

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 septembre 2011

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Jomini et Dind
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

Q._____, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par **Z.**_____, service des assurances sociales, à Berne,

et

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

Art. 4 LAI; art. 7 al. 1; art. 8 al.1; art. 16 LPGA

E n f a i t :

A. Q._____, (ci-après: l'assuré), né en 1949, marié, père de trois enfants aujourd'hui majeurs, travaillait depuis 1971 pour Z._____ (ci-après: Z._____). Il a exercé en dernier lieu l'activité de chauffeur de locomotives à un taux de 75% jusqu'au 2 novembre 2007. Dès cette date, il a été en incapacité totale de travailler pour cause de maladie. Il a été licencié avec effet au 30 septembre 2008 et perçoit depuis lors des prestations d'invalidité de la caisse de pension de Z._____.

B. Q._____ a déposé le 12 février 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Sur le plan médical, il se plaignait de divers symptômes somatiques (douleurs du rachis et des membres inférieurs et supérieurs, douleurs thoraciques, vertiges, fatigue, troubles de la concentration) et a fait l'objet d'investigations approfondies auprès de spécialistes en cardiologie et neurologie. Un examen pratiqué par le Dr K._____, neurologue, n'a pas mis en évidence d'atteinte du système nerveux central ou périphérique (rapport du 9 mai 2006). Un CT scan cérébral effectué le 30 mai 2006 n'a en outre pas révélé de lésion, et un bilan complémentaire effectué par le Dr H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, était dans la norme, sans évidence d'atteinte vestibulaire organique à l'origine de la symptomatologie (rapport du 8 juin 2006). Par ailleurs, l'assuré a subi le 12 décembre 2005 une angioplastie coronaire avec implantation d'un stent actif dont l'évolution a été objectivement favorable (cf. rapport du Dr S._____, cardiologue, du 8 février 2006). Dans un rapport du 21 juin 2006, le Dr T._____, médecin traitant, indiquait une reprise de travail à 75% dès le 16 juin 2006 au vu des rapports médicaux des Drs K._____ et H._____, et compte tenu de ses propres constatations cliniques.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré était suivi depuis octobre 2007 par le Dr J._____. Ce psychiatre a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique existant depuis 2007 (F33.11), de syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis 2006 (F45.4), de stress lié à la peur de faire un accident professionnel (Z73.3), ainsi que de polyarthrite rhumatoïde. Il a attesté une incapacité de travail de 100% dès novembre 2007 de durée indéterminée, et mentionné des limitations sous la forme de troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire (rapport du 5 mars 2008).

Le 11 mars 2008, le Dr T._____ a rendu un rapport médical dans lequel il posait le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, syndrome somatique, troubles somatoformes douloureux, polyarthrite séronégative. Il attestait une incapacité de travail totale de longue durée depuis le 2 novembre 2007.

L'OAI a soumis les rapports des médecins traitants au service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) pour appréciation, qui a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire COMAI afin d'évaluer la situation médicale sur le plan somatique et psychique (avis médical du 23 juin 2008).

Cette expertise a été effectuée par le Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après: le CEMed) les 10 et 11 septembre 2008. Dans leur rapport du 1^{er} octobre 2008, les experts (Drs D._____, médecine interne, et F._____, psychiatre) ont retenu le diagnostic de lombalgies chroniques ainsi que de troubles statiques et dégénératifs étagés du rachis limitant la capacité de travail de l'assuré à 75 % dans toute activité adaptée. Les restrictions fonctionnelles retenues étaient les suivantes: pas de port de charges de plus de 15 kg, limitations des efforts en hauteur ainsi qu'en zone basse, limitations des efforts en rotation, ainsi que des longues positions debout ou assise immobile (pas plus de 3 heures consécutives). Ils ont estimé que l'activité de mécanicien de locomotives était adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, les experts ont posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié

(F45.1), mais nié l'existence de troubles dépressifs récurrents, retenant la motivation suivante:

"M. Q. _____ rapporte essentiellement des peurs ainsi que des vertiges, des troubles digestifs et une grande fatigue, des troubles auditifs.

