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et l'ampleur du litige. En l'espèce, vu le double échange d'écriture et l'interpellation des experts par questionnaires, il convient de fixer les dépens à un montant de 2'000 fr. Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire, vu l'issue du litige (art. 52 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 23 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que U._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2005.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à U._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alain-Valéry Poitry (pour M. U. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :