

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Dind et Mme Brélaz Braillard
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Claire Charton,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 29 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1965, souffrant de lombosciatalgies dans le contexte d'un accident de travail (chute d'une hauteur de 2 mètres), a interrompu son activité professionnelle de maçon-coffreur en décembre 1996. Le 7 janvier 1998, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), tendant à l'octroi d'une rente, en raison de ses problèmes de dos.

Le Dr X. _____, médecin-conseil du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après: COPAI), a posé les diagnostics, outre celui de douleurs pan-rachidiennes, de syndrome d'amplification des symptômes ou de simulation; il penchait pour la seconde possibilité en raison du manque de collaboration de l'intéressé à l'atelier et à l'examen, de son attitude très démonstrative, des signes de non-organicité positifs, de l'exagération des symptômes et de l'anamnèse (cf. rapport du 6 avril 1999).

Une expertise psychiatrique confiée au Dr L. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a permis d'exclure les diagnostics de trouble de somatisation, somatoforme indifférencié, de conversion ou factice et d'hypocondrie. L'expert retenait un trouble douloureux associé à des affections, l'une psychologique et l'autre médicale générale, et estimait qu'il existait au moins un syndrome d'amplification et certainement une part de simulation en raison du contexte général. Il ne reconnaissait aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique (cf. rapport du 15 novembre 2000).

L'assuré a été soumis à un examen clinique pluridisciplinaire auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR). Constatant les mêmes éléments que ceux mentionnés par leurs confrères (démonstrativité, signes de non-organicité, discordances évidentes entre plaintes alléguées et constatations objectives), les

spécialistes penchaient pour un phénomène de majoration des symptômes plutôt que pour un processus de simulation. Confirmant toutefois l'absence d'état dépressif ou anxieux majeur correspondant à une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux chronique, ils estimaient que l'intéressé, eu égard aux diagnostics de lombalgies et de cervicalgies chroniques, était à même d'exercer un métier permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas le maintien immobile du tronc dans n'importe quelle position, ni le soulèvement et le port régulier de charges supérieures à respectivement 8 et 15 kg (cf. rapport du 30 juillet 2002).

Examinant les pièces médicales, le SMR a reconnu comme définitivement nulle la capacité de travail de l'assuré dans l'ancienne profession de maçon-coffreur; en revanche, une activité adaptée (permettant l'alternance des positions, sans port de charges lourdes supérieures à 8 kg, sans position du tronc tenue en porte-à-faux ni flexion-rotation répétée du tronc) était exigible à un taux de 100% (cf. rapport du 31 juillet 2002).

La demande de prestations a été rejetée par décision de l'OAI du 22 août 2002. L'assuré a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud, en y joignant une évaluation du 31 janvier 2003 du Dr F._____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Le Dr F._____ attestait un trouble somatoforme douloureux associé à un état dépressif sévère, à considérer comme comorbidités graves, avec incapacité de travail totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le refus de rente a été confirmé par la juridiction cantonale. Saisi par l'assuré, le Tribunal fédéral a confirmé la décision du 22 août 2002, par arrêt du 6 février 2007 (cause I 21/06).

B. Le 25 mai 2005, pendant la procédure de recours au Tribunal fédéral, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations AI, alléguant une péjoration de son état de santé, notamment psychique. Il adressait à l'OAI un rapport du Département universitaire de psychiatrie

adulte (ci-après: DUPA), établi le 3 novembre 2004, à la suite d'une hospitalisation volontaire du 13 au 27 septembre 2004. Les médecins du DUPA posaient les diagnostics d'état dépressif d'intensité moyenne (F32.1) et de syndrome douloureux persistant (F45.4).

Par courrier du 7 juin 2005, l'OAI lui a fait savoir qu'il ne pouvait traiter cette nouvelle demande pendant que la cause relative au premier refus était pendante devant une autorité de recours. Il n'a pas statué formellement sur la nouvelle demande mais a toutefois attiré l'attention du recourant sur le fait que, sans vouloir préjuger de la décision qu'il pourrait rendre ultérieurement, les documents médicaux transmis pouvaient s'avérer insuffisant pour admettre une atteinte invalidante.

L'assuré a adressé à l'OAI un rapport du Dr M._____, médecin généraliste FMH et médecin traitant, attestant une aggravation de l'état anxio-dépressif réactionnel aux problèmes de santé et une incapacité de travail totale.

C. Le 25 mai 2007, immédiatement après l'arrêt du Tribunal fédéral, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement d'une rente. Il mentionnait l'apparition de nouvelles pathologies depuis 2001 (infarctus, suivi psychiatrique, opération orthopédique, problème cardiaque) induisant une incapacité de travail totale.

Par courrier du 19 juin 2007, l'OAI lui a fait savoir que la nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impuissance s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de 30 jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2007, le Dr B._____, chirurgien orthopédiste au CHUV, Service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil moteur, a attesté d'une intervention pour le traitement d'un spondylolisthesis isthmique L5-S1 le 21 mars 2005. En raison du problème ostéo-articulaire, une reprise de l'activité habituelle à 100% était inconcevable. Le Dr B._____ préconisait la mise en œuvre d'une expertise se prononçant sur les problèmes ostéo-articulaire, cardiovasculaire et psychiatrique.

Selon le Dr M._____, l'assuré présentait tous les stigmates d'un état anxio-dépressif sévère sous forme de diminution de l'intérêt, du plaisir, troubles de l'attention, de la concentration et perte de l'estime de soi, avec sentiment de culpabilité et d'insuffisance associé à des sentiments de ruine. Son état de santé s'était considérablement détérioré et aggravé depuis l'expertise psychiatrique effectuée en 2000 et 2002, justifiant ainsi l'incapacité de travail totale.

Analysant les pièces médicales dans un avis du 16 juillet 2008, le Dr P._____, médecin au SMR, a constaté l'absence de fait objectif nouveau et une exigibilité inchangée depuis le dernier rapport d'examen du SMR en 2002. Il précisait que l'avis du Dr M._____, médecin généraliste, n'était pas à même d'ébranler l'expertise psychiatrique du Dr L._____, et qu'aucun médecin traitant n'avait cru bon de mettre en place un suivi psychiatrique spécialisé.

Le 18 juillet 2008, l'OAI a notifié à l'assuré un préavis lui refusant le droit à des prestations AI, arguant que son état de santé ne s'était pas péjoré.

L'assuré a contesté le préavis, reprochant à l'OAI de s'être référé à l'avis de son SMR insuffisamment pertinent pour contredire les rapports des Drs M._____ et B._____. Il demandait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

L'OAI a requis le Dr E._____, médecin généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré, de lui adresser un rapport médical. Le 18 février 2009, il a exposé que depuis l'évaluation AI de 2002, le patient avait subi une intervention de spondylodèse et présenté, outre un état dépressif, un thrombus apical cinq ans après infarctus, des problèmes cardiovasculaires et des symptômes de précordialgies à l'effort, pourtant très limité en raison d'importantes lombalgies.

Le 20 avril 2009, le Dr T._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a sollicité de l'OAI une réévaluation de la situation de l'assuré dont l'état actuel allait très clairement vers une dérive psychosociale grave.

Interpellée par l'OAI, la Dresse C._____, cardiologue FMH, a transmis différents rapports médicaux adressés au Dr E._____ entre 2006 et 2008. La présence d'une cardiopathie ischémique importante avec un status post-infarctus antéro-septo-apical en 2001, entraînant une dysfonction ventriculaire gauche modérée avait été investiguée et prise en charge par la Dresse C._____. Le patient devait impérativement éviter le port de charges lourdes, mais une activité au repos, en position assise, pouvait être envisagée (cf. rapport du 3 juin 2009).

Par décision du 2 octobre 2009, dont la motivation était identique à celle du préavis du 18 juillet 2008, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a expliqué que les limitations fonctionnelles secondaires aux problèmes cardiaques restaient identiques à celles déjà connues lors de la décision du 22 août 2002 et qu'aucun fait nouveau ni aggravation, sur le plan psychiatrique, n'avait été mis en évidence.