A l'examen clinique, c'est surtout l'anxiété qui prédomine initialement. En dehors de cela, l'assuré ne présente pas de ralentissement psychomoteurs, de troubles cognitifs, de tristesse ou de manque de dynamisme.

Sur la base de ces éléments, nous ne retenons pas de diagnostic de troubles de l'humeur actuellement.

L'anamnèse et la lecture des documents médicaux ne permettent pas de retenir le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, diagnostic retenu par le Dr J. _____. En revanche, le diagnostic de burnout a été retenu, cela pourrait correspondre à un trouble de l'adaptation avec une réaction anxieuse et dépressive suite à des difficultés d'adaptation au niveau professionnel. Dans tous les cas, l'anamnèse ne permet pas de mettre en évidence la survenue d'un épisode dépressif majeur dans un passé récent. Le trouble de l'adaptation a favorablement évolué probablement sous l'effet de l'Efexor et actuellement ce diagnostic n'est plus d'actualité.

L'assuré présente des plaintes algiques assez diffuses. Le diagnostic de fibromyalgie a été posé le passé. A cela s'ajoutent maintenant des vertiges. Une origine médicamenteuse avait été évoquée mais ses troubles persistent malgré l'arrêt du Diovan. L'assuré se plaint en plus d'une sécheresse oculaire et de troubles du transit intestinal. A notre sens, ce tableau clinique va plutôt dans le sens d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Le facteur déclenchant étant une certaine désillusion, des sentiments de frustration en lien avec son activité professionnelle et des problèmes familiaux. Toutefois, l'assuré prend de nombreux médicaments et ces derniers pourraient rendre compte de certains symptômes, raison pour laquelle nous évoquons un probable trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Par ailleurs, on ne retrouve pas chez cet assuré un comportement compulsif, en vue de trouver des moyens d'atténuer ses douleurs, ce qui parle contre un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Du point de vue de sa personnalité, on observe quelques traits anankastiques avec une certaine rigidité mentale, toutefois cela n'atteint pas le seuil diagnostic d'un trouble de la personnalité. Ces traits de personnalité peuvent rendre compte de la difficulté d'adaptation à des changements de l'organisation du travail.

Nous n'avons pas d'explication du point de vue psychiatrique pour comprendre l'importance des plaintes, plaintes qui contrastent d'ailleurs avec une attitude plutôt joviale durant l'entretien. L'assuré a semble-t-il échoué à un examen professionnel ce qui ne s'explique pas par ses troubles psychiques. L'assuré a probablement une attitude opposante, ce qui ressort également à l'anamnèse puisqu'il n'envisage absolument pas des mesures de réintégration professionnelle.

Du point de vue psychiatrique, l'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles. D'éventuels troubles de la concentration ou de la fatigue avec des endormissements sur son lieu de travail ne peuvent pas être expliqués par des motifs psychiatriques. Il est indéniable que l'assuré a présenté une réaction de surcharge émotionnelle avec un trouble de l'adaptation. Ceci a pu être responsable d'une incapacité de travail totale de l'ordre de 4 à 6 mois. Toutefois celui-ci est actuellement en rémission. Des mesures de réadaptation ne sont ni indiquées ni contre-indiquées du point de vue psychiatrique. Concernant l'aménagement du lieu de travail, l'assuré semble préférer travailler en après-midi ou en soirée plutôt que tôt le matin.

Du point de vue thérapeutique, il n'y a pas de proposition particulière à formuler. En conclusion, l'assuré ne présente pas des affections psychiatriques suffisamment sévères pour justifier une quelconque incapacité de travail actuellement."

Le SMR s'est rallié à l'avis des experts dans un avis médical du 4 novembre 2008.

C. Le 5 mai 2009, l'OAI a communiqué un préavis de refus de rente à l'assuré au motif que le rapport d'expertise du CEMed avait mis en évidence une capacité de travail résiduelle de 75% dans une activité adaptée, incluant celle exercée habituellement. Il en résultait un degré d'invalidité de 25% n'ouvrant pas le droit à une rente.

