

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 mars 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : M. Zbinden et Mme Moyard, assesseurs  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à Granges-près-Marnand, recourant, représenté par Me Kathrin Gruber, avocate, à Vevey,

et

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

---

**Art. 6ss et 17 LPGA; 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1957 et originaire du [...], a travaillé en tant qu'ouvrier de mars 1993 à octobre 2001 auprès de l'entreprise V.\_\_\_\_\_ à [...], jusqu'à son licenciement. Il a déposé le 3 octobre 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), sollicitant un reclassement ou sinon l'octroi d'une rente, du fait d'une hernie discale.

La demande a été instruite par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après OAI) et, dans un rapport du 3 octobre 2003, le Service médical régional de l'AI (ci-après SMR) a posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques persistantes sur troubles de la statique, lésions dégénératives et hernie discale L5-S1 paramédiane gauche. Le SMR retenait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (pas de charge de port de charge de plus de 15 kg occasionnellement, pas de position statique prolongée en flexion-rotation du tronc, ni de travail en porte-à-faux, pas de position assise ou debout au-delà de 2 heures, pas de travail à la chaîne).

Par décision du 5 avril 2004, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente. L'Office considérait que le taux d'invalidité de l'assuré, arrêté à 19 %, était inférieur au seuil légal ouvrant droit à cette prestation. Cette décision est entrée en force, l'assuré n'ayant pas formé opposition.

**B.** Par courrier du 30 juin 2005, l'assuré a sollicité à nouveau des prestations AI, exposant que sa situation ne s'était pas améliorée, au contraire, et qu'il était très handicapé et incapable de travailler.

L'OAI a traité ce courrier comme une demande de révision et, par courrier du 7 juillet 2005, il a invité l'assuré à produire des pièces rendant plausible une modification de l'invalidité ou de l'impotence.

A l'appui de sa demande, l'assuré a déposé un rapport du 20 juillet 2005 de son médecin traitant, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin généraliste. Ce dernier signalait une aggravation de l'état tant physique que psychologique du patient, estimé inapte au travail du fait d'une symptomatologie lombaire et d'un syndrome lombovertébral trop importants pour permettre une activité professionnelle. Le médecin indiquait des douleurs dépendantes du moindre effort de port de charge, de la position et également de la météo. Il mentionnait aussi, vu la durée de la symptomatologie, une surcharge psychogène indiscutable avec des signes de non-organicité et un état dépressif larvé. Il joignait un rapport du 14 janvier 2005, par lequel le Dr B. \_\_\_\_\_, radiologue, mentionnait qu'un examen IRM dorso-lombaire du 12 janvier précédent avait révélé une "petite hernie discale paramédiane gauche en L4/5 pouvant être à l'origine d'un syndrome irritatif mais sans conflit en l'état", mais pas de "hernie franche au niveau L5/S1 ni de pathologie intra-canalairé".

Par décision du 17 août 2005, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, considérant, suivant un avis rendu le 12 août 2005 par le SMR, que l'assuré ne faisait valoir aucun fait ou élément nouveau permettant objectivement de considérer une aggravation.

Le 31 août 2005, le Dr T. \_\_\_\_\_ a réaffirmé à l'adresse de l'OAI son constat d'aggravation de l'état de l'assuré. Le médecin relevait que la présence d'une nouvelle hernie discale, alors que l'intéressé ne travaillait pas, démontrait une fragilité physique certaine. Il sollicitait une nouvelle évaluation physique et psychologique.

Le 15 septembre 2005, l'assuré s'est opposé à la décision de non-entrée en matière rendue par l'OAI.

Par décision du 11 juillet 2007, l'OAI a rejeté cette opposition, confirmant ainsi sa décision de non-entrée en matière du 17 août 2005.

C. Par acte du 10 septembre 2007, C.\_\_\_\_\_ a recouru au Tribunal cantonal des assurances contre la décision sur opposition de l'OAI du 11 juillet 2007, sollicitant des mesures d'instructions et concluant à sa réforme dans le sens du prononcé d'une rente AI entière, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005. Il déposait notamment à l'appui de son recours deux avis du Dr T.\_\_\_\_\_, des 8 et 10 août 2007, dans lesquels le médecin traitant considérait que son patient était entièrement incapable de travailler. Il relevait que le recourant souffrait d'une pathologie somatique, démontrée radiologiquement, de la colonne lombaire et que la résorption d'une des hernies ne changeait rien aux douleurs. Il relatait en outre qu'un état dépressif s'était développé chez le recourant, le rendant plus sensible à la douleur. Selon le médecin traitant, l'hyperalgie due à la surcharge psychique et à l'état dépressif rendaient difficile d'apprécier l'état du patient, son ressenti et sa capacité de réagir, seul un examen psychiatrique pouvant répondre à ces questions.

Au cours de l'échange d'écritures, l'OAI a conclu au rejet du recours et le recourant a, pour sa part, déposé un rapport du 20 décembre 2007 de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de [...] (ci-après: UPA), dans lequel les Dresses F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S.\_\_\_\_\_, médecin assistante, écrivaient s'agissant du recourant:

"(...) Impression diagnostique

1. Episode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique
2. Syndrome douloureux somatoforme persistant.

Discussion

Monsieur C.\_\_\_\_\_ se trouve dans une phase de sa vie où sa maladie somatique évolue défavorablement. Celle-ci l'handicape dans tous les domaines, Depuis des années, il a dû renoncer à plusieurs activités avec l'apparition concomitante d'une symptomatologie psychiatrique importante qui gêne l'exécution des tâches quotidiennes et qui nécessitent une aide permanente de la part de son épouse. Actuellement, cette symptomatologie prend une ampleur très importante et amène Monsieur C.\_\_\_\_\_ à éprouver des sentiments de désespoir et d'inutilité, des sentiments énormes de dévalorisation, dans son rôle de chef de famille et d'homme évoquant une énorme blessure narcissique. L'atteinte narcissique extrêmement forte le plonge dans un état de retrait et dans un sentiment d'infériorité. L'évolution de la symptomatologie dépressive semble se chronifier et aller en s'aggravant, surtout depuis 2002 (...). En conclusion, nous nous trouvons face à un patient de 50 ans présentant un épisode dépressif moyen à sévère, associé à des symptômes somatiques partiellement attribués à son hernie discale et éventuellement à des troubles de la statique. Nous estimons qu'il présente une incapacité de travail d'au moins 50 %,

étant donné ses importantes difficultés psychiques, avec un mauvais pronostic pour les années à venir.(...)"

Par jugement du 14 août 2008, le Tribunal des assurances a admis le recours et annulé la décision attaquée, renvoyant l'affaire à l'OAI pour entrée en matière sur la demande du 4 juillet 2005. Le Tribunal exposait notamment que, dans le cadre des dispositions sur la révision des décisions, vu l'existence d'une atteinte psychique signalée par le Dr T.\_\_\_\_\_, puis confirmée par le rapport de l'UPA, une aggravation de l'état de santé de C.\_\_\_\_\_ était suffisamment plausible pour justifier l'instruction de la nouvelle demande de rente.

**D.** Donnant suite à l'arrêt, l'OAI a avisé le recourant, par courrier du 5 janvier 2009, qu'il confiait au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à une expertise médicale ambulatoire, en tant qu'expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1).

Le 12 janvier 2009, le recourant, par sa mandataire, s'est opposé à la désignation du Dr L.\_\_\_\_\_ en tant qu'expert. L'avocate du recourant relevait que le Dr L.\_\_\_\_\_ travaillait pour le centre d'expertises de [...]. Après une "très mauvaise" expérience avec un autre médecin, elle estimait que les experts de ce centre faisaient preuve de préjugés. Elle requérait de l'OAI la désignation d'un autre expert et émettait plusieurs propositions à ce titre.

Le 22 janvier 2009, l'OAI a maintenu la désignation du Dr L.\_\_\_\_\_ en tant qu'expert. Se basant sur les art. 10 PA (loi fédérale sur la procédure administrative ; RS 72.021) et 36 LPGA, l'Office estimait que l'assuré ne faisait pas valoir de motifs formels qui mettraient en cause l'impartialité de l'expert, mais bien des motifs matériels, visant le caractère probant de l'expertise à établir.

Dans son expertise du 29 mai 2009, réalisée avec l'assistance d'un interprète, le Dr L.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'incapacité de travail

ou de diminution de rendement dans le domaine examiné. Sur base d'un examen sanguin, l'expert relevait que l'assuré n'observait pas la médication d'anti-dépresseurs qui lui était prescrite. Quant à d'éventuelles affections psychiques, l'expert niait l'existence d'un trouble dépressif chez l'assuré. Il estimait les critères insuffisants pour un tel diagnostic et évoquait "quelques fluctuations dysthymiques, très clairement en analogie et en réactions aux problèmes douloureux". Le Dr L.\_\_\_\_\_ disait aussi être sans véritables indications d'un trouble somatoforme douloureux, les douleurs restant relativement circonscrites à l'endroit des hernies et, après avoir passé en revue les critères d'un tel trouble, il concluait à l'absence d'un caractère invalidant, soulignant l'absence d'une comorbidité psychiatrique (même légère) et la non-observance de son traitement antidépresseur par l'assuré, qui avait permis un examen à l'"état nature". L'expert posait donc le diagnostic suivant:

"VIII. Diagnostic et conclusions

(...)

Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies et des troubles classés ailleurs (F54, selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10).

Il s'agit ici d'un diagnostic secondaire à ceux qui sont établis sur le plan somatique. Il inclut pour notre domaine des possibles tendances dysthymiques, des phénomènes d'irritabilité, de nervosité qui sont fluctuants et réactionnels. Nous n'avons pas véritablement de confirmation pour une majoration de symptômes comme ceci a été retenu sur le plan rhumatologique. Les conséquences de nos constats vont dans le sens qu'il n'existe aucune maladie psychiatrique indépendante ni dominante. Les conséquences asséculo-logiques du diagnostic mentionné sont secondaires, subordonnées à ce qui sera déterminé sur le plan somatique.

(...)

Pour notre domaine il n'y a ni diminution de rendement ni incapacité de travail pour une activité exigible sur le plan somatique.(...)"

Après un examen clinique sur le plan rhumatologique du 13 juillet 2009, effectué avec l'aide d'un traducteur, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie auprès du SMR, retenait comme ayant une influence sur la capacité de travail le diagnostic de lombo-pygialgies gauches chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales et de troubles dégénératifs postérieurs étagés M54.5. Le médecin diagnostiquait encore une préobésité, sans influence sur la capacité de travail. A titre de limitation fonctionnelles, il retenait les flexions-extensions répétées du tronc, les attitudes en porte-à-faux, le port de

charge de plus de 15kg occasionnellement ou 10kg de manière répétée, de même que la position debout au-delà de 30 minutes ou assise au-delà d'une heure. Il concluait à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle (fabrication de marches en béton) et à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, cela à dater de septembre 2002. S'agissant de l'évolution depuis la première décision de refus de rente, le médecin exposait que, sur la base encore d'une IRM de 2006, il pouvait écarter l'apparition d'une nouvelle hernie et il constatait en définitive ceci:

"(...)Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

En se basant sur les éléments objectivables, la situation est stationnaire sur le plan clinique, améliorée sur le plan radiologique comme le montre l'IRM de 2005, confirmé par la dernière IRM de 2006. L'assuré présente cependant une fragilité du rachis et la situation est fort à risque de se décompenser en cas de reprise de l'ancienne activité. L'incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle est persistante depuis le 23.05.2002.(...)"

Etablissant le 22 septembre 2009 la synthèse de l'expertise psychiatrique et du rapport d'examen rhumatologique, le SMR a considéré que sur le plan psychique, les éléments donnés par l'expert, le Dr L.\_\_\_\_\_, suffisaient à reconnaître une pleine capacité. Sur le plan somatique, le médecin du SMR relevait que le Dr K.\_\_\_\_\_ avait conclu à une situation clinique stationnaire, améliorée au plan radiologique, ne retrouvant ainsi pas trace de l'aggravation relatée par le Dr T.\_\_\_\_\_.

Le 10 novembre 2009, l'OAI a établi un récapitulatif interne (rapport initial et final) concernant l'assuré. Il confirmait l'existence d'un préjudice proche de 19%, comme lors du refus de rente en 2004. L'assuré avait été avisé qu'il pouvait prétendre à des mesures professionnelles, mais avait refusé cette perspective à l'occasion d'un entretien du 10 novembre 2009. L'Office lui reconnaissait néanmoins le droit à une orientation professionnelle.

Par projet de décision du 16 novembre 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il le considérait comme ayant une capacité de travail de 80% et que le taux d'invalidité de 19% constaté en 2004 devait être confirmé, de même que le refus de rente. Pour le reste, l'Office

reconnaissait un droit à des mesures d'ordre professionnel en faveur de l'assuré, en relevant le refus opposé par ce dernier.