D. Q._____ a recouru contre cette décision par acte du 9 novembre 2009. Il a conclu, principalement, à la réforme de la décision du 2 octobre 2009 en ce sens qu'une rente entière soit allouée et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens. A titre

de mesure d'instruction, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

L'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 7 mai 2010, le recourant a produit de nouveaux rapports médicaux, faisant état, sur le plan physique, d'un problème cardiaque avec dysfonction ventriculaire gauche et d'une aggravation des douleurs depuis 2008 liées au spondylolisthésis avec pour conséquence un handicap sur la mobilité et les postures (Drs E. _____ et B. _____) et, sur le plan psychique, d'une dérive bio-psycho-sociale (Z60.8 et Z63.7) (Dr T. _____). Selon le recourant, les rapports médicaux des différents spécialistes allaient dans le sens d'une incapacité de travail totale, de sorte que le refus de prestations AI n'était pas justifié.

Dans ses déterminations du 10 juin 2010, l'OAI a indiqué être favorable à la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire (orthopédique, psychiatrique et cardiaque), eu égard à l'avis de son SMR. En effet, les Drs P. _____ et W. _____ ont considéré que l'aggravation des douleurs énoncées par le Dr E. _____ était un fait inconnu lors de la dernière instruction médicale, que le Dr B. _____ semblait retenir une possible composante cardiaque susceptible d'ouvrir le droit à des prestations AI et que la différence entre les atteintes à la santé invalidantes et les problèmes sociaux - qui ne sauraient être un socle suffisant pour une incapacité de travail au sens de l'AI - n'était pas explicitée dans le rapport du Dr T. _____.

Le recourant a produit un rapport médical établi le 25 août 2010 par le Dr R. _____, médecin associé au département de l'appareil locomoteur du CHUV. Le rhumatologue mentionnait une situation objectivement aggravée, d'une part, par un geste chirurgical invasif et, d'autre part, par les conséquences fonctionnelles habituelles du vieillissement, dans le contexte de troubles dégénératifs importants du rachis, avec des probables phénomènes de centralisation généralisée, chez un patient présentant vraisemblablement une ancienne

hypermobilité articulaire généralisée. Il lui était impensable que le patient, habilité à travailler uniquement dans un milieu industriel, puisse obtenir autre chose que la possibilité d'un travail occupationnel, correspondant à un travail sédentaire et sans postures statiques quelconques.

E. Le juge chargé de l'instruction de la cause a mandaté le Centre d'expertise de la Policlinique médicale universitaire à Lausanne pour la réalisation d'une expertise interdisciplinaire. Dans leur rapport du 12 juillet 2011, les experts ont posé les diagnostics d'état dépressif d'intensité moyenne à sévère (F32.2), de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), de lombosciatalgies chroniques (M54.4) dans le contexte de status après accident professionnel en 1996 et status post-spondylodèse en 2005 pour spondylolisthésis L5-S1, et de dysfonction systolique modérée dans le cadre d'un status après infarctus du myocarde en 2001 (I25.2). Sur le plan orthopédique, comme sur le plan neurologique, la capacité de travail était entière dans une activité légère, sans engagement physique lourd, sans port de charge supérieure à 5 kg et autorisant l'alternance des positions debout et assise. Sur le plan cardiologique, les précordialgies rapportées étaient qualifiées d'atypiques et la symptomatologie considérée d'origine extra-cardiaque; une activité légère, sans effort intense et prolongé, paraissait ainsi adéquate. Sur le plan psychiatrique, les experts ont apprécié comme suit la situation:

"Monsieur Q._____ présente donc, sur le plan psychiatrique, un trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif moyen à sévère; la gravité de l'état dépressif nous oblige à le considérer comme comorbidité au syndrome douloureux et non comme un simple épiphénomène de ce trouble; la situation s'est rigidifiée au cours des années et cet état dépressif est actuellement cristallisé, malgré une prise en charge psychothérapeutique régulière auprès du Dr T._____. Nous relevons également un isolement social complet, Monsieur Q._____ ne sortant jamais, s'enfermant seul dans sa chambre, supportant même difficilement la présence de ses proches. Le trouble somatoforme douloureux peut être qualifié de sévère et constitue à lui seul, un obstacle à une pleine capacité de travail.