Le 18 juin 2009, Z._____, représentant l'assuré, ont formulé des objections à l'encontre du préavis du 5 mai 2009. Ils contestaient en substance les conclusions des experts du CEMed selon lesquelles l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 75% dans son activité habituelle, conclusions qui étaient contredites par l'avis de leur service médical et par les médecins traitants. Ils reprochaient en outre aux experts de n'avoir pas suffisamment investigué la fibromyalgie ni motivé leur appréciation sur le plan psychiatrique.

Le 12 octobre 2009, le psychiatre traitant T._____ a émis les critiques suivantes sur l'expertise du CEMed:

"Début octobre, j'ai reçu et lu avec attention l'expertise du CEMED sous la plume des Docteurs experts MM D._____ et F._____, expertise des 10 et 11 septembre 2008.

Sur la base de ce dossier, ces collègues estiment qu'il n'y a pas de restriction particulière de la capacité de travail pour des troubles psychiques. Ces collègues rejettent le diagnostic que j'avais formulé le 05.03.08 de F31.11 — Trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, et celui de syndrome somatoforme persistant. Cependant, eux-mêmes, en page 17/20, parlent d'un trouble somatoforme indifférencié F45. 1, qui ne réapparaît plus dans leur conclusion. Le Dr F._____ trouve qu'il y a eu un trouble de l'adaptation qui justifiait à l'époque une incapacité de travail totale de l'ordre de 4 à 6 mois (page 17/20 de l'expertise).

Pour ma part, je constate que, de manière récurrente, Monsieur Q._____ présente des moments dépressifs d'intensité moyenne, avec un syndrome somatique douloureux.

Il présente également une incapacité totale de se concentrer pour passer ses examens de conducteur mécanicien de locomotive. Considéré sous cet angle-là, il se trouve dans l'incapacité réelle, par absence de permis, d'exercer le métier pour lequel il s'est qualifié les dernières années, à savoir celui de conducteur de locomotive, Il est également inapte du point de vue de la perte de ses connaissances pour un travail d'électricien. Eu égard à son âge et à ses nombreuses douleurs physiques, Monsieur Q._____, selon mon

appréciation, se trouve dans une incapacité totale de trouver un emploi rémunéré sur le marché actuel du travail. Cette incapacité est due, à mon sens, en grande partie par son état anxieux et dépressif avec un syndrome somatique douloureux persistant."

Dans un avis du 4 décembre 2009, le SMR a estimé que le psychiatre traitant n'apportait pas d'élément objectif pour réfuter les conclusions du rapport d'expertise du CEMed. Contrairement à ce qu'indiquait ce médecin, les experts avaient retenu l'existence d'un trouble somatoforme qui n'était cependant pas invalidant vu l'absence de comorbidité psychiatrique et des autres critères jurisprudentiels. Les experts avaient en outre admis l'existence d'un probable trouble de l'adaptation responsable d'une incapacité de travail limitée dans le temps mais qui était en rémission lors de leur examen clinique. Enfin, les arguments du psychiatre traitant sur l'âge, l'échec de l'examen professionnel et la perte de connaissances de l'assuré ne ressortaient pas du domaine médical et n'avaient donc pas à être pris en compte dans l'appréciation de la situation médicale de l'assuré.

D. Par décision du 11 mai 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré aux prestations d'invalidité au motif que l'expertise du CEMed avait mis en évidence une capacité résiduelle de travail de 75% dans son activité habituelle. Le degré d'invalidité était ainsi de 25%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

E. Par acte du 10 juin 2010 de son mandataire, Q._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en définitive à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2008. Il fait valoir en substance les mêmes arguments que ceux invoqués dans ses objections du 18 juin 2009.

Par réponse du 15 septembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée au motif que le

rapport d'expertise du CEMed du 1^{er} octobre 2008 était pleinement probant.

Les parties ont maintenu leur position dans le cadre d'un second échange d'écritures.

F. Une expertise judiciaire a été mise en oeuvre le 7 janvier 2011. Un délai au 28 janvier 2011 a été imparti aux parties pour se déterminer sur le choix de l'expert et produire leur questionnaire.

L'expertise judiciaire a été confiée au Dr B._____, psychiatre FMH, lequel a procédé à des examens cliniques les 6 et 11 avril 2011. Le rapport d'expertise du 11 avril 2011 retient que l'intéressé souffre d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), qui s'est progressivement installé dans les années 2000, mais qui est sans influence sur la capacité de travail.

Le Dr B._____ a motivé son appréciation comme suit:

"Appréciation diagnostique

[...]

En l'état actuel du dossier, les douleurs de l'assuré n'ont pas une explication organique suffisante à en expliquer tant l'intensité que les limitations qu'il rapporte. Un rhumatisme inflammatoire a été exclu. La seule polyarthrite séronégative occasionnellement mentionnée au dossier n'expliquerait pas la sévérité des plaintes rhumatologiques. Le médecin rhumatologue traitant ne rapporte pas de faits nouveaux en l'état actuel de l'évolution et retient la polyinsertionite qui équivaut à ce que désigne le terme de fibromyalgie.

Les plaintes neuropsychologiques de l'assuré n'ont pas davantage de fondement organique. Un examen neurologique par spécialiste en date du 09.05.2006 était normal. Il n'y a jamais eu d'argument probant pour une affection cérébrale organique. Un processus démentiel aurait d'ailleurs évolué vers une aggravation, alors que sur le plan mental, l'état de l'assuré est plutôt stable. L'évaluation clinique actuelle est aussi pleinement rassurante. Un test de

dépistage (test de la montre associé au mini mental test de Folstein) va dans le même sens. Il y a enfin une discordance entre les symptômes neuropsychologiques rapportés par l'assuré et l'observation clinique rassurante du soussigné.

Actuellement, il n'y a pas d'autres plaintes "fonctionnelles". Les vertiges ont disparu avec l'arrêt du traitement qui en était vraisemblablement responsable.

Pour le solde, la symptomatologie rapportée est à l'origine d'une souffrance significative et d'une altération du fonctionnement de l'assuré. Cette symptomatologie dure depuis plus de six mois. Elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychiatrique, sachant qu'il n'y en a tout simplement pas d'autre trouble psychiatrique dans ce cas. Rien n'indique que les symptômes de l'assuré soient produits intentionnellement ou feints, comme c'est le cas dans le trouble factice et la simulation.

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, selon les critères des ouvrages de référence.

Cette désignation diagnostique ne s'éloigne pas véritablement du syndrome douloureux somatoforme persistant retenu par le médecin psychiatre traitant à l'époque. On est tout de même dans le même chapitre des troubles somatoformes.

Cette désignation diagnostique est aussi voisine de ce que peut désigner la fibromyalgie évoquée à quelques reprises au dossier, puisqu'elle prend en compte les douleurs de l'appareil locomoteur sans bases organiques consistantes, à côté de la fatigue et des plaintes neuropsychologiques de cet assuré.

Autres pathologies psychiatriques

En l'état actuel du dossier, on peut manifestement réfuter une pathologie dépressive. On n'en a pas la symptomatologie cardinale (tristesse anormale et perte d'intérêt et du plaisir). On n'en a pas les symptômes secondaires que seraient les idées suicidaires, la culpabilité pathologique, la baisse pathologique de l'estime de soi, les graves troubles du sommeil et les troubles de l'appétit. La fatigue est prise en compte dans ce que désigne le trouble somatoforme indifférencié.

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence. L'assuré a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

La recherche d'un trouble anxieux spécifique (phobie, TOC, état de stress post traumatique) n'a pas été contributive. Il n'y a aucun argument pour un trouble avec les substances psycho actives et l'alcool en particulier. Il n'y a pas d'éléments évocateurs d'une psychose.