Le 9 décembre 2009, l'assuré a demandé la suspension de la procédure afin de permettre l'établissement d'un rapport par l'UPA de [...]. Il déclarait contester absolument les conclusions de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, reprochant à l'expert plusieurs contradictions, l'établissement d'un rapport sur base d'un seul entretien, ainsi que l'absence d'examen du caractère surmontable d'un trouble somatoforme douloureux. L'assuré requérait une nouvelle expertise sur ce point. Il précisait que la fin de son suivi par l'UPA était due au départ de la Dresse S.\_\_\_\_\_, sans transmission du dossier. L'assuré déposait encore un rapport du 8 décembre 2009 du Dr T.\_\_\_\_\_ qui disait notamment rester perplexe à la lecture des expertises des Drs L.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ et de leurs conclusions.

Par décision du 7 janvier 2010, l'OAI a confirmé intégralement son projet, retenant une invalidité de 19% et refusant ainsi tout droit à la rente à l'assuré; il rejetait donc la demande de révision du 4 juillet 2005. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'Office précisait qu'il considérait son dossier comme complet, l'expertise L.\_\_\_\_\_ étant probante, de sorte qu'il n'y avait pas à ordonner une nouvelle expertise, ni à attendre un avis de l'UPA de [...].

**D.** Par acte du 9 février 2010, C.\_\_\_\_\_ a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal contre la décision du 7 janvier 2010 de l'OAI. Il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente de l'assurance-invalidité à 100% lui soit octroyée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005. A l'appui de ses conclusions, le recourant dénonce d'abord la partialité de l'expert psychiatre, rappelant avoir demandé sa récusation. Se référant aux critères dégagés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, il considère ensuite que l'expert s'est écarté sans justification des avis du médecin traitant et de l'UPA, et n'a pas considéré le processus maladif durable qui s'était installé. L'expert n'aurait pas non plus examiné le fait que le recourant n'était plus capable de

surmonter ses douleurs. En outre, le recourant estime que les considérations de l'expert quant à l'inobservance de son traitement médicamenteux sont dépourvues de pertinence - les médicaments étant sans effet, comme l'avait confirmé son médecin-, tout comme celles concernant l'absence de suivi psychologique - son psychiatre était parti sans organiser ce suivi-. De l'avis du recourant, on doit constater une perte d'intégration sociale chez lui et répondre négativement à la question de savoir s'il est capable de surmonter ses douleurs et la vision qu'il a de lui-même comme invalide. Au titre de l'instruction, il demande qu'il lui soit permis de déposer un rapport de son psychiatre et qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit ordonnée.

Par réponse du 9 avril 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que la durée de l'examen clinique ne permet pas de remettre en question le travail de l'expert, pas plus que la mise en cause, qualifiée de polémique, de l'expert. L'Office considère l'expertise comme probante, au vu des critères jurisprudentiels, et souligne l'absence de comorbidité psychiatrique démontrée, de même que l'absence de perte d'intégration sociale.

Par réplique du 8 juillet 2010, le recourant réitère sa critique quant à l'établissement d'une expertise psychiatrique sur base d'un unique entretien. Il dépose aussi un courriel adressé le 3 mai 2010 à son conseil par la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, auprès de l'UPA. Ce médecin relate chez le recourant une diminution de la symptomatologie dépressive "qui n'apparaît plus au premier plan", avec l'apparition de traits de caractères marqués par l'agressivité. Le recourant y voit la confirmation qu'il souffre de troubles psychiatriques et expose en substance que l'agressivité relevée dénote une souffrance qu'il est incapable de surmonter et démontre "toute perte du goût à la vie". Il maintient sa requête de mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Par duplique du 13 août 2010, l'Office a confirmé ses conclusions, réitérant que l'expertise psychiatrique présentait une valeur

probante suffisante. Il relevait que l'avis de la Dresse N. \_\_\_\_\_ mentionnait une diminution de la symptomatologie dépressive et que les traits de caractère agressifs ne constituaient pas une atteinte invalidante.

**E.** Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2010, le bureau de l'assistance judiciaire a accordé au recourant l'assistance judiciaire, avec effet au 22 janvier 2010, et a désigné Me Gruber en tant qu'avocat d'office dans le cadre de la procédure ouverte devant la Cour de céans.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations AI, après la décision du 5 avril 2004 lui refusant une rente d'invalidité. Cette nouvelle demande, déposée environ une année après la décision négative, a été traitée comme une demande de révision. L'OAI est finalement entré en matière sur cette demande, après jugement du Tribunal des assurances du 15 août 2008.

Aux termes de l'art. 17 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est,

d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5b; 125 V 368, consid. 2; 112 V 372, consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371, consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 5.1; TF 9C\_97/2011, du 21 juillet 2011, consid. 4). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1, et les références citées).

La demande de révision doit établir de façon plausible, s'agissant de l'invalidité, que celle-ci s'est modifiée de façon à influencer les droits de l'assuré, et c'est aussi le cas lorsque la rente a été refusée en raison d'un taux d'invalidité insuffisant (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], correspondant aux al. 3 et 4 dans la version antérieure à la révision du 01.01.2012).

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur au 31 décembre 2007; art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre,

en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

**4.** Au vu de ce qui précède, est déterminante une éventuelle modification de la situation depuis que la décision qu'avait rendue l'OAI environ une année avant la nouvelle demande du recourant. De ce point de vue, une révision de cette décision pourrait être fondée sur une aggravation de la situation de santé du recourant. Cette aggravation peut être intervenue sur le plan somatique ou sur le plan psychique, et il convient d'examiner successivement ces deux aspects.

**5.** Au plan somatique, la décision du 5 avril 2004 relevait que le recourant ne pouvait plus exercer son activité antérieure, du fait de lombalgies. Un taux d'invalidité de 19% était reconnu au recourant du fait de ses douleurs au dos, objectivées notamment par des lésions dégénérative et une hernie discale.

Sur ce point, une aggravation de l'état de santé de l'assuré est affirmée par le médecin traitant. Cette aggravation est toutefois contredite par les conclusions de l'examen clinique auquel a procédé le spécialiste du SMR, soit le Dr K.\_\_\_\_\_. Ce dernier, après examen clinique complet et revu des derniers documents radiologiques, indique une situation clinique stationnaire et une situation radiologique améliorée. Il explique

notamment de manière détaillée pourquoi il ne peut retenir - contrairement à l'avis exprimé en 2005 par le radiologue, le Dr B. \_\_\_\_\_ - l'apparition d'une nouvelle hernie (le constat étant en outre unanime d'une régression de la hernie située en L5-S1).

Le recourant fait certes valoir que son dos est fragile et que son état empirera forcément, mais ces éléments - tout comme l'avis du généraliste - ne permettent pas, de retenir une aggravation et de mettre en doute les conclusions du spécialiste. Celles-ci ont été communiquées au médecin traitant: on peut voir dans son avis du 8 décembre 2009 qu'il ne les partage pas, mais il ne met pas non plus en lumière d'élément objectif qui permette de les mettre en doute.

D'un point de vue somatique, il faut constater que, s'agissant des atteintes dorsales mises en évidence de manière objective par l'examen clinique, le dossier ne démontre pas d'aggravation claire qui permette de retenir un motif de révision, l'invalidité devant toujours être fixée à 19% dans une activité adaptée, cela depuis la décision du 5 avril 2004.

**6.** D'un point de vue psychique, tant le médecin traitant que l'UPA de [...] ont évoqué des diagnostics de dépression ou encore l'existence d'un trouble somatoforme qui constitueraient des éléments nouveaux affectant la capacité de travail de l'assuré et aggravant potentiellement l'invalidité qui lui était reconnue dans la décision du 5 avril 2004. Au titre de l'instruction de la demande, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr L. \_\_\_\_\_ qui a nié toute atteinte psychique invalidante chez le recourant.

**a)** Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la

fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). En revanche, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

En outre, en ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**b)** Le recourant reprend tout d'abord des critiques déjà présentées devant l'OAI, quant à la désignation de l'expert. Il estime que l'impartialité du Dr L.\_\_\_\_\_ est mise en cause puisque celui-ci fonctionne régulièrement en tant qu'expert sur mandat des assureurs sociaux, cela dans le cadre du Centre d'expertise médicale (ci-après: CEMED), à [...].

Le CEMED est un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI ; cf. ATF 137 V 210, consid. 1.2.2). S'agissant des COMAI, le Tribunal fédéral a récemment réaffirmé que leur statut, notamment leur financement par l'assureur social, ne permet pas de conclure à la partialité des experts (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.7 in fine). Le Tribunal fédéral avait de même déjà considéré que la présomption d'impartialité de l'expert ne peut être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert de l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 c. 4 et les références). De jurisprudence constante, le fait qu'un médecin soit désigné régulièrement par un assureur social en tant

qu'expert ne constitue pas en soi un motif de récusation (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4 et les jurisprudences citées).