En résumé, on assiste à une aggravation de l'état de santé psychique dès 2003, comme attestée par le Dr F._____ (rapport du 31.01.2003) qui à cette époque, retenait déjà le diagnostic d'état dépressif sévère; malgré la prise en charge psychothérapeutique dès 2004, Monsieur Q._____ est hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de Cery en 2004, suite à un tentamen médicamenteux

avec diagnostic retenu d'état dépressif qualifié de moyen. Le Dr M._____, dans ses rapports de 2005 et 2007, atteste d'une aggravation de l'état anxio-dépressif, avec incapacité de travail retenue de 100% sans amélioration malgré le traitement psychothérapeutique entrepris.

Globalement, en tenant compte des différents avis spécialistes émis, rhumatologique, neurologique, cardiologique, mais essentiellement psychiatrique, nous estimons qu'actuellement la capacité résiduelle de l'expertisé est nulle et ce, dans quelque activité que ce soit; effectivement, Monsieur Q._____ présente des limitations fonctionnelles majeures invalidantes tant sur le plan somatique (syndrome lombo-vertébral, douleurs chroniques multiples, précordialgies) que et essentiellement, sur le plan psychiatrique (troubles de la mémoire et de la concentration, anhédonie, aboulie, découragement, manque d'entrain, fatigue intense, désintégration sociale); la sévérité de l'atteinte psychiatrique justifie en elle-même, d'une incapacité de travail totale."

Les experts retenaient que la capacité de travail était diminuée dès le 30 janvier 2003, date d'une consultation auprès du Dr F._____. Le recourant n'avait jamais repris d'activité professionnelle après décembre 1996; le trouble somatoforme s'était dès lors installé, accompagné progressivement d'un état dépressif sévère, attesté par le Dr F._____, les spécialistes du DUPA en 2004 et les nombreux médecins traitants qui l'ont suivi par la suite, notamment le Dr R._____ en 2010.

Les parties ont été invitées à se déterminer sur ce rapport d'expertise. L'intimé a produit un avis établi le 27 juillet 2011 par le SMR, aux termes duquel aucune raison médicale ne justifiait de s'écarter des conclusions de l'expertise. Le recourant a relevé la valeur pleinement probante de l'expertise.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) 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), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et réponds aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

2. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que son état de santé se serait aggravé dans une mesure telle qu'il serait dans l'incapacité totale de travailler. Est donc litigieuse la question du droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes 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. Par analogie à l'art. 17 LPGA, la jurisprudence admet que l'administration peut être tenue d'allouer des prestations qui avaient été refusées par une décision ou un jugement entré en force, en cas de modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]; Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 391 ss). 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'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré

que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (Vallat, *op. cit.*, p. 396).

b) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 25 mai 2007. Après avoir examiné les rapports des différents médecins traitants et les avis du SMR, il a constaté, par décision du 2 octobre 2009, l'absence de nouvel élément objectif médical pouvant modifier sa position du 22 août 2002. Pour sa part, le recourant estime que son état de santé s'est aggravé tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. En mai 2005 déjà, il faisait valoir une péjoration de son état de santé psychique en déposant une nouvelle demande de prestations AI. L'intimé n'a pas statué formellement sur cette nouvelle demande, eu égard au fait que la cause relative au premier refus était pendante devant l'autorité de recours.

A cet égard, il convient de rappeler que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1; 117 V 287 consid. 4 et les références).

Il y a dès lors lieu d'examiner, eu égard à la nouvelle demande du 25 mai 2005 - et non seulement du 25 mai 2007 -, si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit à la rente d'invalidité, pour la période postérieure au 22 août 2002 (date de la décision initiale, confirmée par arrêt du Tribunal fédéral).

4. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il était invalide à 70% au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

c) En l'occurrence, l'OAI a appuyé la demande du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le tribunal y a donné suite. Il convient dès lors d'examiner si l'expertise judiciaire permet de statuer sur le droit à la rente du recourant.

aa) La décision initiale admettait une pleine capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée et une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du recourant (maçon-coffreur). L'incapacité se justifiait par des atteintes somatiques uniquement, les examens psychiatriques n'ayant pas révélé d'atteintes psychiques invalidantes. En mai 2005, le recourant fait valoir une péjoration de son état de santé, notamment en raison de troubles psychiques, ce que l'expertise judiciaire a confirmé.

bb) Les experts de PMU attestent un état dépressif dont la gravité est à considérer comme comorbidité au syndrome douloureux et non comme un simple épiphénomène de ce trouble. Ils qualifient le trouble somatoforme douloureux de sévère, considérant qu'il constitue à lui seul un obstacle à une pleine capacité de travail. Les experts retiennent des limitations fonctionnelles essentiellement sur le plan psychiatrique (troubles de la mémoire et de la concentration, anhédonie, aboulie, découragement, manque d'entrain, fatigue intense, désintégration sociale), admettant également l'existence de limitations fonctionnelles invalidantes sur le plan somatique (syndrome lombo-vertébral, douleurs chroniques multiples, précordialgies).

Ils rappellent que le Dr F. _____ a décrit une péjoration de l'état de santé psychique. Le psychiatre évoquait un trouble somatoforme douloureux associé à un état dépressif et a posé le diagnostic d'état dépressif sévère en janvier 2003. Malgré une prise en charge psychothérapeutique, le recourant a été hospitalisé au DUPA en septembre 2004 à la suite d'un tentamen médicamenteux. Les diagnostics d'état dépressif intensité moyenne et de syndrome douloureux persistant ont été retenus. Par la suite, l'état anxio-dépressif s'est aggravé, sans que le traitement psychothérapeutique n'apporte une quelconque amélioration.

Se prononçant sur l'évolution du degré d'incapacité de travail, les experts rappellent que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle depuis décembre 1996 et que le trouble somatoforme s'est dès lors installé, accompagné progressivement d'un état dépressif sévère. Ainsi, la capacité de travail était diminuée depuis le 30 janvier 2003 au moins, date de la consultation auprès du Dr F. _____ - selon lequel l'exigibilité était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée - et confirmée successivement par les médecins qui l'ont suivi.

Les experts de la PMU attribuent ainsi essentiellement l'incapacité de travail totale à la sévérité de l'atteinte psychiatrique présentée par le recourant. On peut dès lors reconnaître une pleine valeur probante à ces constatations - sans qu'il y ait lieu d'examiner les éventuelles atteintes somatiques invalidantes. Le rapport contient une anamnèse détaillée, la description des plaintes et données subjectives de l'assuré, les résultats des examens et consultations spécialisées, les diagnostics selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), une appréciation du cas et une motivation relative à la capacité de travail finalement constatée. Ces éléments découlent des pièces figurant au dossier de l'OAI, des examens clinique et rhumatologique, des consilium psychiatrique, neurologique et orthopédique réalisés dans le cadre de l'expertise. Au demeurant, les experts se prononcent sur les critères jurisprudentiels dégagés par le

Tribunal fédéral pour permettre d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 50 et 130 V 354). Partant, l'expertise, détaillée, remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a).

Elle corrobore également l'appréciation des différents médecins qui se sont prononcés antérieurement. De surcroît, le SMR a reconnu qu'aucune raison médicale ne justifiait de s'écarter des conclusions de l'expertise (cf. avis du 27 juillet 2011).

cc) A l'aune de ce qui précède, il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, laquelle conduit à constater une incapacité de travail totale dans toute activité, en raison, notamment, des troubles psychiques présentés par le recourant.

d) Aux termes de l'art. 48 al. 2, 1^{ère} phrase, LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

En l'espèce, la nouvelle demande a été déposée le 25 mai 2005. Eu égard notamment au rapport du Dr F. _____ du 31 janvier 2003 et aux constatations de l'expertise judiciaire, on peut tenir pour établi que l'aggravation s'était déjà produite depuis une année au moins, en mai 2004 (art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; cf. consid. 4a *supra*). Le droit à la rente a ainsi pu prendre naissance une année avant le dépôt de la nouvelle demande.

Partant, il convient de reconnaître au recourant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2004.

5. a) Vu ce qui précède, les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité sont fondées.

b) Le recourant peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Ce dernier n'encourt pas de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 2 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à Q. _____ avec effet dès le 1^{er} mai 2004.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2400 fr. (deux mille quatre cents francs) à titre de dépens.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Claire Charton (pour Q. _____)
- 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 :