Appréciation assécurologique

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient un trouble somatoforme indifférencié, sans comorbidité psychiatrique.

[...]

Dans un contexte de troubles somatoformes ou de troubles apparentés, le mandat d'expertise impose d'examiner un certain nombre de points particuliers.

La comorbidité psychiatrique est un des points à considérer. De façon générale, elle doit être grave, typique, indiscutable sur le plan diagnostique et avoir valeur incapacitante en soi pour qu'elle puisse être envisagée de façon indépendante de ce que désigne déjà le trouble somatoforme.

Dans le cas présent, le soussigné ne retient pas de comorbidité psychiatrique. Il n'y a pas d'état dépressif. Il n'y a pas de trouble anxieux spécifique. Il n'y a pas de trouble de personnalité.

En cas de trouble somatoforme, le deuxième critère à considérer est celui de l'intégration sociale (et de la vie et des capacités relationnelles des sujets en cause).

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes graves perdent leurs contacts sociaux et leurs capacités relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur famille. Ils ne sortent quasiment plus. Ils n'ont plus d'amis. Ils n'ont plus de visites. Ils se désintéressent des médias et de l'actualité. Ils vivent cloîtrés dans

leur chambre allant jusqu'à éviter les repas avec leurs proches. Ils peuvent inverser leur rythme nyctéméral, en vivant la nuit et en dormant de jour, afin d'être davantage isolés. Pour le soussigné, de telles situations vont dans le sens d'un trouble somatoforme gravissime et ont d'ailleurs pour règle une comorbidité psychiatrique le plus souvent sévère.

Dans le cas présent, l'assuré conserve de bonnes capacités relationnelles. Il rapporte un réseau social étendu. Il dit avoir beaucoup d'amis. Il garde de bons liens avec ses enfants. Il s'agit manifestement d'une situation où le réseau social n'est que peu ou pas altéré, malgré l'arrêt de travail depuis des années.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme ou de troubles apparentés, on constate que l'assuré présente des affections corporelles chroniques. Celles-ci ont été prises en compte dans l'expertise CEMED du 01.10.2008. Il s'agit essentiellement de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs étagés du rachis. Ces troubles ont justifié une diminution de la capacité de travail de 100% à 75%, quelle que soit l'activité proposée à l'assuré. Le médecin psychiatre soussigné n'a pas à revenir sur cette appréciation rhumatologique.

L'obésité, le diabète, la dyslipidémie, l'hypertension artérielle, la cardiopathie ischémique, l'hypothyroïdisme substitué, la discrète polyneuropathie distale sensitive n'ont pas été considérés comme ayant un impact sur la capacité de travail. Il n'y a rien de manifestement nouveau et de déterminant sur le plan somatique depuis 2008, compte tenu de ce que rapporte l'assuré, du traitement en cours et du suivi médical en place.

On pourrait admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assuré durent depuis des années. On pourrait aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertisé bénéficiant de soins adéquats, compte tenu du type de troubles qu'il présente.

On doit toutefois souligner que cet assuré n'a plus de traitement psychiatrique. On ne saurait d'ailleurs que lui proposer, au vu de sa présentation actuelle. Quand au processus maladif de longue durée, la question est aussi de savoir si un trouble somatoforme ne relève pas plus d'un comportement de malade que d'une maladie au sens strict du terme.

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes ou de troubles apparentés ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité.

Dans le cas présent, l'assuré n'a que peu évolué sur toutes ces dernières années. En ce sens, il semble bel et bien installé dans un vécu de malade chronique. L'assuré reste toutefois actif. Il dit bricoler tant chez lui que chez les autres. Il garde une vie sociale conséquente. Cet état n'est guère compatible avec ce qu'on observe chez les sujets figés et "cristallisés" dans leurs plaintes somatoformes. Le soussigné considère que ce critère ne devrait pas être admis dans ce cas.

En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail dans ce cas. Sur le plan médico-théorique, l'assuré devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein, sous réserve de l'incapacité somatique de 25% qui lui a été reconnue."