Le fait que le Dr L. \_\_\_\_\_ intervienne régulièrement en tant qu'expert pour le CEMED ne permet donc pas de conclure d'emblée à sa partialité, ni de priver le rapport d'expertise de sa valeur probante. Les griefs présentés par le recourant sont ainsi injustifiés, la demande de récusation présentée le 22 janvier 2009 par ce dernier pouvait à bon droit être rejetée par l'OAI.

**c)** Le recourant critique ensuite le fait pour l'expert de n'avoir eu qu'un unique entretien de deux heures avec lui pour fonder son expertise psychiatrique.

Comme l'intimé l'a relevé, la durée de l'examen n'est pas un critère de la valeur probante d'un rapport médical et on ne saurait de ce fait remettre en question la valeur du travail d'un expert dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_386/2010 du 15 novembre 2010, consid. 3.2; 9C\_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2; I 1084/06 du 26 novembre 2007, consid. 4).

Cette critique ne remet donc pas non plus en cause la validité de l'expertise.

**d)** Sur le fond, le recourant considère que l'expertise contient des contradictions, principalement en ce qui concerne un trouble somatoforme douloureux invalidant qui devait être reconnu.

S'agissant de troubles non objectivables et notamment de troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence considère qu'il existe une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet

effort de volonté, et elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 506/04 du 22 février 2006, consid. 3 et la doctrine citée). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1 in fine et la doctrine citée), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (cf. TF 9C\_451/2009 du 22 mars 2010, consid. 2 ; I 87/06 du 31 janvier 2007, consid. 3.2, et la jurisprudence citée).

Dans le cas d'une symptomatique douloureuse sans substrat organique objectivable, la mission de l'expert consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant,

à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Le Tribunal fédéral a mis en évidence l'existence de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Les experts failliraient à leur mission s'ils ne tenaient pas compte de ces différents critères dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65, consid. 3; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 4.2.1).

**e)** Sur l'existence d'atteintes psychiques, ainsi que celle d'un trouble somatoforme douloureux, l'expert a examiné de manière systématique l'existence de telles affections chez le recourant et, en particulier, il a émis un avis motivé s'agissant des critères dégagés par la jurisprudence pour admettre l'existence et le caractère invalidant d'un éventuel trouble somatoforme douloureux.

Même si la question de savoir si l'effort raisonnablement exigible de l'assuré est une question de droit (cf. TF 9C\_451/2009 du 22 mars 2010, consid. 1.2; I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 4), l'expert psychiatre a bien rempli sa mission puisqu'il se devait de reprendre les critères dégagés par la jurisprudence et de les examiner dans le cadre de son expertise (cf. ATF 132 V 65 déjà cité). Pour le reste, au contraire de ce qu'affirme le recourant, la question d'une invalidité due à un trouble somatoforme douloureux a bien été tranchée par l'OAI, ce dernier ayant indiqué qu'il entendait suivre les conclusions de l'expert (lettre accompagnant la décision du 7 janvier 2010, p. 2).

Or, à l'issue de son examen, celui-ci a nié l'existence d'un trouble somatoforme douloureux chez le recourant. Il se distance d'abord des conclusions du médecin traitant et de l'UPA, quant à l'existence d'une dépression, en soulignant en particulier que cette unité est intervenue sur une courte durée, en lien avec le médecin traitant et la mandataire. A l'examen - et cela quand bien même le recourant ne prend pas les anti-dépresseurs qui lui sont prescrits -, l'expert ne relève pourtant pas de critères suffisants pour aboutir au diagnostic d'un trouble dépressif.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ reconnaît à plusieurs reprises l'impact de la douleur que peut éprouver le recourant sur son moral et son humeur (cf. par exemple, p. 19: "l'assuré vit une situation pénible avec son atteinte réelle") et qu'il relève d'ailleurs n'avoir pas de confirmation d'une majoration des symptômes (expertise, p. 19, ad IV). C'est donc en toute prise en compte des plaintes du recourant qu'il nie un trouble dépressif et pose un diagnostic qui inclut "pour notre domaine des possibles tendances dysthymiques, des phénomènes d'irritabilité, de nervosité qui sont fluctuants et réactionnels" (expertise, p. 19).

