

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Dind et Mme Thalmann
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

L. _____, à Avenches, recourant, représenté par Me Charles Guerry,
avocat à Fribourg,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA; 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assuré), né en 1961, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 20 mars 1995.

Par décision du 17 novembre 1998, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a rejeté la demande de l'assuré, considérant que celui-ci disposait d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée à son état de santé et que, par conséquent, il ne présentait pas un degré d'invalidité (23%) suffisant pour ouvrir droit à une rente. Par jugement du 18 mai 1999 (cause n° AI 218/98 - 104/1999), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a annulé cette décision et a renvoyé l'affaire à l'OAI afin qu'il procède à un complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire.

L'OAI a dès lors confié deux mandats d'expertise, l'un au Dr C._____, rhumatologue FMH et spécialisé en médecine physique et réhabilitation, et l'autre au Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 8 juin 2000, le Dr C._____ a fait état de cervico-dorso-lombalgies chroniques (discrets troubles dégénératifs lombaires, discrets troubles statiques cervico-dorsaux et séquelles de la maladie de Scheuermann dorsale), ainsi que d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était diminuée dans son ancien métier mais que, par contre, elle était entière dans toute activité professionnelle n'impliquant pas de port de charges ni de mouvement répétitif et permettant l'alternance périodique des positions en cours de journée (par exemple comme surveillant, magasinier ou soudeur en partie mécanique).

Selon l'expertise du Dr D._____ (rapport du 8 juin 2000 complété le 27 juin suivant), l'assuré souffrait de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale

générale chronique d'intensité légère à moyenne, chez une personnalité à traits évitants, de cervicalgies et lombalgies chroniques. L'atteinte à la santé psychique a entraîné une réduction de 20 à 25% maximum de la capacité de travail de l'assuré dans une activité raisonnablement exigible telle que la gestion d'une petite station-service, la vente dans un magasin ou un métier manuel simple. Cette capacité résiduelle était susceptible d'être augmentée à 80 voire 100% moyennant des mesures médicales.

Par décision du 6 avril 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris que le degré d'invalidité de ce dernier (7,9%) était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. A l'appui de ses conclusions, il a considéré que l'assuré ne souffrait pas de trouble psychique invalidant et que, sur le plan rhumatologique, il disposait d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée.

Par jugement du 7 octobre 2002 (cause n° AI 183/01 - 326/2002), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a débouté l'assuré.

Par arrêt du 7 mai 2003 (I 79/03), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a rejeté le recours formé par l'assuré contre ce jugement. La Haute Cour a pour l'essentiel considéré que c'était à juste titre que la juridiction cantonale s'était fondée sur les conclusions des expertises des Drs C._____ et D._____ pour déterminer la capacité de travail de l'assuré et non sur les conclusions de son médecin traitant, le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine générale. Quant à l'aspect économique, la comparaison des revenus a conduit à un degré d'invalidité de 23,36%, inférieur au seuil ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Dans un rapport médical adressé à l'OAI le 29 novembre 2005 co-signé avec un psychologue, le Dr Z._____, médecin adjoint de l'Unité psychiatrique O._____ de P._____ a indiqué que la situation était restée inchangée, l'assuré continuant à souffrir d'un état d'angoisse persistant et de douleurs corporelles qui se sont chronifiées et d'une difficulté à comprendre les enjeux de sa situation personnelle. Sa vie

quotidienne ne comporte aucun repère et aucun loisir en-dehors du cercle familial et son mode de pensée se caractérise en partie par sa rigidité. Sur le plan diagnostique, ils estiment que l'intéressé présente un syndrome douloureux somatoforme persistant sur le fond d'une personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques. Sa capacité de travail est considérée comme nulle, malgré le traitement entrepris. Cette situation motiverait selon les auteurs de ce rapport un nouvel examen du droit aux prestations.

Faisant suite à ce rapport, l'OAI a adressé à l'assuré le 22 décembre 2005 une demande de prestations AI qu'il lui a laissé le soin de remplir s'il souhaitait la réouverture de son dossier.

B. Le 26 janvier 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, tendant à l'octroi d'une rente. Il fait valoir une aggravation de son état de santé et invoque un état dépressif et anxieux important, une personnalité psychotique à traits paranoïaques, des lombalgies ainsi que des troubles somatoformes douloureux.

Dans un rapport médical du 21 avril 2006 adressé à l'OAI, le Dr T._____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux, cervico-dorsolombalgies chroniques, polyarthralgies et troubles d'anxiété généralisés. Il a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail depuis 1999 et a considéré que son état de santé s'aggravait. Son rapport comporte en outre les passages suivants:

"4. Plaintes subjectives

Depuis plusieurs années, il [l'assuré, réd.] se plaint de polyarthralgie, de cervicalgies, de lombalgies ainsi que de douleurs musculaires. Les douleurs sont continues et l'empêchent de rester longtemps debout ou assis. Il souffre également d'anxiété généralisée et d'une peur d'avoir une maladie grave. Les psychiatres avaient constaté chez [lui] des éléments psychotiques raison pour laquelle un traitement de Zyprexa a été introduit. Il a également été montré aux spécialistes de la douleur à Morges qui lui ont proposé de lui donner de Lyrica 300 2 fois par jour afin de diminuer l'intensité des douleurs chroniques que l'on a considéré comme faisant partie d'un tableau d'un syndrome somatoforme douloureux. Pour les douleurs il prend Aspégic 1000 ou Dafalgan 1000. Les tranquillisants

dont Temesta, Xanax sont pris régulièrement de même qu'un anti-dépresseur sous forme de Déroxat 20 associé à Zyprexa 10.

Il a été vu par plusieurs spécialistes, des psychiatres et des spécialistes de la douleur et un rhumatologue le Dr X. _____ afin de voir si l'on pouvait influencer favorablement ces douleurs. Malheureusement le traitement s'est soldé par un échec à cause d'une intolérance. Les seuls médicaments qu'il supporte plus ou moins jusqu'à ce jour sont les tranquillisants.

5. Constatations objectives

A l'examen clinique patient de corpulence athlétique pesant 88kg pour 180 cm. Il est bien orienté aux 3 modes. Phanères et téguments sp. Pas d'adénopathie palpable. TA 135/80mm/Hg. Pulsations 58 par min régulières. Auscultation cardiaque: bruits bien frappés, petit souffle protosystolique au 2^{ème} EIC gr. Auscultation et percussion pulmonaire dans les limites de la norme. Abdomen souple et indolore, sans organomégalie. Organes génitaux sp. Status neurologique sp à l'examen sommaire. Réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques. Motricité et la sensibilité sp.

Au status ostéo-articulaire la mobilité des articulations des 4 membres est sp. Au niveau du rachis on note une hypercyphose dorsale et une scoliose dorsolombaire à convexité G, l'épaule G étant légèrement surélevée et le bassin étant à niveau. 6-9-0-5-0. A la palpation on relève une douleur allant surtout de la colonne cervicale C1-C7 avec irradiation des deux côtés sur les 2 omoplates et vers l'avant prenant tout le tour du thorax. Il ressent des douleurs à la palpation des 2 épaules, du thorax antérieur, dans la région costo-sternale ddc mais de manière plus intense du côté G. Douleurs également à la palpation lombaire ddc et des régions trochantériennes. Signe de Lasègue négatif."

Dans un rapport du 18 août 2006 adressé à l'OAI, la Dresse G. _____, cheffe de clinique, psychiatre FMH, et M. _____, médecin assistant, de l'Unité psychiatrique O. _____ de P. _____, ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), existant tous deux depuis 1994 au moins et de personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques. Ils ont notamment constaté ce qui suit:

"Anamnèse intermédiaire:

(...)

Le Dr T. _____ adresse alors le patient au service des investigations de médecine de l'Hôpital A. _____, où il est entre autre évalué par le service de psychiatrie de liaison, qui conclut à un syndrome douloureux somatoforme persistant chez un patient avec

une personnalité psychotique mal structurée, avec des traits caractériels et paranoïaques.

(...)

Durant notre suivi, les douleurs somatiques restent au centre des préoccupations et des plaintes du patient, qui se montre peu accessible à la notion de trouble psychique. Par moments, les constructions cognitives autour de la source des douleurs corporelles confinent au délire hypocondriaque et génèrent des angoisses massives. Le patient reste par ailleurs sujet à des attaques de panique fréquentes.

La prescription de différents anti-dépresseurs (...) et neuroleptiques (...) ne permet pas de stabiliser à ce jour de manière satisfaisante ni la symptomatologie douloureuse, ni la composante anxieuse. La prescription de benzodiazépines, si elle permet d'obtenir une diminution de la tension et des angoisses, reste problématique au vu de la tendance du patient aux abus médicamenteux.

(...)

Depuis quelques mois, le patient présente un état d'irritabilité tel qu'il met en danger l'équilibre familial, se montrant notamment violent et menaçant à l'égard de son épouse et de ses enfants. (...) Dans la vie quotidienne, M. L. _____ reste principalement confiné au domicile familial, évitant les contacts sociaux en-dehors du cercle de la famille. Sans activité professionnelle depuis plusieurs années, il bénéficie de l'aide sociale.

4. Plaintes subjectives

M. L. _____ se plaint en premier lieu de douleurs, qui se localisent principalement aux régions cervicales, mandibulaires, scapulaires et thoraciques, responsables de limitations importantes dans les activités de la vie quotidienne, ainsi que de troubles du sommeil. De manière récurrente, (généralement plusieurs fois par semaine) il présente des bouffées d'anxiété paroxystique qui se manifestent par des palpitations, des douleurs thoraciques et une sensation de dyspnée. Depuis quelques mois, le patient se plaint d'une irritabilité importante, qui génère des comportements hétéro-agressifs qu'il tente avec difficulté de contrôler.

5. Constatations objectives

M. L. _____ est un homme de 45 ans, faisant son âge, à la tenue et à l'hygiène soignées, il est vigilant et orienté dans tous les modes. Il ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques. Les capacités intellectuelles semblent normales, le patient faisant preuve d'une bonne expression verbale en français. Il se montre méfiant dans le contact, manifestant des craintes que les renseignements qu'il nous fournit ne se retournent contre lui. Il manifeste un état d'irritabilité, généralement modéré mais pouvant rapidement devenir massif, qu'il se force à contrôler en permanence. On peut cependant craindre par moment des comportements violents.

La thymie est légèrement à modérément abaissée, de manière certainement réactionnelle à sa symptomatologie douloureuse et aux difficultés socio-économiques. Les épisodes d'anxiété paroxystiques sont fréquents (plusieurs fois par semaine à domicile mais également durant les entretiens), sous la forme d'une oppression thoracique et d'une sensation de dyspnée, parfois accompagnée d'un sentiment de mort imminente. Au niveau de la pensée, on est frappé par un certain rétrécissement du champ de la pensée à la problématique douloureuse qui envahit complètement l'espace des entretiens médicaux. La symptomatologie douloureuse est variable dans son intensité et sa localisation, actuellement sans intervalle libre. Elle reste interprétée par le patient comme la conséquence d'une atteinte somatique. Au niveau du contenu de la pensée, le patient nie toute hallucination, mais présente fréquemment des idées délirantes hypocondriaques, associées à des angoisses de mort et de morcellement. Le patient nie la présence d'idée suicidaire, mais présente des pensées à contenu hétéro-agressif vis-à-vis de sa famille proche. M. L._____ présente des troubles du sommeil en rapport avec la symptomatologie douloureuse, ainsi qu'une diminution de l'appétit et des nausées fréquentes. Pour faire face à ses symptômes, il présente une nette tendance aux abus de benzodiazépines. Il nie par ailleurs toute consommation d'alcool ou d'autre substance psycho-active.

(...)

En conclusion, M. L._____ présente un syndrome douloureux somatoforme persistant qui s'est péjoré par rapport au rapport médical que nous avons effectué en 1997. Nous considérons en effet, que l'intensité de la symptomatologie douloureuse, qui n'a pas pu être stabilisée malgré les multiples essais thérapeutiques (cf. anamnèse), constitue une invalidité permanente, à notre avis insurmontable pour le patient en regard d'une personnalité psychotique mal structurée et d'un mode de pensées rigidifié. Au fil du temps, M. L._____ s'est focalisé de plus en plus sur les symptômes de sa maladie - restant peu accessible à la notion d'un trouble psychique -, et ne compte plus aucun repère dans sa vie quotidienne. Il n'est pas en mesure de comprendre les enjeux de sa situation personnelle et d'assumer les responsabilités, notamment familiales, de la vie quotidienne. En conséquence, nous estimons que M. L._____ présente une maladie invalidante, et estimons sa capacité de gain comme nulle".

Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) du 24 octobre 2006, la Dresse K._____, spécialiste FMH en médecine interne, s'est exprimée en ces termes:

"Il s'agit d'un assuré de 45 ans, marié, originaire de la République de Yougoslavie, qui demande une rente pour la deuxième fois.

La première demande de rente avait été refusée en avril 2001, malgré une instruction complémentaire sous forme de deux expertises rhumatologique et psychiatrique demandée par le TCA

sur opposition. Cette décision de refus de rente avait été confirmée par le TFA en mai 2003.

L'expertise psychiatrique du Dr D. _____ de juin 2000 ne retenait qu'une diminution maximale de la CT [capacité de travail, réd.] de 25% pour les diagnostics de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, d'intensité légère à moyenne, en présence d'une personnalité à traits évitants. Le diagnostic du psychiatre-traitant de personnalité à structure psychotique n'avait pas été retenu par l'expert.

L'expertise rhumatologique mettait en évidence des cervicodorsolombalgies chroniques sur discrets troubles statiques et dégénératifs en présence de séquelles de maladie de Scheuermann permettant une activité adaptée à 100%, comme l'activité habituelle d'ouvrier d'usine, en observant les limitations fonctionnelles: éviter le port de lourdes charges, sans travail en porte-à-faux et avec possibilité de changer de position.

Lors de cette nouvelle demande, les médecins-traitants parlent d'une aggravation de l'état de santé.

Le psychiatre avance le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant et de personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaque, nous ne pouvons retenir la date de 1994 comme début de ce trouble, vu l'expertise du Dr D. _____ qui ne retenait pas ces diagnostics en 2000. Il existe un retrait social, les douleurs ont augmenté et il serait apparu un comportement violent.

Il n'y a pas de nouveaux diagnostics somatiques.

Dans ce contexte, il faut demander, après discussion de ce dossier avec le Dr E. _____, psychiatre au SMR, un complément d'expertise psychiatrique".

Une scintigraphie osseuse a été réalisée le 10 juillet 2007 par l'Institut d'imagerie diagnostique [...], d'où il ressort une polyarthralgie résistante au traitement anti-inflammatoire. L'examen a été réalisé en corps entier, aux temps précoce et tardif. Aucune anomalie significative n'est retrouvée au temps précoce. Au temps tardif, une fixation symétrique et modérée des petites articulations notamment au niveau des mains et des poignets non évocatrice d'atteinte articulaire inflammatoire évolutive est retrouvée.

L'OAI a mandaté le Dr D. _____ en vue de réaliser une expertise psychiatrique complémentaire de l'assuré. Dans son rapport du 13 mars 2008, l'expert a notamment constaté ce qui suit:

"3. CONSTATATIONS OBJECTIVES

3.1 EXAMEN CLINIQUE DU 17 JUILLET 2007

M. L. _____ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Il est venu accompagné de son beau-fils. A la salle d'attente, l'assuré est couché sur un canapé, les deux mains derrière la tête, mais se lève sans difficulté par une flexion du tronc et se déplace sans limitation pour venir à notre bureau. M. L. _____ ne paraît pas dolent, ni limité dans ses mouvements.

Il s'agit d'un homme de corpulence plutôt athlétique, bronzé, les cheveux courts, à l'aspect hygiénico-vestimentaire tout à fait conservé. Le visage est plutôt abattu, le discours est désabusé. Il est centré tout à la fois sur ses douleurs mais aussi de sentiments de «revendication», de préjudice vis-à-vis de son surinvestissement professionnel en Suisse dès 1981: il se plaint du fait que ses douleurs ne seraient pas reconnues, que l'OAI ne prendrait pas en cause ses problèmes physiques. A plusieurs reprises, M. L. _____ exprime des critiques à peine voilées à l'égard de l'expert et des institutions sociales en général.

M. L. _____ ne présente pas de foetor éthylique. Il est vigile, orienté aux trois modes. L'examen neuropsychologique grossier est parfaitement dans les normes. L'assuré s'exprime relativement bien en français. Il s'agit d'un homme intelligent. Jugement et raisonnement sont conservés.

Le tableau clinique est essentiellement dominé par une symptomatologie somato-psychique caractérisée par des douleurs multiples, ubiquitaires concernant différentes articulations surtout des lombalgies, cervicalgies, etc ... tensions musculaires avec parfois des troubles digestifs d'allure fonctionnelle. Ceci accompagné d'une fatigabilité significativement invalidante.

Au niveau psychique, M. L. _____ se sent tendu, irritable. Il décrit une légère baisse de la motivation, pessimiste face à l'avenir. L'assuré se plaint d'importants troubles du sommeil qu'il attribue en grande partie à ses douleurs. Celui-ci serait peu réparateur. Sinon, une à deux fois par semaine l'assuré peut présenter des épisodes de bouffées anxieuses avec sentiment d'oppression thoracique, difficultés respiratoires, tachycardie répondant partiellement à la prise de Temesta.

4. DIAGNOSTIC

(...)

Axe I Trouble somatoforme douloureux (névrose de rente)
 Attaques de panique actuellement paucisymptomatiques

Axe II Personnalité du registre paranoïaque

(...)

Axe IV Difficultés socio-économiques; familiales; autres (?)

(...)

4.2 DISCUSSION

L'assuré depuis de nombreuses années fait preuve d'une grande détermination dans ses différents recours, tant au tribunal cantonal que fédéral, face au refus de l'assurance AI de rentrer en matière pour sa demande de prestations.

Depuis notre rapport du 08.06.2000, la situation s'est compliquée d'un litige asséurologique interminable, l'assuré revendiquant la reconnaissance et l'importance de ses différentes plaintes physiques pour l'obtention et la reconnaissance d'une invalidité complète. M. L._____ consulte à de multiples reprises ses médecins traitants, avançant bon nombre de plaintes pour justifier sa situation actuelle. Autrement dit, tout semble indiquer que l'évolution se fait vers une «névrose de rente» chez un assuré pour qui l'identité d'invalidé offre de nombreuses solutions à des problèmes de réalité, qu'elles soient économiques, familiales, etc.

Dans ce type de situations, on assiste à un clivage majeur entre les médecins traitants que l'assuré - consciemment ou non manipule - et les experts qui se montrent plus inflexibles et adoptent une attitude plus critique face aux éléments objectifs qu'ils prennent en compte en première ligne. Le sujet est démonstratif, suggestible et les discordances sont manifestes.

Cette évolution vers la névrose de rente ne peut pas être considérée comme délirante, ce qui aurait pu ouvrir le droit à reconsidérer l'invalidité psychique. L'urgence du règlement de son dossier va en quelque sorte conditionner l'avenir mental de ce sujet prédisposé à de telles manifestations, où l'exagération de l'impotence fonctionnelle qui prolonge anormalement une inaptitude au travail s'enrichit avec le temps de séquelles objectives d'une série de malaises subjectifs. On retient ici les tendances revendicatrices importantes probablement dans l'espoir d'une indemnisation maximale du préjudice présumé.

Le tout prend racine sur une personnalité qui s'organise sur un mode paranoïaque, rigide, sûr de lui-même, orgueilleux, susceptible, ayant une haute estime de lui-même, avec une forme d'hyperesthésie dans la relation avec autrui et souvent une appréhension hypocondriaque du corps.

Cette personnalité du registre paranoïaque existe de longue date. Elle ne paraît pas plus décompensée que précédemment et en tant que telle ne devrait pas véritablement justifier de reconsidérer cette situation.

On ne peut pas parler évidemment d'une aggravation mais d'une fixation vers un statut d'invalidé; l'assuré est dans un «cul de sac», et probablement se sent-il légitimé avec les années par son entourage et la fréquentation multiple de ses médecins traitants, dans ses droits face à l'AI.

Nous maintenons les conclusions de notre expertise du 08.06.2000. Le traitement ici fait surtout appel aux possibilités d'abstention thérapeutique face à toute nouvelle plainte, car le risque de iatrogenèse et de chronicisation est important.

Il s'agit plutôt d'une problématique psychosociale et économique, que médicale au sens des assurances sociales.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Cf. spécialiste concerné. Tendance hypocondriaque.

Au plan psychique et mental

Cette situation n'a guère évolué depuis notre rapport de 2000.

Au plan social

L'assuré allègue une tendance à l'isolement et des conflits de couple.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

De notre point de vue, incapacité de travail toujours à 50%.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

50%.

(...)

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Stationnaire.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré (e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

D'un point de vue médico-théorique, nous pouvons estimer que l'assuré est toujours apte à exercer une activité professionnelle en fonction de sa motivation et de ses compétences. Il y a peu d'espoir que cela arrive dans la réalité. La durée de l'incapacité de travail ainsi que la situation économique, psychosociale et le manque de motivation exprimé de très longue date indiquent qu'il y a peu d'espoir que l'assuré fasse de véritables démarches en ce sens. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il soit complètement invalide, car la motivation du sujet et sa responsabilité sont aussi engagés.

(...)

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Pas de proposition de traitement particulière, si ce n'est d'éviter la multiplication des investigations médicales, exploratoires ou

chirurgicales devant toute nouvelle plainte. Le souci principal du médecin étant de ne pas nuire; le risque de iatrogenèse est important dans ce cas".

Dans un avis médical SMR du 14 avril 2008, le Dr V._____, spécialiste FMH en médecine générale, a considéré ce qui suit:

"(...)

L'expertise du Dr D._____ rendue en mars 2008 explique que la situation actuelle correspond de plus en plus à une névrose de rente. Dans son résumé de l'anamnèse intermédiaire l'expert mentionne le rapport médical de l'Unité psychiatrique O._____ de P._____ du 18.08.2006 et souligne leur appréciation (... personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques). Dans la discussion, l'expert ne se prononce pas sur la différence de diagnostic en ce qui concerne la personnalité, et dans l'appréciation de la capacité de travail le Dr D._____ atteste une CT de 50% inchangée depuis 2000. Or, en 2000 il avait attesté une CT de 75% au moins ...

Il faut demander des explications au Dr D._____ au sujet de ces deux points, avant de pouvoir conclure.

Merci d'adresser les questions suivantes au Dr D._____:

Le médecin SMR, le Dr V._____, chargé d'examiner le dossier de l'assuré susmentionné, a pris note avec grand intérêt de votre complément d'expertise du 13.03.2008. Il a noté que vous avez mentionné sous point 1.1 les conclusions des médecins de l'Unité psychiatrique O._____ de P._____ et en particulier de leur diagnostic de personnalité, à savoir: ... *personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques*. Dans votre appréciation de la capacité de travail, vous avez noté sous point 2.1: *De notre point de vue, incapacité toujours à 50%*, et sous point B.1: *Cette situation n'a guère évolué depuis notre rapport de 2000*. Or, en 2000 vous aviez attesté une capacité de travail de 75% au moins.

S'agissant d'un cas qui avait été porté au TCA et puis au TFA, qui les deux avait confirmé la position de l'AI basée entre autres sur votre expertise de 2000, il est important de clarifier ces deux points.

Le Dr V._____ vous prie de répondre aux questions suivantes:

1. Merci de prendre position en quelques mots par rapport à la différence de diagnostic de la personnalité de cet assuré (personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques versus personnalité de registre paranoïaque).
2. Quelle est la CT exigible du point de vue psychiatrique: 50% comme indiqué actuellement ou 75% au moins comme mentionné en 2000?"

Le 30 mai 2008, le Dr D._____ a répondu ce qui suit aux questions posées:

1. Par définition, les personnalités paranoïaques font partie, selon l'ancienne nosologie, du groupe des personnalités psychotiques. Le concept des troubles du caractère est moins utilisé actuellement. Celui-ci ne recouvre pas une réalité clinique précise, car il fait référence à des perturbations du comportement, une conduite agressive - verbale ou physique - des provocations. Cette conception provient de l'école allemande, qui définit l'ensemble de la personnalité par le «tempérament», le «caractère» et la «personnalité».

2. Il s'agit d'une coquille. Il faut effectivement comprendre 75% de capacité de travail."

Dans un avis médical SMR du 16 juin 2008, le Dr V._____ a constaté ce qui suit:

"Nouvelle demande le 26.01.2006 au motif que les troubles psychiques se seraient aggravés.

Après instruction, une nouvelle expertise a été demandée au Dr D._____ qui avait déjà examiné l'assuré en 2000.

Dans un premier temps, les termes de la conclusion de cette expertise n'étaient pas clairs, mais après avoir réinterrogé l'expert, les conclusions suivantes peuvent être tirées:

Les diagnostics sont inchangés. L'atteinte psychique ne s'est pas aggravée depuis 2000, par contre elle s'est figée et l'évolution va vers une névrose de rente. Il y a bien un trouble de la personnalité, appelé personnalité du registre paranoïaque par le Dr D._____ et personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaque par les médecins de l'Unité psychiatrique O._____ de P._____. Mais selon le Dr D._____, interrogé spécifiquement à ce sujet, il s'agit du même groupe de personnalité. Cet assuré ne présente pas un trouble de la personnalité décompensé, et le Dr D._____ ne constate pas d'apparition d'une co-morbidité psychiatrique invalidante depuis 2000.

Il arrive aux mêmes conclusions qu'en 2000 en ce qui concerne la capacité de travail exigible, à savoir: 75% du point de vue psychiatrique. Une erreur s'était glissée dans son expertise du 13.02.2008, rectifiée dans son complément du 30.05.2008.

Conclusion:

Cet assuré souffre encore et toujours d'un trouble somatoforme douloureux, sans co-morbidité psychiatrique invalidante, comme en 2000. Sur le plan somatique, la situation est inchangée.

La CT est de 75% dans une activité légère, théoriquement améliorable à 80 à 100%.

Par conséquent, il faut refuser cette demande".

Par projet de décision du 6 avril 2009, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que son état de santé ne s'était pas modifié depuis la décision de refus du 6 avril 2001, son taux d'invalidité étant toujours de 23% au plus comme l'avait retenu le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 7 mai 2003.

Le 19 mai 2009, l'assuré a adressé à l'OAI, par l'intermédiaire de son conseil, des observations à propos de ce projet de décision. Il a pour l'essentiel fait valoir une grave détérioration de son état de santé, le rendant totalement incapable d'exercer une activité professionnelle. Il a conclu à ce qu'un degré d'invalidité de 100% lui soit reconnu dès le 6 janvier 2006, une prestation lui étant allouée en conséquence et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique par un psychiatre indépendant, le rapport du Dr D. _____ étant selon lui entaché de contradictions fondamentales, le rendant ainsi impropre à déterminer sa capacité de gain.

Dans un avis médical SMR du 18 juin 2009, le Dr V. _____ a écrit ce qui suit:

"Dans son mémoire du 19.05.2009, Me Ayer revendique un taux d'invalidité de 100% depuis le 06.01.2006 et, subsidiairement, une nouvelle expertise psychiatrique.

(...)

Il faut noter qu'il n'y a pas contradiction entre le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les médecins traitants et le refus de l'AI de reconnaître cette affection comme invalidante: il y a des critères juridiques définis en médecine des assurances qui imposent une analyse pointue et exigent certains critères pour que ce diagnostic puisse être reconnu par l'AI comme affection invalidante.

Ces critères ne sont pas remplis dans le cas présent.

Les médecins traitants ou hospitaliers ne posent pas leurs diagnostics, en particulier celui de trouble somatoforme douloureux, en tenant compte de ces considérations juridico-asséculo-logiques.

Ce diagnostic figure dans la CIM, il est parfaitement admis de poser ce diagnostic, mais cette classification ne permet pas de tirer des conclusions directes en ce qui concerne la capacité de travail.

Concernant la procédure et la pertinence des moyens d'instruction:

Me Ayer critique le fait que l'AI ait procédé à une expertise rhumatologique et psychiatrique au lieu d'une expertise pluridisciplinaire. Ce reproche n'est pas fondé, étant donné que la problématique de cet assuré est essentiellement rhumatologique et psychiatrique, et que ces deux aspects ont été explorés.

Par ailleurs, il n'accepte pas la rectification fournie par le Dr D. _____ dans son complément de réponse du 30.04.2008, lorsqu'il reconnaît qu'il s'est trompé de chiffre et qu'il s'agit bien d'une capacité de travail de 75%. Or, selon le texte de l'expertise, en particulier la discussion, il est clair qu'il s'agissait d'une erreur de frappe, étant donné que l'expert avait clairement décrit la situation comme étant inchangée depuis sa dernière expertise. Je ne vois pas pourquoi une nouvelle expertise doit être demandée."

Le 16 septembre 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 6 avril 2009, accompagnée d'une lettre explicative qui répondait aux objections formulées par l'assuré à l'encontre de ce projet en reprenant en substance les éléments exposés par le Dr V. _____ dans son avis médical SMR du 18 juin 2009.

C. L'assuré a recouru par acte du 21 octobre 2009 contre cette décision, en concluant avec dépens à son annulation, une rente d'invalidité entière lui étant allouée, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire. Il fait valoir en substance que, contrairement à ce qu'a retenu l'expert D. _____ dans son rapport d'expertise du 13 mars 2008, son état de santé s'est sensiblement dégradé au cours des dernières années.

Il a notamment produit un rapport de l'Unité psychiatrique O. _____ du 13 octobre 2009, dans lequel la Dresse H. _____, cheffe de clinique adjointe, et le Dr W. _____, médecin-assistant, ont observé une situation chronicisée avec un état psychique cristallisé, ainsi qu'une perte totale de l'intégration sociale, autant sur le plan familial que social élargi, l'intéressé passant l'essentiel de la journée et de la nuit au lit; de très nombreux essais thérapeutiques avec des médicaments de tout type ont été effectués sans mener à une amélioration significative de la

symptomatologie, mais entraînant de possibles effets secondaires majeurs (tachycardie ventriculaire). Ils ont conclu que dans l'ensemble, cette situation remplissait les critères de Mosimann et qu'elle évoluait vers une chronicisation progressivement défavorable, la capacité de travail était considérée comme nulle; quant à une éventuelle reprise d'activité, elle leur paraissait très improbable.

Le recourant a également produit un rapport du Dr T. _____ du 16 octobre 2009, faisant état d'une hospitalisation intervenue du 27 septembre au 6 octobre 2009 en raison d'une pancréatite aiguë en relation avec une cholecystite sur cholelithiase. Sur le plan psychique, le Dr T. _____ est d'avis que l'assuré souffre de problèmes psychiatriques graves, auxquels il convient d'imputer son incapacité de travail. Il s'étonne en outre du fait que le Dr D. _____, qui paraît minimiser la situation, retienne néanmoins une incapacité de travail de 50%. A ses yeux, il convient de solliciter l'avis d'un psychiatre neutre à même de pouvoir cerner le cas de manière plus détaillée et approfondie.

Dans sa réponse du 20 janvier 2010, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il s'est pour le surplus référé à un avis du SMR du 14 janvier 2010 auquel il a déclaré se rallier et qui avait la teneur suivante:

"Le rapport des Drs H. _____ et W. _____ du 13.10.09 confirme les atteintes connues, sans fait nouveau objectif. Au plan des constatations médicales, nous sommes en accord avec ces confrères. Sans autre argumentation, les auteurs du rapport estiment que les «critères de Mosimann» sont remplis. Ces critères étant juridiques, c'est aux juristes qu'il appartient de les apprécier.