Le rapport d'expertise judiciaire du Dr B._____ a été communiqué aux parties pour déterminations. L'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expert. Quant au recourant, il a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions rendues par les offices AI - peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 69 al. 1 LAI

en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, respectant au surplus les exigences formelles de l'art. 61 let. b LPGA, est recevable.

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

2. a) Est litigieux en l'espèce le droit à une rente d'invalidité. Le recourant fait valoir une atteinte à sa santé, attestée par ses médecins traitants ainsi que par le service médical de son ancien employeur, l'empêchant d'exercer une quelconque activité professionnelle.

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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. 2 LAI).

c) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner - outre les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 131 V 50). Eu égard à des caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral 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 établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50; 130 V 354). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (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 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2;

131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

d) 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 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. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

e) Le juge des assurances sociales 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. 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 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, 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. Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Ainsi, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125

V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

3. a) Du point de vue somatique, le recourant a fait l'objet d'investigations approfondies auprès de spécialistes en cardiologie et neurologie au vu des divers symptômes dont il se plaignait (douleurs du rachis et des membres inférieurs et supérieurs, douleurs thoraciques, vertiges, fatigue, troubles de la concentration). Les examens pratiqués par les Drs K._____, neurologue, et H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, ont permis d'écarter une atteinte du système nerveux central ou périphérique (rapport du 9 mai 2006) et une atteinte vestibulaire organique (rapport du 8 juin 2006). Par ailleurs, le recourant a subi le 12 décembre 2005 une angioplastie coronaire avec implantation d'un stent actif dont l'évolution a été objectivement favorable (cf. rapport du Dr S._____, cardiologue du 8 février 2006).

Dans son rapport du 21 juin 2006, le médecin traitant a admis une capacité de travail de 75% dès le 16 juin 2006, fondée sur les rapports médicaux des Drs K._____ et H._____ et sur son propre examen clinique. Il a par la suite attesté une incapacité totale de travailler de longue durée dès le 2 novembre 2007 en raison de troubles psychiatriques.

Dans leur rapport du 1^{er} octobre 2008, les experts du CEMed (Drs D._____, médecine interne, et F._____, psychiatre) ont retenu une atteinte à la santé physique sous la forme de lombalgies chroniques et de troubles statiques et dégénératifs étagés du rachis. Ils ont indiqué que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles relatives au port de charges de plus de 15 kg, aux efforts en hauteur, en zone basse et en rotation, ainsi qu'aux longues positions debout ou assise immobile (plus de 3 heures consécutives), la capacité de travail de l'assuré était de 75 %. A cet égard, ils ont précisé que l'activité habituelle était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

b) Les conclusions du CEMed sont convaincantes et bien motivées. Elles ne sont en outre pas contredites par les pièces médicales versées au dossier. En effet, les Drs K._____ et H._____ ont nié l'existence d'une affection neurologique ou organique se rapportant aux symptômes décrits par l'intéressé (vertiges, fatigue et troubles de la concentration). Quant au Dr T._____, il a admis une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle dès le 16 juin 2006. S'il atteste dans un rapport ultérieur une incapacité totale de travail dès novembre 2007, il précise qu'elle est à mettre en relation avec les troubles psychiatriques diagnostiqués par le Dr J._____, de sorte que son avis ne contredit nullement, du point de vue somatique, l'appréciation des Drs D._____ et F._____. Il n'y a dès lors aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du CEMed.

En conséquence, on retiendra que le recourant dispose sur le plan somatique d'une capacité de travailler de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

4. a) En ce qui concerne la problématique psychique, le Dr J._____, psychiatre traitant, a posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis 2007 (F 33.11), de syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis 2006 (F 45.4), ainsi que de stress lié à la peur de commettre un accident professionnel (Z 73.3). Ces troubles justifient, selon lui, une incapacité totale de travailler dès novembre 2007 quelque soit l'activité envisagée. Il a retenu les symptômes de fatigue, de troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi que de maux de tête, du dos, des doigts, des épaules, des genoux, et des cuisses (rapport du 5 mars 2008).