En l'absence de cette comorbidité psychiatrique, l'expert considère qu'un trouble somatoforme douloureux ayant un impact invalidant ne peut pas non plus être retenu. Il procède néanmoins à l'examen des autres critères permettant de retenir un caractère invalidant. Il doit notamment relever que le recourant n'a pas perdu toute vie sociale, en l'espèce par le maintien de liens familiaux forts, qu'il n'y a pas d'état psychique cristallisé, et que le patient n'est pas observant.

L'expert en conclut que les critères permettant de renverser la présomption d'un effort de la volonté exigible de la part du recourant en lui permettant de surmonter d'éventuelles douleurs ne sont pas réunis. Pour lui, c'est essentiellement l'acceptation de l'idée d'un travail adapté par le recourant qui n'est pas intervenue et la problématique est à placer dans un champ extra-médical.

Ces conclusions divergent de l'avis du médecin traitant, qui admettait une surcharge psychique causée par la douleur et une pleine incapacité. Mais comme le rappelle la jurisprudence, les conclusions de l'expert doivent être en général préférées à celles du médecin traitant. En définitive, le Dr T.\_\_\_\_\_ se dit certes perplexe devant les conclusions de l'expert, mais il n'élève pas de griefs objectifs à l'encontre de son travail (cf. courrier du 8 décembre 2009).

Les conclusions de l'expert divergent aussi de celles de l'UPA, qui retenait une incapacité de travail d'au moins 50% pour des motifs

psychiques. Il s'agit là d'un avis spécialisé, mais le rapport du 20 décembre 2007 ne fait état que d'une "impression diagnostique". Or, l'intervention de l'UPA a été ponctuelle, un suivi psychologique ne s'est pas installé dans la durée et ce rapport n'a jamais fait l'objet de compléments - malgré les déclarations et les demandes répétées du recourant - (cf. par exemple recours, ad pt. 7). En outre, si même on veut considérer que c'est un réel diagnostic de dépression qu'avait alors posé l'UPA, on peut penser que l'état du recourant s'est en définitive amélioré entre l'intervention de l'UPA et l'expertise. Le courriel du 3 mai 2010 émanant de la Dresse N. \_\_\_\_\_ ne parle ainsi pas non plus d'un diagnostic formel de dépression (celle-ci "n'apparaissant plus au premier plan"), mais uniquement de celui de personnalité avec traits passifs-agressifs et impulsifs. Ces éléments ne suffisent pas à remettre en cause un rapport d'expertise indépendant, rendu postérieurement, bien documenté et bien motivé.

Dans ces circonstances, on doit retenir qu'il n'existe pas non plus d'avis ou d'éléments objectifs extérieurs, qui constitueraient des indices concrets permettant de douter des conclusions de l'expertise (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b/bb précité). Comme celle-ci remplit par ailleurs les conditions dégagées par la jurisprudence pour que lui soit accordée pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 351, consid. 3a précité) et il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'une nouvelle expertise (appréciation anticipée des preuves, cf. notamment ATF 130 II 425, consid. 2.1).

L'OAI pouvait ainsi se baser sur les constats de l'expert pour retenir que les critères dégagés par la jurisprudence n'étaient soit pas remplis, soit n'imprégnaient pas les constats médicaux à un point tel qu'un effort de la volonté n'était pas exigible (TF I 506/04 précité), et que le recourant ne présentait pas de trouble somatoforme douloureux à caractère invalidant, ni d'autre affection psychologique.

**7.** En l'absence d'évolution tant somatique que psychologique, il faut constater qu'il n'est fait état d'aucun élément nouveau qui aboutisse

à retenir une aggravation de l'incapacité de travail du recourant et donne motif à révision.

Dans cette mesure, le recours, entièrement mal fondé doit être rejeté et la décision de l'Office confirmée.

**8.** Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 janvier 2010. Les frais de justice doivent être arrêtés, et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure doit être fixée ; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RS 173.36]). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr.

Par ailleurs, le conseil du recourant n'ayant pas produit sa liste des opérations, son indemnité d'office sera fixée équitablement à 1'500 fr. (TVA comprise), au vu de l'étendue des opérations qui ont été nécessaires à la conduite du procès.

**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 7 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me Kathrin Gruber, conseil du recourant, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs).
  
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
  
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Kathrin Gruber (pour C.\_\_\_\_\_),
- 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 :