Le rapport du Dr T. _____ du 16.10.09 fait état d'une pancréatite aiguë sur cholélithiase. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une pathologie aiguë, qui, en l'absence d'autres complications, n'est pas cause d'une incapacité de travail de longue durée au sens de l'Al. Quant aux considérations d'ordre psychiatrique du Dr T. _____, elles ne font que soutenir l'avis des psychiatres traitants contre celui de l'expert, sans apporter d'argument médical nouveau.

Aucun de ces deux rapports ne fait état d'éléments médicaux permettant de changer notre position. Nous maintenons donc nos conclusions."

Dans sa réplique du 13 avril 2010, le recourant a répété que son état de santé s'était dégradé au cours des dix dernières années et que sa capacité résiduelle de travail avait diminué au point de devenir nulle. A l'appui de son écriture, il a produit un rapport d'expertise privée du 1^{er} avril 2010 du Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, auquel était joint un rapport d'examen neuropsychologique du 16 février 2010. Le rapport d'expertise du Dr B._____ contient les passages suivants:

"Constatations cliniques:

M. L._____ est un homme de 48 ans, grand, soigné, faisant plus que son âge, bien orienté aux 4 modes. Il arrive à l'heure aux rendez-vous accompagné les deux fois de sa fille aînée, ne pouvant plus conduire lui-même sur une grande distance.

Il se montre plutôt distant et méfiant dans le contact, indifférent, à tendance négative, à tendance projective sans aucune capacité à se remettre en question. Sa thymie est clairement abaissée. Il garde les yeux fermés, la tête appuyée en arrière, durant la plus grande partie de l'entretien. Il semble peu impliqué, présent malgré lui, exprime un faciès souffrant.

L'expertisé est nettement ralenti sur le plan psychomoteur. Le discours est également lent, M. L._____ mettant plusieurs dizaines de secondes avant de répondre aux questions. Sur le plan de l'élocution, ce ralentissement n'est pas explicable par l'utilisation d'une langue étrangère qu'il maîtrise relativement bien ni par une réflexion excessive en rapport avec la méfiance dont il fait preuve. Il s'agit plutôt du ralentissement du dépressif pour qui la moindre activité exige un effort quasi surhumain.

Il accroche sur les mots, a conscience qu'il a de la peine à décrire ce qu'il veut dire, mais ne peut pas faire mieux.

L'expertisé paraît peu investir ce contexte d'expertise et paraît désintéressé comme s'il subissait ces entretiens malgré lui. Il confirme qu'il ne serait pas venu lors du second entretien si sa fille ne l'avait pas poussé, tant il souffre de tout son corps.

L'expertisé verbalise un sentiment d'infériorité et un sentiment de honte. Il ne peut aucunement se projeter dans l'avenir. Il se plaint d'un manque d'énergie permanent.

Une perte de poids est rapportée d'environ 10 kg depuis 10 ans.

Examen neuropsychologique du 16 février 2010 (rapport complet en annexe):

L'examen psychologique met en évidence de sévères troubles de la mémoire antérograde (nouvelles informations) et de la mémoire immédiate (restitution immédiate). Une sévère dysfonction

exécutive est détectée (difficulté à mettre en pratique une action), ainsi qu'une difficulté à soutenir l'attention.

Il s'agit d'une diminution importante des performances mentales qui sont évaluées ici de manière objective et standardisées. La neuropsychologue exclut une exagération volontaire des défaillances et relève la bonne collaboration de l'expertisé.

Madame F. _____ arrive à la conclusion que l'expertisé souffre d'une atteinte cognitive importante (à savoir des problèmes d'attention, de concentration et de mémoire) à prédominance dysexécutive (à savoir une difficulté à exécuter des actes).

Diagnosics selon CIM-10:

Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques F 32.2
Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique] F 41.0
Trouble spécifique de la personnalité paranoïaque F 60.0
Syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4

Commentaire:

Les critères diagnostics CIM-10 sont remplis pour un trouble dépressif d'intensité sévère, notamment sur le plan de l'isolement social, du ralentissement psychomoteur, de la fatigue et de la fatigabilité, des troubles du sommeil et de l'appétit, des troubles de la concentration et de la mémoire, de l'humeur sombre, de la perte de plaisir et de la perte d'intérêt, des sentiments de honte et de l'incapacité à se projeter dans l'avenir.

Il existe également une symptomatologie anxieuse de type attaque de panique, maîtrisée par un traitement anxiolytique important.

Il s'agit dans ce cas cependant en premier lieu d'une problématique liée à une organisation bancale et psychotique de la personnalité qui implique une précarisation du fonctionnement psychique.

L'état dépressif est certainement l'expression de la décompensation des mécanismes de défenses peu efficaces chez cette personne, tout comme l'expression somatique de la souffrance à travers un syndrome douloureux somatoforme.

L'atteinte des fonctions cognitives doit être mise sur le compte de ce fonctionnement psychique et mental précaire. L'impact éventuel d'un syndrome post-commotionnel en rapport avec l'accident de 1984 ne peut pas être déterminé actuellement, 25 ans plus tard.

Discussion:

Monsieur L. _____ est un homme de 48 ans, qui ne travaille plus depuis quinze ans. Il s'agit d'un homme marié, père de quatre enfants qui est assisté par ses enfants.

Sur le plan psychique, il y a un consensus de diagnostic médical dans le sens d'une organisation de personnalité du registre psychotique paranoïaque, associé à un syndrome somatoforme douloureux persistant.

Il existe par contre une divergence de vue entre la sévérité de cette limitation entre les médecins traitants et l'expert D._____.

Il existe une réalité juridique qui a confirmé l'absence d'incapacité de travail au moment du refus de rente en 2000.

Il s'agit dès lors de vérifier s'il existe une aggravation de la situation depuis 2001, puisque Monsieur L._____ a déposé une deuxième demande de rente en 2006.

Force est de constater, aussi bien sur le plan clinique qui englobe l'anamnèse, l'hétéroanamnèse et l'observation clinique, que sur la base de l'évaluation neuropsychologique, que l'expertisé se trouve actuellement en incapacité de travail complète.

Il est globalement ralenti et présente une atteinte documentée des fonctions mentales qui semble exister selon les informations recueillies depuis une dizaine d'années. Cette atteinte n'a pas cédé à une longue prise en charge psychiatrique avec de nombreuses tentatives de traitement médicamenteux.

Le rapport d'expertise de 2008 du Dr D._____ est très réduit, ce qui confirme indirectement les dires de l'expertisé quant à la pauvreté de son existence. Apparemment, rien ne s'est passé dans la vie de cette personne en 8 ans (cf. page 4 du rapport D._____). Les quelques informations fournies ne sont pas précises, ce qui semble indiquer que les troubles cognitifs et la déstructuration mentale existent en tous cas déjà en 2008.

Le Dr D._____ écrit que l'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Si cela était effectivement le cas, alors nous devrions constater une aggravation évidente de l'état de santé mental de Monsieur L._____, puisqu'il présente actuellement une atteinte importante des fonctions neuropsychologiques (cf. rapport Madame F._____).

En réalité, nous pensons plutôt, sur la base de la description faite par les médecins traitants, la fille de l'expertisé et l'expertisé lui-même, que le Dr D._____ a passé à côté d'une atteinte cognitive qui existait déjà.

Le Dr D._____ interprète finalement la symptomatologie aboutissant à une incapacité de travail comme une névrose de rente et il estime que les médecins traitants sont trop flexibles et pas assez critiques face à leur patient (page 7).

Nous nous écartons de cette appréciation qui est subjective et implique par ailleurs une inversion logique de la cause et de l'effet, puisque les problèmes économiques sont vus comme une cause et non pas comme une conséquence de la symptomatologie et que la dimension psycho-sociale est écartée comme étant non médicale, alors que cette dimension ne peut pas être séparée du domaine psychiatrique.

Dans ce cas il est clair que Monsieur L._____ souffre d'une pathologie psychique, que le Dr D._____ reconnaît d'ailleurs, qui engendre des complications psychosociales (travail, famille, amis).

(...)

4. Diagnostics

4.1 Diagnostics selon le DSM-IV-TR

- Episode dépressif majeur, sévère sans caractéristiques psychotiques, chronique 296.22
- Trouble panique sans agoraphobie 300.01
- Personnalité paranoïaque 301.0
- Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques 307.80

4.2 Discussion

Dans le cas de Monsieur L._____, il existe une organisation de personnalité bancale avec épuisement des mécanismes de défense au fil des années. Les informations recueillies par le médecin traitant qui connaît ce patient depuis de nombreuses années, ainsi que les renseignements fournis par la fille aînée, font penser que Monsieur L._____ présente une diminution de ses capacités d'adaptation et d'intégration depuis dix ans environ.

Le dysfonctionnement psychique sévère, avec répercussions majeures sur le plan professionnel et social, ainsi que sur le plan de la souffrance subjective, justifie à notre avis un diagnostic de trouble de la personnalité et non pas seulement un diagnostic d'organisation de personnalité. La question des répercussions d'un dysfonctionnement psychique est déterminante selon la CIM-10 et selon le DSM-IV pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité.

Dans le cas de Monsieur L._____, la froideur affective, l'égocentricité, l'absence de tissu social et les tendances projectives vont dans le sens d'un trouble de la personnalité antérieur à l'état dépressif.

La précarisation de ses mécanismes de défense psychiques a débouché sur des tableaux psychiatriques florides, tels un état dépressif majeur selon le DSM-IV ou des attaques de panique. Le syndrome douloureux est probablement une autre soupape à la tension psychique intense que Monsieur L._____ n'arrive pas à métaboliser.

Actuellement, ce qui est déterminant, c'est la mise en évidence d'une atteinte marquée des fonctions cognitives qui ne rend plus possible aucune intégration professionnelle.

Diagnostic principal:

Les quatre diagnostics psychiatriques sont déterminants dans l'appréciation de la capacité de travail de cette personne.

Diagnostic secondaire:

Il n'y a pas de diagnostic secondaire.

B. Influence sur la capacité de travail

**1. Limitations de la capacité de travail (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés.
Au plan physique**

A déterminer par les médecins somaticiens.

Au plan psychique et mental

Incapacité de travail complète, tant sous l'angle du fonctionnement psychotique (intolérance au stress, irritabilité, mauvaise gestion des pulsions, faible capacité d'adaptation) que du fait de l'état dépressif cristallisé sur un mode régressé, que sous l'angle neuropsychologique qui met en évidence des limitations sévères de la mémoire, de la concentration et de la fatigabilité.

Au plan social

Difficultés relationnelles, sociales et difficultés d'intégration impliquant des limitations sévères.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'expertisé ne travaille plus depuis quinze ans.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Il n'existe plus aucune capacité de travail résiduelle. Les troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire rendent un processus d'apprentissage illusoire. De plus, il existe une difficulté pratique à exécuter une action difficile à planifier mentalement.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

L'expertisé ne travaille plus depuis quinze ans.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

Le rendement de l'expertisé est nul (ralentissement psychomoteur et troubles cognitifs).

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

La réalité juridique (Tribunal cantonal des assurances sociales et Tribunal fédéral des assurances) dit que Monsieur L. _____ n'avait pas d'incapacité de travail significative en avril 2000.

En l'absence d'activité, il est difficile de définir a posteriori l'évaluation de l'incapacité de travail, incapacité de travail qui s'est sans aucun doute aggravée au fil des ans.

Nous n'avons pas de raison de nous écarter des appréciations faites à l'Unité psychiatrique O. _____ et à l'Hôpital A. _____, alors que nous ne pouvons pas partager le point de vue du Dr D. _____ (cf rubrique Remarques ci-dessous).

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Actuellement, la capacité de travail est de toute évidence nulle.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel?

L'expertisé présente une faible capacité d'adaptation.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:

Aucunement, cf réponse 2.2

- L'aptitude à s'intégrer dans le tissu social

Il existe de fortes limitations.

- La mobilisation des ressources existantes

Il n'existe plus de ressources mobilisables.

Si non, pour quelles raisons?

Monsieur L. _____ a épuisé ses ressources et se trouve dans un état dépressif et régressif depuis une dizaine d'années. Sa structuration bancale de la personnalité ne lui permet pas d'exploiter d'autres ressources personnelles. Les atteintes cognitives barricadent définitivement tout pronostic favorable.

2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Non. L'expertisé ne travaille plus depuis quinze ans.

2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail).

Cette question tombe. Le traitement médical permet tout au plus une stabilisation, mais aucunement une amélioration des défaillances. Divers produits ont été prescrits sans succès, ce qui est habituel dans ce type de problématique où il existe une forte méfiance face à toute intrusion (problématique psychotique paranoïaque, en l'absence de psychose franche).

(...)

3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'expertisé?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Plus aucune activité lucrative n'est possible.

(...)

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Le rendement est nul.

3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Monsieur L. _____ a épuisé ses ressources et se trouve dans un état dépressif et régressif depuis une dizaine d'années au moins. Sa structuration bancale de la personnalité ne lui permet pas d'exploiter d'autres ressources personnelles. Les atteintes cognitives barricadent définitivement tout pronostic favorable.

Remarques

A notre avis, l'expertise D._____ a sous-estimé les limitations de l'expertisé déjà en 2000. L'expertise de 2008 n'explique pas pourquoi le Dr D._____ s'écarte de l'avis des psychiatres traitants et du médecin traitant si ce n'est qu'il évoque un clivage médical et qu'il affirme que les médecins experts seraient plus objectifs (en réalité il est seul à défendre le point de vue psychiatrique que l'expertisé est apte au travail à 75 %).

A notre avis, l'expert D._____ interprète les manifestations comportementales de l'expertisé comme des manifestations manipulatrices, sans faire le lien avec la problématique psychotique paranoïaque qu'il a pourtant bien décrite.

Par exemple, les problèmes de compliance, tout comme le caractère orgueilleux et susceptible, la haute estime de soi de l'expertisé (page 8 de son rapport), correspondent précisément à la faille narcissique du paranoïaque et échappent à un contrôle conscient de sa part.

Ces traits signifient des dysfonctionnements et des difficultés d'adaptation et d'intégration de ce type de personnalité, ainsi qu'une intolérance au stress. Il s'agit précisément d'une symptomatologie limitant la capacité de travail et non pas de simples traits de caractère déplaisants.

Le Dr D._____ n'observe pas les limitations de l'expertisé, alors que ce dernier a pourtant été largement investigué à l'Hôpital A._____ et à l'Unité psychiatrique O._____ et qu'il existe un consensus pour apprécier son incapacité de travail.

Notre propre investigation confirme l'analyse des collègues psychiatres de l'Hôpital A._____ et de l'Unité psychiatrique O._____, partagée d'ailleurs par le médecin traitant. Nous ne pouvons pas adhérer aux conclusions du Dr D._____.

Celui-ci inverse la relation de cause à effet entre troubles psychiatriques et problèmes économiques et sociaux. De toute évidence, les problèmes de santé psychique étaient antérieurs aux problèmes sociaux et surtout économiques dans le cas de Monsieur L._____.

Prôner l'abstinence thérapeutique dans ce cas serait ignorer, par exemple, que le service de protection de la jeunesse a été alerté il y a quelques années et que Monsieur L._____ vit toujours avec sa famille qui subit son état et ses troubles du comportement.

Etablir un lien thérapeutique avec ce type de personnalité est toujours difficile, mais l'abstinence thérapeutique nous paraît peu défendable.

Relevons enfin que le Dr D._____ avait lui-même proposé un traitement antidépresseur dans le cadre de son expertise 2000, traitement qui est en définitive resté sans effet notable, ce qui n'est pas surprenant vu la pathologie psychiatrique majeure.

Actuellement, l'évaluation neuropsychologique que nous avons demandée met en évidence que le fonctionnement mental de l'expertisé est sévèrement défaillant et ne pourra plus être amélioré."

Dupliquant le 20 mai 2010, l'OAI a proposé une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise. Il a produit une analyse de la situation effectuée par le SMR le 18 mai 2010, à laquelle il a déclaré se rallier. Dans cet avis, le Dr S._____, expert-médical SIM et médecin-chef adjoint, s'est exprimé en ces termes:

"Le rapport d'expertise du Dr B._____ du 01.04.2010 suscite les commentaires suivants:

- il s'agit d'une expertise privée, à la demande de l'avocat de l'assuré.

- elle est lacunaire sur les points suivants:

- o Absence de dosages plasmatiques médicamenteux;
- o Les éléments permettant d'analyser les critères de gravité du syndrome douloureux somatoforme selon la jurisprudence ne sont pas retrouvés dans l'expertise, hormis la mention de l'absence de vie sociale hors de la famille nucléaire.

- l'expert ne fait pas preuve de recul par rapport aux éléments anamnestiques; au contraire, il les valide par des hétéro-anamnèses partiales (fille de l'assuré, médecins traitants de l'assuré).

- le ralentissement psychomoteur constaté est mis sur le compte d'un épisode dépressif sévère. Or, les effets psychotropes d'une consommation importante de benzodiazépines (Xanax 4mg/j et Temesta 6 mg/j) associée à du Tramal sont complètement occultés par l'expert, alors qu'à ces doses, ces médicaments expliquent au moins en partie les troubles neuropsychologiques. Il était dès lors essentiel de connaître les concentrations plasmatiques des médicaments psychotropes au moment de la passation des tests neuropsychologiques.

- la description par les médecins traitant et la famille d'une personnalité autoritaire, tyrannique et violente, présentant des épisodes impulsifs avec accès de colère et même crise clastique (casser une chaise dans un bistrot) n'est pas compatible avec un épisode dépressif sévère.

- le Dr B._____ ne démontre pas une aggravation de l'état de santé de l'assuré et ne le date pas mais au contraire estime que «l'expertise D._____ a sous-estimé les limitations de l'expertisé déjà en 2000». Il va donc à l'encontre d'une décision entrée en force et confirmée par le TFA en 2006.

En conclusion, cette expertise privée comporte des lacunes et contient des contradictions. Elle est le reflet d'une appréciation

différente d'une situation médico-psycho-sociale complexe mais ne permet ni de remettre en cause la deuxième expertise D._____, ni de démontrer une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision".

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 à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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 et selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA) par L._____ contre la décision rendue le 16 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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) et 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) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé et d'une incapacité de gain corrélative depuis la décision de refus de rente du 6 avril 2001, confirmée par arrêt du TFA du 7 mai 2003.

3. 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.

Selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004 (RO 2004 743), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente

avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 c. 5.2.3; 117 V 198 c. 4b; 109 V 108 c. 2a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 c. 1.2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 c. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 c. 1.2).

4. a) 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 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2).

b) De jurisprudence constante, 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 c. 5.1; 125 V 351 c. 3a et la référence citée; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). Selon la Haute Cour, 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 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2, 4A_45/2007 du 12 juin 2007 c. 5.1). De jurisprudence constante, il est admis que le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'experts ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques (TF 9C_344/2007 du 25 mars 2008 c. 2; TFA I 371/05 du 1^{er} septembre 2006 c. 5.3.2 et I 40/02 du 22 janvier 2003 c. 3.2).

5. En l'espèce, dans son rapport du 21 avril 2006, le Dr T._____, médecin généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré, souligne le rôle des facteurs psychiatriques dans l'incapacité de travail du recourant, qu'il associe avec des douleurs qui n'ont pas disparu depuis lors. Il précise son point de vue dans son avis du 16 octobre 2009. Ce rapport fait certes état d'une hospitalisation du recourant à une période postérieure à la décision entreprise pour une pancréatite aiguë, affection au demeurant sans rapport direct avec les pathologies ayant fait l'objet d'investigations antérieures dans le cadre de la précédente procédure et qui, comme le relève le SMR dans son avis du 14 janvier 2010, n'est pas cause d'une incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI. Cela étant, le Dr T._____ y réaffirme surtout qu'il existe des problèmes psychiatriques sous-estimés par l'expert D._____ et qui nécessitent à son avis la mise en œuvre d'une expertise neutre aux fins "de cerner ce problème de manière plus détaillée et approfondie". En produisant la lettre du Dr T._____ du 16 octobre 2009 ainsi que l'expertise du Dr B._____

à l'appui de ses écritures devant la juridiction de céans, le recourant ne disconvient ainsi pas que c'est son état de santé psychique qui doit avant tout être examiné afin de savoir si, le cas échéant, celui-ci s'est aggravé entre la décision du 6 avril 2001 et la décision querellée. Il l'a d'ailleurs exposé dans ses observations du 19 mai 2009, puisqu'il a expressément sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer sa capacité de gain. Au demeurant, dans son rapport médical du 21 avril 2006 à l'OAI, le Dr T. _____ ne pose pas de nouveaux diagnostics au plan somatique que ceux posés par le Dr C. _____ dans son rapport médical du 8 juin 2000. La Dresse K. _____ du SMR confirme en outre dans son avis médical du 24 octobre 2006 qu'il n'y a pas de nouveaux diagnostics somatiques. Quant à la scintigraphie osseuse réalisée le 10 juillet 2007, elle n'a mis en évidence aucune anomalie significative au temps précoce, et, au temps tardif, la fixation symétrique des petites articulations est non évocatrice d'atteinte articulaire inflammatoire évolutive. Le Dr V. _____ du SMR relève également dans son avis médical du 16 juin 2008 que la situation est inchangée au plan somatique.

Il y a dès lors lieu de considérer la situation du recourant sous l'angle psychiatrique afin de déterminer si son état s'est aggravé.

A cet égard, l'OAI se fonde sur le rapport d'expertise du Dr D. _____ du 13 mars 2008 pour écarter toute aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision initiale de refus de rente. Le recourant se prévaut quant à lui des avis de ses médecins psychiatres traitants, de son médecin traitant ainsi que du rapport du Dr B. _____ pour faire valoir une aggravation de son état.

Le Dr D. _____ pose dans son rapport d'expertise du 13 mars 2008 les diagnostics sur l'axe I de trouble somatoforme douloureux (névrose de rente) et d'attaque de panique actuellement paucisymptomatiques; sur l'axe II, il retient le diagnostic de personnalité du registre paranoïaque. Il précise pour le surplus dans la partie «discussion» de son rapport d'expertise du 13 mars 2008 que tout semble indiquer que l'évolution se fait vers une névrose de rente, chez un assuré

pour qui l'identité d'invalidé offre de nombreuses solutions à des problèmes de réalité, qu'elles soient économiques, familiales, etc. Il relève que dans ce type de situation, on assiste à un clivage majeur entre les médecins traitants de l'assuré, et les experts qui se montrent plus inflexibles. Pour lui, l'assuré est démonstratif, suggestible et les discordances sont manifestes. Il note encore les tendances revendicatrices importantes de l'assuré, probablement dans l'espoir d'une indemnisation maximale du préjudice supposé, le tout prenant racine sur une personnalité qui s'organise sur un mode paranoïaque, rigide, sûr de lui-même, orgueilleux, susceptible, ayant une haute estime de lui-même, avec une forme d'hyperesthésie dans la relation avec autrui et souvent une appréhension hypocondriaque du corps. L'expert relève pour le surplus que cette personnalité du registre paranoïaque existe de longue date et qu'elle ne paraît pas plus décompensée que précédemment. Il expose ainsi que l'on ne peut pas parler d'une aggravation, mais d'une fixation vers un statut d'invalidé. Pour l'expert D._____, l'assuré est dans un «cul-de-sac» et se sent probablement légitimé avec les années et la fréquentation multiple de ses médecins traitants, dans ses droits face à l'Al. L'expert maintient ainsi les conclusions de son expertise du 8 juin 2000, en notant que le risque de chronicisation, au demeurant relevé par les médecins de l'Unité psychiatrique O._____ dans leur avis du 13 octobre 2009, est important et qu'il s'agit d'une problématique plus psychosociale et économique que médicale au sens des assurances sociales. Le Dr D._____ conclut ainsi que l'assuré est toujours apte à exercer une activité professionnelle en fonction de sa motivation et de ses compétences. Interpellé par le Dr V._____ du SMR, le Dr D._____ a complété son rapport d'expertise le 30 mai 2008, précisant que la capacité de travail du recourant demeurerait bien de 75%. Il a encore précisé que les personnalités paranoïaques font partie du groupe des personnalités psychotiques et que le concept des troubles du caractère ne recouvre pas une réalité clinique précise, car il fait référence à des perturbations du comportement, une conduite agressive - verbale ou physique - des provocations.

Le rapport d'expertise du Dr D._____ du 13 mars 2008 est bien documenté et argumenté. Il ne contient pas de contradiction et procède d'une analyse approfondie du dossier de l'assuré. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Ce rapport, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en la matière, revêt ainsi force probante (cf. supra, consid. 4b).

Dans leur rapport médical du 18 août 2006, les Drs G._____ et M._____ de l'Unité psychiatrique O._____ de P._____ concluent à la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant qui s'est péjoré depuis 1997. Ils sont d'avis que l'intensité de la douleur constitue une invalidité permanente insurmontable pour le patient en regard d'une personnalité psychiatrique mal structurée et d'un mode de pensées rigidifié, estimant que sa capacité de gain est nulle. Or cette appréciation n'est pas confirmée par le rapport de l'expert D._____, qui constate que la personnalité du registre paranoïaque du recourant existe de longue date et ne paraît pas plus décompensée que précédemment.

Dans son avis médical du 16 juin 2008, le Dr V._____ du SMR relève que les diagnostics [psychiatriques] sont inchangés. Il reprend pour le surplus les explications fournies le 30 mai 2008 par le Dr D._____ en complément à son rapport d'expertise. A cet égard, il expose qu'il y a bien un trouble de la personnalité, appelé personnalité du registre paranoïaque par le Dr D._____ et personnalité psychotique mal structurée par les médecins de l'Unité psychiatrique O._____ de P._____, précisant qu'il s'agit du même groupe de personnalité. Il n'y a pour le surplus pas de trouble de la personnalité décompensé ni d'apparition d'une co-morbidité invalidante depuis 2000. Le Dr V._____ conclut que l'assuré souffre toujours d'un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique invalidante, comme en 2000. Ce praticien maintient son appréciation dans son avis médical du 18 juin 2009.

Dans leur rapport du 13 octobre 2009, au demeurant postérieur à la décision attaquée, la Dresse H._____ et le Dr W._____ de l'Unité psychiatrique O._____ mentionnent une situation chronicisée

avec un état psychique cristallisé, élément que l'expert D._____ relève explicitement dans son rapport d'expertise et sur lequel il s'est prononcé, s'agissant pour l'expert d'une fixation vers un statut d'invalidé, intervenant dans le cadre d'une évolution vers une névrose de rente. Pour le surplus, le SMR observe dans son avis du 14 janvier 2010 que le rapport de l'Unité psychiatrique O._____ du 13 octobre 2009 confirme les atteintes connues, sans fait nouveau objectif, appréciation qui doit être confirmée. Quant au rapport du Dr T._____ du 16 octobre 2009, qui mentionne des «problèmes psychiatriques graves», il y a lieu de considérer, avec le SMR, qu'il ne fait que soutenir l'avis des psychiatres traitants du recourant, sans apporter d'argument médical nouveau; il est pour le surplus constant que le médecin traitant est généralement enclin à se prononcer en faveur de son patient, et que le Dr T._____ est un médecin généraliste, et non un médecin psychiatre.

Le recourant se prévaut en dernier lieu du rapport d'expertise privée du Dr B._____ du 1^{er} avril 2010. Il soutient à cet égard que le Dr D._____ n'aurait pas retenu les troubles neurologiques dont il souffre depuis plusieurs années alors que ces troubles existaient selon lui déjà en 2008. Le recourant fait encore grief au Dr D._____ de ne pas expliquer pour quelles raisons il s'écarte de l'avis des psychiatres traitants et du médecin traitant, d'interpréter à tort ses manifestations comportementales comme des manifestations manipulatrices, de ne pas observer ses limitations et d'inverser la relation de cause à effet entre les troubles psychiatriques et les problèmes économiques et sociaux. Or le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il soutient que l'expertise privée du Dr B._____ est de nature à remettre en cause les conclusions du Dr D._____ et attester d'une péjoration de son état de santé. Cette expertise privée, au demeurant postérieure à la décision attaquée, indique que le recourant présente une diminution de ses capacités d'adaptation et d'intégration depuis dix ans environ. Le Dr B._____ relève plus loin dans son rapport que l'assuré se trouve dans un état dépressif et régressif depuis une dizaine d'années. Il note que l'expertise du Dr D._____ a sous-estimé les limitations de l'assuré déjà en 2000. Or une telle appréciation revient à remettre en cause l'expertise du Dr D._____

effectuée en juin 2000 et qui a conduit l'OAI à rejeter la demande de prestations formulée initialement par l'intéressé, ce qu'a au demeurant confirmé le TFA dans son arrêt du 7 mai 2003. Le Dr B._____ donne ainsi sa propre appréciation de la situation de l'assuré, sans rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé. Il n'explique au demeurant pas pour quels motifs les rapports des psychiatres traitants et du médecin traitant devraient être préférés au rapport d'expertise du Dr D._____ ainsi qu'aux avis médicaux des médecins du SMR. Il y a en outre lieu d'observer, comme le relève le Dr S._____ dans son avis du 18 mai 2010, que le ralentissement psychomoteur constaté est mis sur le compte d'un épisode dépressif sévère par le Dr B._____, alors que les effets d'une consommation importante de benzodiazépines (Xanax 4mg/j et Temesta 6 mg/j), associée à du Tramal, ne sont pas mentionnés par ce médecin, ce lors même qu'à ces doses, ces médicaments expliquent en partie les troubles neuropsychologiques. Pour le surplus, le Dr B._____ s'appuie sur les dires de la fille de l'assuré, du médecin traitant de ce dernier et de l'assuré lui-même, avec pour résultat de conférer trop de poids aux propos de ce dernier. Quant aux éléments qui conduisent le Dr B._____ à retenir que le recourant souffrirait d'un épisode dépressif sévère, ils sont superposables à ceux relevés par le Dr D._____ à l'occasion de son examen clinique du 17 juillet 2007, dont il ressort que le recourant se présente accompagné d'une tierce personne, qu'il est couché dans la salle d'attente les deux mains derrière la tête, que son visage est abattu, son discours désabusé, qu'il est centré sur ses douleurs, se dit pessimiste face à l'avenir, se plaint d'importants troubles du sommeil et dit présenter des épisodes de bouffées anxieuses avec sentiments d'oppression thoracique. Au plan social, le Dr D._____ mentionne également une tendance à l'isolement et des conflits de couple. Finalement, tous les psychiatres ont souligné le retrait social, la violence et la thymie abaissée de l'assuré. Le Dr D._____ ne retient pourtant pas de diagnostic suggérant une éventuelle pathologie dépressive. Dans la mesure où son rapport est bien étayé, que ses observations sont superposables à celles du Dr B._____ s'agissant de l'examen clinique de l'assuré, mais que seule diffère l'appréciation diagnostique de la situation, il y a lieu de considérer que les conclusions de l'expertise du Dr D._____

doivent l'emporter sur l'appréciation du Dr B._____, consulté à titre privé par le recourant.

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 1'000 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 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis 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 16 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Charles Guerry, avocat (pour L. _____),
- 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 :