Les experts du CEMed n'ont quant à eux pas retenu d'atteinte psychiatrique ni d'incapacité de travail sur ce plan. S'agissant en particulier du diagnostic de troubles dépressifs récurrents posé par le psychiatre traitant, ils ont indiqué que ni l'anamnèse ni la lecture des documents médicaux ne permettaient de retenir ce diagnostic. A l'examen clinique, ils ont observé que l'assuré ne présentait pas de signe de

tristesse ou de manque de dynamisme, mais se plaignait principalement de peurs, de vertiges, de troubles digestifs, ainsi que d'une grande fatigue et de troubles auditifs. Les experts du CEMed ont néanmoins admis l'existence d'un probable trouble de l'adaptation responsable d'une incapacité de travail limitée dans le temps, qui était en rémission au moment de l'expertise (rapport du 1^{er} octobre 2008).

Dans son rapport du 11 avril 2011, l'expert judiciaire B. _____ a nié l'existence de troubles psychiatriques. En ce qui concerne le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, retenu par le psychiatre traitant, il a constaté que le recourant ne présentait pas les symptômes principaux et secondaires de cette pathologie, à savoir une tristesse anormale, une perte d'intérêt et du plaisir, ainsi que des idées suicidaires, une culpabilité pathologique, une baisse pathologique de l'estime de soi, de graves troubles du sommeil et des troubles de l'appétit. Il s'est par ailleurs distancié de l'avis des experts du CEMed sur l'existence d'un trouble de l'adaptation, au motif qu'un trouble de la personnalité devait se manifester au plus tard au début de l'âge adulte. Constatant que le recourant avait bien fonctionné jusqu'au moment des faits à l'origine de l'incapacité de travail et n'avait pas présenté de troubles psychiques manifestes jusqu'à cette époque, il a dès lors nié la présence d'un tel trouble. Quant aux plaintes neuropsychologiques de l'assuré, le Dr B. _____ a constaté qu'il n'existait aucun argument probant pour retenir une affection cérébrale organique; un processus démentiel aurait d'ailleurs évolué vers une aggravation, alors que sur le plan mental, l'état de l'assuré était plutôt stable. L'évaluation clinique était également pleinement rassurante, ce que confirmaient les tests effectués (test de la montre associé au mini mental test de Folstein). Il observait ainsi une discordance entre les symptômes neuropsychologiques rapportés par l'expertisé et son observation clinique rassurante. Quant aux vertiges, ils avaient disparu avec l'arrêt du traitement qui en était vraisemblablement la cause. Pour le solde, l'expert a observé que la symptomatologie rapportée par l'intéressé était à l'origine d'une souffrance significative et d'une altération de son fonctionnement qui ne pouvait cependant pas être expliquée par un autre trouble psychiatrique.

b) L'expertise judiciaire établie par le Dr B. _____ se fonde sur une anamnèse fouillée, la prise en compte des pièces médicales au dossier, un examen psychiatrique complet et les plaintes de l'assuré. L'appréciation médicale est claire et exempte de contradictions, les avis divergents discutés, notamment quant à l'établissement des affections psychiques, et les conclusions sont dûment étayées, de sorte qu'elle répond sans conteste aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Ainsi, s'écartant de l'avis du psychiatre traitant, l'expert judiciaire a constaté que l'assuré ne présentait aucun des symptômes principaux ni mêmes secondaires que l'on retrouve habituellement chez une personne souffrant de troubles dépressifs récurrents. Son avis est partagé par les experts du CEMed, qui avaient également écarté l'existence d'un trouble de l'humeur, et se révèle dès lors plus convaincant que l'avis du psychiatre traitant. On observe à cet égard que dans son rapport du 5 mars 2008, le Dr J. _____ décrit des symptômes, qui pour la plupart ne relèvent pas d'une pathologie dépressive. Le Dr B. _____ s'est par ailleurs distancé de l'appréciation des experts du CEMed, en écartant le diagnostic de trouble de l'adaptation, tout en motivant son appréciation par le fait qu'un tel trouble devait se manifester au plus tard au début de l'âge adulte, ce qui n'était manifestement pas le cas du recourant. A cet égard, on constate que le psychiatre traitant n'a pas non plus fait état d'un tel trouble chez son patient.

En résumé, l'expert judiciaire ne nie pas que la symptomatologie rapportée par l'intéressé soit à l'origine d'une souffrance significative et d'une altération de son fonctionnement; ses conclusions selon lesquelles cette symptomatologie ne peut cependant pas être expliquée par un trouble psychiatrique sont pleinement convaincantes et doivent être suivies. On observe au demeurant que le recourant a cessé tout traitement psychiatrique, ce qui conforte le constat d'absence de troubles psychiques invalidants.

5. a) Subsiste la problématique d'un éventuel trouble somatoforme relevée par l'ensemble des médecins qui ont examiné le recourant. Le psychiatre traitant a en effet posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant invalidant en raison d'une comorbidité psychiatrique (troubles dépressifs récurrents). Quant aux experts du CEMed, ils ont retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expertise judiciaire a mis en lumière, à l'instar de celle du CEMed, l'existence d'un trouble somatoforme indifférencié. Le Dr B._____ a dès lors examiné en détail, à la lumière des critères de la jurisprudence applicable en la matière (cf. supra. consid. 2c), si ce trouble avait des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Il a en premier lieu constaté l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. supra, consid. 4). En ce qui concerne les autres critères jurisprudentiels, ce spécialiste a retenu qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, l'intéressé conservant de bonnes relations familiales, ainsi qu'un réseau social étendu. L'expert a admis un processus maladif de longue durée et la résistance aux traitements dans les règles de l'art, constatant que l'intéressé bénéficiait de soins adéquats compte tenu du type de troubles présentés. Il a toutefois nuancé ce critère en relevant que l'expertisé avait cessé tout traitement psychiatrique et qu'il était difficile dans le cadre d'un trouble somatoforme de déterminer ce qui relevait d'un comportement de malade et ce qui relevait d'une maladie au sens strict du terme. S'agissant du critère de cristallisation d'un état psychique, le Dr B._____ a constaté que l'assuré n'avait que peu évolué ces dernières années; en ce sens, il semblait bel et bien installé dans un vécu de malade chronique. Il restait toutefois actif (il avait indiqué bricoler tant chez lui qu'à l'extérieur) et conservait une vie sociale conséquente, ce qui n'était guère compatible avec ce qui est normalement observé chez les sujets figés et "cristallisés" dans leurs plaintes somatoformes. L'expert a donc considéré que ce critère ne devait pas être admis. Procédant à une évaluation globale, l'expert a conclu que l'assuré devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et de réintégrer

le monde ordinaire du travail, sous réserve de l'incapacité somatique de 25%.

b) En définitive, les explications et les conclusions de l'expert judiciaire sont dûment motivées et s'avèrent probantes. Le Dr B. _____ est le seul médecin à s'être prononcé, à l'aune des critères retenus par la jurisprudence, sur le caractère invalidant du syndrome somatoforme affectant l'assuré. Ses conclusions sont convaincantes et rejoignent l'appréciation des experts du CEMed, selon laquelle le recourant ne présente pas de syndrome douloureux somatoforme invalidant. Que le psychiatre traitant ait un avis contraire ne saurait suffire à remettre en cause les conclusions étayées de l'expert judiciaire (cf. supra consid 2e).

6. En conclusion, il ressort des considérants qui précèdent que le recourant dispose, du point de vue somatique, d'une capacité de travail de 75 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, notamment dans son activité habituelle de conducteur mécanicien sur locomotive. Son degré d'invalidité s'élève ainsi à 25%. C'est donc à juste titre que l'OAI lui a refusé le droit à une rente d'invalidité. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 mai 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 mis à la charge du recourant Q. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière:

Du

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

- Z. _____, service des assurances sociales (pour M. 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: