

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er novembre 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Métral et M. Zbinden, assesseur
Greffière : Mme Cattin

Cause pendante entre :

N._____, à Yverdon-les-Bains, recourant,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 24 février 2005, N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, père de cinq enfants, ressortissant kosovar, en Suisse depuis 1996, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il a indiqué souffrir d'une hernie discale, de maux de dos et de jambes.

L'assuré a exposé avoir eu un accident le 13 septembre 2003. En montant les escaliers, sa main a lâché la rampe et il est tombé en arrière. Il s'est fait notamment mal au dos.

Il ressort du dossier de la Suva figurant au dossier que le 14 janvier 2004, l'assuré a été examiné par le Dr F._____, médecin d'arrondissement auprès de la Suva. Celui-ci n'a pas objectivé de syndrome lombo-vertébral significatif et il a préconisé un examen neurologique. Celui-ci a été effectué par le Dr G._____, spécialiste en neurologie, qui a établi un rapport le 26 janvier 2004. Ce médecin a conclu que d'un point de vue strictement clinique, le syndrome lombo-vertébral était modéré et il n'y avait aucun argument en faveur d'une souffrance radiculaire autre qu'irritative. Il a constaté un canal spinal lombaire rétréci probablement de façon congénitale associé à un conflit disco-radiculaire prédominant en L5-S1 à gauche qui pouvait bien rendre compte de la claudication neurogène. Le médecin s'étonnait qu'après quatre mois et demi de repos sous un traitement conservateur bien mené, il n'y ait eu aucune amélioration significative.

Il résulte également du dossier de la Suva que l'assuré aurait été surpris en train de porter des packs de boissons et d'aider à l'aménagement d'un magasin tenu par un de ses cousins. L'inspecteur de la Suva dépêché sur place pour constater les faits aurait été mal reçu.

Après cet épisode, la Suva a confié une expertise au Dr Q._____, chirurgien et orthopédiste. Selon ce médecin, dont le rapport

est daté du 4 juin 2004, la réalité de l'événement de septembre 2003 était douteuse et le statut quo sine a été atteint avant la fin de l'année 2003.

Dans un rapport du 4 avril 2005, le Dr X._____, médecin généraliste, a posé les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail :

"- Lombo-sciatalgies chroniques, canal lombaire étroit constitutionnel de L4-L5. Hernie discale para-médiane L5-S1. Protrusion circonférentielle en L4-L5. Compression bi-radiculaire L5 ; Claudication intermittente neurogène qui est fortement handicapante.

- Status après chute sur les fesses dans les escaliers le 12.09.2003 avec exacerbation des lombo-sciatalgies

- Etat anxio-dépressif".

L'assuré était en incapacité de travail depuis le 12 septembre 2003. Pour le médecin, on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce son activité habituelle de maçon ou une autre activité.

Étaient joints à ce rapport :

- un consilium psychiatrique du 23 février 2004 de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) réalisé par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui posait le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Le médecin retenait un abaissement net de l'humeur en rapport avec une situation existentielle difficile (soucis quant à sa famille). Il proposait une prise en charge psychothérapeutique tout en relevant que le suivi allait être difficile avec un homme fermé, communiquant difficilement et adoptant une position faite de forte passivité.

- un consilium psychiatrique de la CRR du 9 mars 2003 (recte : 2004) réalisé par le Dr L._____, selon lequel le diagnostic précédemment posé était maintenu.

- un rapport du 13 avril 2004 de la CRR (où l'assuré a séjourné du 11 février 2004 au 18 mars 2004) qui posait les diagnostics suivants :

"- Lombalgies basses

- Canal lombaire étroit constitutionnel prédominant en L4-L5
- Débord discal circonférentiel L4-L5 et hernie discale para-médiane G L5-S1
- Syndrome post-ponction lombaire et comme co-morbidité un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive".

- un rapport du 7 février 2005 du Dr T._____, spécialiste en neurologie, selon lequel l'assuré souffrait d'une compression bi-radiculaire L5 responsable de douleurs lombo-sciatalgiques chroniques, d'une claudication intermittente neurogène qui était très fortement handicapante, rendant notamment impossible l'idée de la reprise d'une activité professionnelle. Le médecin proposait une opération qui pouvait influencer positivement les douleurs et les déplacements.

- un rapport du 1^{er} mars 2005 du Dr A._____, neurochirurgien FMH, selon lequel l'assuré présentait un syndrome lombo-vertébral en grande partie chronifié et se réexacerbant par phases avec surtout également des signes irritatifs radiculaires des membres inférieurs sans déficit neurologique majeur surajouté. Le Dr A._____ évoquait une intervention chirurgicale en émettant toutefois une réserve en ce sens qu'il ne fallait pas "oublier la longue histoire présente avec un mauvais pronostic socioprofessionnel chez un patient fragile sur le plan psycho-affectif".

Le 8 juillet 2005, le Dr T._____ a posé le diagnostic de compression radiculaire L5 bilatérale sur hernie discale L4-L5. Pour ce médecin, il n'y avait aucun doute sur l'indication opératoire, une réévaluation de la capacité de travail devant intervenir après l'opération.

Dans un rapport du 4 juillet 2005, le Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation auprès de la CRR, a posé les diagnostics suivants :

"- Lombalgies basses

- Canal lombaire étroit constitutionnel prédominant en L4-L5

G L5-S1

- Débord discal circonférentiel L4-L5 et hernie discale para-médiane
- Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive".

Il ressort de ce rapport également ce qui suit :

"Au cas où aucune intervention n'aurait lieu, on peut raisonnablement exiger de ce patient la reprise d'une activité professionnelle moins lourde que celle de maçon, activité qui ne devrait pas imposer des déplacements prolongés à pieds, étant donné l'exacerbation des plaintes à la marche.

Apprécier avec précision la capacité de travail dans une activité adaptée, ceci du point de vue somatique, est très difficile. Le comportement douloureux laisse penser que ce patient aura passablement de peine à se réintégrer professionnellement. Du point de vue somatique cependant, une capacité de travail proche de 100 % paraissait envisageable à la sortie de la Clinique".

Le 4 novembre 2005, la Dresse Z._____, d'Appartenances à Yverdon-les-Bains, a établi un rapport selon lequel l'état de santé de l'assuré s'aggravait. Elle posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Elle disait constater une dégradation de l'humeur en lien avec l'impossibilité pour le patient d'être soulagé de ses douleurs. Selon elle, l'incapacité de travail était totale.

Dans un nouveau rapport datant du 11 juillet 2006, le Dr X._____ a confirmé une incapacité de travail totale de l'assuré.

Le 26 juillet 2006, le Centre de psychiatrie du [...] a indiqué à l'OAI que l'assuré avait été hospitalisé à deux reprises dans leur établissement mais que les séjours ont été de courte durée et qu'il ne pouvait établir de rapport.

L'assuré a été soumis à une expertise du Centre d'expertises médicales (ci-après : CEM). Les experts, soit les Drs B._____, interniste FMH, M._____, rhumatologue FMH, et D._____, psychiatre FMH, ont rendu leur rapport le 9 février 2007. L'expert psychiatre posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de réaction à un facteur de stress sans précision.

La partie « discussion » du volet psychiatrique de cette expertise a la teneur suivante :

"L'expertisé est l'aîné d'une famille kosovare et ne donne pas d'évènements de vie importants pour l'enfance ni l'adolescence jusqu'au moment où il devait entrer dans l'armée yougoslave. Sous la peur qu'il puisse y subir des maltraitements qui pourraient sérieusement détruire sa santé physique et mentale, il s'expatrie à l'âge de 16 ans et reste caché pendant 5 ans jusqu'au moment où il cherche asile en Suisse. Pendant ces 5 ans, il entre en Allemagne, puis en Suisse. Sa demande d'asile est rejetée. Il rentre alors dans son pays, se cache dans la région de la future Macédoine et mène une vie de clandestinité, ce qui peut être vu comme une sorte d'aventure, mais qui comporte évidemment un stress majeur. Par la suite, il est le seul et le 1er qui ait trouvé une sécurité extérieure en Suisse, et il a de cette manière le devoir moral d'aider les autres qui sont restés au pays durant la guerre. Il perd son père et son petit frère, et à ce moment, il reste le seul homme et le chef de sa famille d'origine. Il n'a pas fait de formation professionnelle et n'a guère de qualification professionnelle à ce moment.

Au moment de l'accident, il se trouve dans une situation encore très fragile et il est peu surprenant qu'il ne se remette pas facilement. Il développe non seulement un état dépressif avec des ruminations, des préoccupations, des angoisses, de l'insomnie mais aussi quelques symptômes d'un trouble de l'adaptation du type stress post-traumatique comme l'irritabilité, le manque de concentration, les cauchemars liés aux événements, pertes dans sa famille causées par la guerre qui aggravent beaucoup son état d'invalidité.

Malgré l'opinion optimiste du neurochirurgien, il est persuadé qu'une intervention chirurgicale ne peut qu'échouer. Il a souci d'une intervention avec des béquilles ou une chaise roulante et croit qu'une intervention le laisserait forcément dans un état détérioré où il perdrait encore de son autonomie et resterait physiquement moins fort. Il associe une opération et une hospitalisation avec un état d'invalidité organique durable, dans le sens d'une paraplégie par exemple. Il n'est que partiellement conscient du caractère irrationnel de ses craintes mais semble au moins être ouvert à la réflexion et à la discussion de ce sujet, qui semble être repris régulièrement dans les entretiens psychothérapeutiques.

L'intensité du traitement et sa durée relativement brève ne permettent pas encore de conclure à un pronostic quant à la situation psychique de l'expertisé. Surtout en ce qui concerne la décision quant à une intervention chirurgicale, celle-ci pourrait éventuellement changer pendant les prochains mois et la situation pourrait se présenter plus ouverte au moins en ce qui concerne la qualité de vie et la situation de la santé mentale. Une réévaluation de la situation dans un délai pas trop long paraît en tout cas nécessaire.

Après l'entretien, j'apprends d'une lettre de sortie que l'expertisé a été hospitalisé deux fois en urgence par danger de suicide et d'agressivité contre sa femme. Pendant ces hospitalisations on semble avoir introduit et augmenté un traitement neuroleptique,

ayant une suspicion d'un processus psychotique de type paranoïaque. Malheureusement cette hypothèse n'a pas pu être explorée avec l'expertisé qui n'a donné aucun signe dans ce sens si ce n'était une légère méfiance au commencement, comme elle existe souvent dans le cadre des réactions « post-traumatiques » ou semblables. Il n'était pas non plus possible d'avoir l'opinion de la thérapeute pour clarifier cette question. Pour l'expertisé, elle ne semble pourtant pas changer fondamentalement l'appréciation pour le moment. Si le diagnostic d'une schizophrénie paranoïde se confirmait, chose qui me semble actuellement peu probable, le pronostic changerait évidemment".

Sur le plan somatique, les experts ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques, canal spinal étroit constitutionnel, discopathie L4-L5, hernie discale L5-S1 para-médiane gauche.

La partie « appréciation du cas » de l'expertise a la teneur suivante :

«Monsieur N._____, né en 1975, actuellement âgé de 31 ans, originaire du Kosovo, est marié et père de cinq enfants, nés entre 1996 et 2004. Il n'a pas de formation professionnelle attestée, il avait travaillé en tant que manoeuvre dans le bâtiment, dans le cadre d'emplois intérimaires, jusqu'en septembre 2003, date à laquelle une chute accidentelle dans les escaliers avait déclenché des lombalgies. Les douleurs du dos ont persisté malgré le traitement médical appliqué, y compris une hospitalisation pour thérapies physiques et fonctionnelles à la Clinique Romande de réadaptation au cours du 1^{er} trimestre 2004.

Les investigations complémentaires, comprenant notamment une IRM lombaire, une radiculographie et un myélo-CT, avaient mis en évidence un canal spinal lombaire étroit constitutionnel, prédominant au niveau L4-L5 et une hernie discale médiane et para-médiane gauche comblant le récessus latéral de L5-S1.

L'examen électro-neuromyographique réalisé en février 2005 par le Docteur T._____ avait démontré l'existence d'une atteinte radiculaire L5 bilatérale chronique.

Les plaintes exprimées par Monsieur N._____ correspondent, outre les lombalgies, à une symptomatologie de claudication radiculaire neurogène, avec un périmètre de marche de l'ordre de 500 mètres.

Au status ostéo-articulaire, l'examen rachidien révèle des troubles statiques marqués par une cyphose lombaire haute et une scoliose dorso-lombaire dextro-convexe. Les mouvements de la colonne lombaire et particulièrement la flexion et l'extension sont limités, provoquant des douleurs irradiant dans les fesses et à la racine des membres inférieurs.

Sur le plan neurologique, hormis des lâchages musculaires douloureux au niveau des membres inférieurs, ainsi qu'une marche

sur les pointes et les talons difficilement réalisée, il n'est pas mis en évidence, au repos, d'anomalie des réflexes ostéo-tendineux, ni cutané plantaire, ni de troubles sensitivo-moteurs systématisés. La manœuvre de Lasègue déclenche des lombalgies, avec une irradiation pygialgique et à la racine du membre inférieur testée à partir d'une élévation d'environ 45° des deux côtés.

La prise en charge médicale appliquée jusqu'alors, ainsi que les infiltrations péridurales lombaires de corticostéroïdes n'ont pas permis jusqu'alors d'améliorer les symptômes algo-fonctionnels.

Au total, Monsieur N._____ présente des lombalgies chroniques et une symptomatologie de claudication radiculaire neurogène, avec un substrat anatomique lésionnel, constitué par un canal spinal lombaire rétréci, avec des signes neuro-radiologiques de compression au niveau L4-L5 et une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche comblant le récessus latéral. L'atteinte radiculaire L5 bilatérale chronique est démontrée à l'examen électro-neuromyographique de février 2005.

Face à cette sémiologie clinique, au retentissement fonctionnel et à l'évolution défavorable, une indication chirurgicale de décompression lombaire serait théoriquement clairement indiquée. Cependant, le contexte psychosocial défavorable constitue un obstacle majeur, limitant considérablement les chances d'évolution favorable après toute opération. Ce point de vue a été réitéré par le Docteur A._____, neurochirurgien, qui avait exprimé des réserves quant à une indication opératoire. Dès lors, les options thérapeutiques pouvant être proposées sont extrêmement restreintes, les médicaments antalgiques étant partiellement efficaces, la physiothérapie non performante et les infiltrations péridurales de corticostéroïdes sans effet.

Sur le plan psychiatrique, le parcours de vie de Monsieur N._____ a été marqué par des facteurs de stress majeurs ; il a fui son pays pour se réfugier en Suisse, des membres de sa famille proche (son père et son frère) ont été portés disparus lors de la guerre en ex-Yougoslavie, sa première femme est décédée dans les suites d'accouchement.

La survenue de l'accident en septembre 2003, en plus d'avoir déclenché des lombalgies, a provoqué des troubles anxio-dépressifs, dans un contexte de capacités adaptatives altérées.

Les éléments anamnestiques et le status psychique permettent de définir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, aggravé par une réaction à des facteurs de stress répétés.

La situation psychique semble s'être aggravée au premier trimestre 2006, où l'expertisé a été hospitalisé à deux reprises au Centre psychiatrique du [...], par danger de suicide et d'agressivité contre sa femme et ses enfants. Pendant ces hospitalisations psychiatriques, un traitement neuroleptique avait été débuté en raison d'une suspicion d'un processus psychotique de type paranoïaque.

Cette hypothèse de trouble paranoïaque n'a pas pu être totalement explorée lors de l'évaluation psychiatrique par défaut d'information et possibilité d'échanges limités avec l'expertisé.

Bien que le diagnostic de schizophrénie paranoïde semble actuellement peu probable, l'existence de traits paranoïaques aggrave considérablement le pronostic.

De surcroît, il apparaît que Monsieur N. _____ doit être incarcéré dans le cadre d'une condamnation pour un acte délictuel qui nous est inconnu.

En conclusion, une appréciation globale, tenant compte de l'ensemble des éléments anamnestiques, cliniques et radiologiques, permet de déterminer l'existence d'une atteinte à la santé somatique et psychique sévère responsable avec authenticité d'une suppression totale de toute capacité de travail chez cet expertisé. Le risque actuel d'auto-agressivité et envers autrui est important. La situation de l'incapacité de travail était présente dès l'hospitalisation psychiatrique en février 2006".

Selon les experts, la capacité de travail était nulle dans l'activité de manoeuvre du bâtiment. Une capacité de travail théorique de l'ordre de 60 % aurait pu exister à partir de la fin de l'année 2004 et en 2005, mais cette capacité de travail était nulle depuis le mois de février 2006. Le pronostic était extrêmement défavorable en raison de la pathologie rachidienne de canal spinal lombaire étroit responsable des lombalgies et de la claudication radiculaire neurogène, survenant dans un contexte de troubles psychiques dépressifs et une réaction des facteurs de stress répétés d'évolution défavorable, grevé par une sanction d'incarcération pénitentiaire. La capacité de travail était améliorable par des mesures médicales. La sévérité des troubles psychiques ne permettait pas d'envisager des mesures professionnelles susceptibles d'améliorer la capacité de travail.

Comme limitations fonctionnelles, les experts excluait les positions statiques prolongées, assise et debout, les positions penchées et en porte-à-faux, le travail en hauteur et en déséquilibre, les mouvements contraignants en flexion et en torsion du tronc et les déplacements courbés ainsi que le travail au sol. Le port de charges de plus de 5 à 7 kg devait être exclu et devait être encore plus limité si les efforts étaient répétitifs. Les travaux lourds n'étaient pas exigibles. Les déplacements fréquents répétés et sur de longues distances ainsi qu'en terrain accidenté

étaient exclus, le périmètre de marche étant limité à environ 500 mètres ; la montée et la descente des escaliers devait être évitée.

Les experts ajoutaient que le niveau de formation, la capacité d'apprendre et la motivation (situation psychosociale délétère) limitaient également la capacité de travail. Ils concluaient à une capacité de travail nulle principalement du fait des troubles psychiques, cette situation devant être évaluée dans un délai de deux ans.

Dans un avis du 10 avril 2007, le Dr J._____, médecin généraliste au service médical régional AI (ci-après : SMR), a estimé que le volet rhumatologie de l'expertise était convaincant et attestait clairement d'une incapacité de travail totale comme aide-maçon et dans tout travail lourd correspondant aux limitations fonctionnelles. En revanche, il considérait que l'évaluation psychiatrique se fondait essentiellement sur l'anamnèse et que les critères du trouble dépressif récurrent n'étaient pas réunis. Il remarquait que les causes des hospitalisations en milieu psychiatrique en 2006 n'étaient pas connues et il était d'avis que la dégradation observée apparaissait essentiellement due à un contexte socio-économique défavorable, non imputable à une atteinte à la santé et à des troubles de l'acculturation plutôt qu'à une atteinte psychiatrique documentée.

En raison de ces critiques, un examen psychiatrique a été pratiqué le 5 décembre 2007 au SMR par le Dr S._____, psychiatre. Ce médecin a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, ce diagnostic étant sans influence sur la capacité de travail. La partie « appréciation du cas » du rapport du SMR a la teneur suivante :

"Assuré de 32 ans, d'origine kosovare, marié, 5 enfants, sans formation professionnelle, ayant travaillé en Suisse de 1998 à 2003, au bénéfice d'une incapacité de travail à 100% dès le 13 septembre 2003. Demande de rente AI en date du 28 février 2005.

L'examen clinique psychiatrique s'avère difficile, avec un assuré enfermé dans une attitude oppositionnelle, répondant aux questions de façon floue et sans articuler, regardant le plus souvent ses chaussures ou par la fenêtre, allant jusqu'à tourner le dos à

l'interprète et à l'examineur. Les questions précises n'auront que des réponses vagues.

Il est cependant possible de préciser, lors de l'examen :

- une thymie bonne, l'assuré déclarant qu'il va bien ce jour là, sans irritabilité ni tristesse, sans trouble de concentration ou d'attention,
- le fait qu'il préfère rester seul, rumine beaucoup et ne supporte plus sa famille, mais sans idée noire ou tentation de suicide,
- qu'il s'énerve, d'un point de vue anamnestique, quand il n'arrive pas à accomplir les tâches qu'il souhaite accomplir. Il fait état d'un relatif repli sur lui-même, difficile à préciser,
- que le sommeil est perturbé avec difficulté d'endormissement, l'appétit est conservé, la libido est suspendue.

Ce tableau clinique ne correspond pas au tableau d'un trouble dépressif récurrent léger ; cependant, l'intensité et la qualité des troubles avec mélange d'anxiété, de dépression, de soucis, de tension et de colère évoquent le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions. L'anxiété et la peur de l'avenir de l'assuré semblent surtout liées à des difficultés extra-médicales, l'opposition affichée lors de l'entretien ne correspond pas à une symptomatologie s'incluant dans un tableau psychopathologique précis et semble plutôt le fait de difficulté de comportement dans un contexte socio-économique et familial difficile. Nous ne retrouvons pas, en effet, d'éléments nous permettant d'évoquer une opposition relationnelle participant d'un tableau d'allure psychotique ou mélancolique. Ce diagnostic de trouble de l'adaptation avait déjà été retenu au décours de l'hospitalisation à la CRR par le Dr L. _____, qui avait confirmé son diagnostic dans un consilium plus tardif.

Nous nous éloignons du diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par la PMU, dans la mesure où l'intensité du tableau ne correspond pas à celle d'un trouble dépressif récurrent, même léger, l'assuré déclarant qu'il allait bien le jour de l'examen et semble surtout inquiet de son devenir sur un plan socio-économique et familial. D'autre part, l'élément de récurrence n'est pas retrouvé à l'anamnèse et n'est pas avancé dans le rapport médical de la PMU. De plus, l'histoire clinique nous renseigne sur deux hospitalisations en milieu psychiatrique mais le dossier contient un courrier en forme de compte rendu qui précise : « Si l'assuré a été hospitalisé à 2 reprises dans le Centre de Psychiatrie du [...], les médecins précisent, en date du 26 juillet 2006, que les séjours ont été de courte durée, ce qui nous laisse dans l'impossibilité de répondre à votre demande. »

Enfin, dans le dossier existent des éléments questionnant l'aptitude de l'assuré à subir une peine d'emprisonnement qui confirme l'importance de l'environnement extra-médical en août 2006.

En dehors de ce trouble d'adaptation, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble

phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme douloureux persistant, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Nous pouvons donc conclure que notre examen clinique ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles

Aucune sur le plan psychiatrique

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

Les éléments du dossier envisagent une incapacité de travail documentée dès le 13 septembre 2003.

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

Sans objet sur le plan psychiatrique

Concernant la capacité de travail exigible. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est de 100% dans toute activité.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100 % SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.
DEPUIS LE : TOUJOURS".

B. Le 21 mai 2008, l'OAI a établi un projet de refus de rente d'invalidité.

L'assuré s'est opposé à ce projet par lettre de son ancien conseil du 20 juin 2008.

Le 8 avril 2009, la Dresse Z._____ a établi un nouveau rapport posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome psychotique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Elle indiquait que ce dernier diagnostic était un nouvel élément révélé en 2007. Dans l'anamnèse, il était fait état de torture physique et psychique que l'assuré aurait subie au Kosovo lors d'un emprisonnement alors qu'il avait 16 ans. Ce médecin y mentionnait également un accident de travail.

Un examen clinique orthopédique a été organisé au SMR puisque l'expertise réalisée au CEM ne précisait pas le taux d'incapacité de travail de l'assuré sur le plan somatique. Cet examen a été effectué par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dont le rapport date du 13 juillet 2009. Ce médecin a posé comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail des lombo-sciatalgies bilatérales, une claudication neurogène sur canal lombaire étroit constitutionnel et des discopathies L4 et L5-S1 avec protrusion discale.

Le Dr V._____ a conclu son rapport comme suit :

"Assuré de 33 ans, sans formation professionnelle lucrative ayant développé des lombo-sciatalgies bilatérales après une chute survenue le 13 septembre 2003. Les divers examens radiologiques ont mis en évidence un canal lombaire constitutionnel prédominant en L4-L5 avec des discopathies L4-L5 et L5-S1. La première IRM effectuée en novembre 2003 parle d'une hernie discale L5-S1 médiane et une hernie discale circonférentielle L4-L5. Il ne s'agit pas d'image de hernie discale, mais de protrusion discale à deux étages. Le premier neurologue consulté le Dr G._____ en janvier 2004 est très réticent quant à l'indication chirurgicale, d'une cure chirurgicale de canal lombaire étroit. Le Dr T._____, neurologue consulté en février 2005, considère que l'assuré a une claudication intermittente neurogène et l'EMG montre des signes objectifs d'atteinte. Il considère qu'il y a une indication opératoire.

Les deux neurochirurgiens consultés, le Dr H._____ de l'hôpital de Sion en 2004 et le Dr A._____ en mars 2005, considèrent que les chances au succès d'une intervention neurochirurgicale sont minces.

Lors de mon examen clinique, on ne met pas en évidence de trouble neurologique majeur, 3 des 5 signes de non organicité selon Waddell sont positifs. L'assuré ne consomme aucun antalgique, ni anti-inflammatoire.

Les limitations fonctionnelles

L'assuré peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges dans lequel il puisse alterner à sa guise la position debout avec la position assise.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Arrêt de travail à 100% depuis le 12.09.2003.

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

L'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle.

Concernant la capacité de travail exigible

Sur le plan somatique : la capacité de travail de cet assuré en tant qu'ouvrier de la construction est nulle.

Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, nous considérons que la capacité de travail n'est pas complète. Une diminution de rendement de l'ordre de 20% est admissible en raison des douleurs et de la nécessité de faire des pauses. A noter que le Dr W._____, spécialiste FMH en médecine physique réhabilitation et rhumatologie de la Clinique Romande de Réadaptation de [...] dans son rapport à l'AI de juillet 2005, considère que la capacité de travail de l'assuré est proche de 100 % dans un travail adapté.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 80% DEPUIS SEPTEMBRE 2003".

Dans un avis du 16 novembre 2009, le Dr R._____, médecin auprès du SMR, s'est prononcé sur le rapport de la Dresse Z._____ du 8 avril 2009, estimant que rien dans l'anamnèse de l'assuré ne permettait de penser qu'il avait été exposé à des facteurs de stress justifiant une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il relevait que l'expert du CEM avait indiqué que l'assuré ne témoignait pas directement des événements de la guerre, mais les apprenait par téléphone de tiers ou les apprenait par la télévision. Le Dr R._____ constatait aussi que la Dresse Z._____ parle de « traumatismes vécus » sans préciser la nature de ceux-ci.

Par décision du 12 mai 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. Par acte du 14 juin 2010, N._____, par l'intermédiaire de son ancien conseil, a recouru contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, principalement, à son annulation et au renvoi pour nouvelle instruction, subsidiairement, à l'octroi d'une rente fixée à dire de justice.

Par réponse du 25 octobre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours.

D. Le 31 mai 2011, l'OAI a adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal deux rapports, l'un émanant de la Dresse Z._____ et l'autre du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie. Le

premier avis émanant de la Dresse Z._____, daté du 8 avril 2009, est déjà connu et a été évoqué ci-dessus. Tel n'est en revanche pas le cas du rapport du 28 avril 2011 du Dr K._____. Celui-ci a posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde et indiqué qu'elle existait depuis 2004. Il a constaté une désorganisation de la pensée, des idées délirantes de persécution et des hallucinations visuelles. Il a précisé que la capacité de travail était nulle. Le médecin a conclu ainsi son rapport :

"Malgré un bon traitement antidépresseur la symptomatologie psychotique persiste sous forme d'hallucinations visuelles et d'idées délirantes de persécution. Le patient est désorganisé dans les activités de la vie quotidienne!

Il s'agit très vraisemblablement d'une schizophrénie de type paranoïde".

Appelé à se déterminer sur ce certificat, l'OAI, se référant à un avis du SMR du 29 août 2012, a relevé que le diagnostic de schizophrénie paranoïde n'avait jamais été posé avant et que cas échéant, cet élément était postérieur à la décision attaquée. L'intimé a par ailleurs confirmé sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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. 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).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement sur sa capacité de travail.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière,

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

115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1 et C-202/2010 du 13 juin 2012 consid. 6.2).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 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 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3).

d) La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3) ; elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin ; enfin elle applique le droit d'office (TAF C-202/2010 du 13 juin 2012, consid. 5).

4. a) En l'espèce, le recourant conteste une capacité de travail totale dans n'importe quelle activité.

b) Sur le plan somatique, le Dr G. _____ a, le 26 janvier 2004, conclu à un canal spinal lombaire rétréci et à un conflit disco-radiculaire prédominant en L5-S1. Il s'étonnait du manque d'amélioration de l'état de l'assuré après un traitement bien mené. Le 4 avril 2005, le Dr X. _____ a diagnostiqué des lombo-sciatalgies chroniques, un canal lombaire étroit constitutionnel de L4-L5, une hernie discale, une protrusion circonférentielle, une compression bi-radiculaire et une claudication intermittente neurogène fortement handicapante. Il a affirmé qu'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce son activité habituelle de maçon ou une autre activité. La CRR a établi en date du 13 avril 2004 les diagnostics de lombalgies basses, de canal lombaire étroit constitutionnel prédominant en L4-L5, de débord discal circonférentiel en L4-L5 et hernie

discale para-médiane gauche. Le 7 février 2005, le Dr T. _____ fait état d'une compression bi-radiculaire L5.

Les experts du CEM ont, dans leur rapport d'expertise du 9 février 2007, exposé que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques, de canal spinal étroit, de discopathie L4-L5 et d'une hernie discale L5-S1 para-médiane gauche. Ils ont posé des limitations fonctionnelles excluant l'exercice de l'activité habituelle de maçon. Ils ont décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de positions statiques prolongées, assise et debout, pas de positions penchées et en porte-à-faux, pas de travail en hauteur et en déséquilibre, pas de mouvements contraignants en flexion et en torsion du tronc, pas de déplacements courbés et pas de travail au sol. Le port de charges de plus de 5 à 7 kg devait être exclu et devait être encore plus limité si les efforts étaient répétitifs.

Dans son rapport médical du 13 juillet 2009, le Dr V. _____, praticien du SMR, a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies bilatérales, de claudication neurogène sur canal lombaire étroit et de discopathies. Il admet la possibilité pour le recourant d'exercer une activité semi-sédentaire ou sédentaire sans port de charges avec alternance des positions. Il retient une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 %.

Ainsi, l'autorité de céans relève que les médecins somaticiens admettent en substance les mêmes diagnostics et des limitations fonctionnelles similaires. Les experts du CEM envisagent les mêmes limitations fonctionnelles que le SMR, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré sur le plan somatique. En effet, selon eux, c'est principalement en raison des problèmes psychiques du recourant que sa capacité de travail est nulle.

En définitive, seul le Dr X. _____ s'est prononcé sur la capacité de travail exigible en sus du SMR. Cet avis sera toutefois examiné avec réserve dans la mesure où il s'agit du médecin traitant du recourant, que son dernier rapport est daté de 2006 et qu'il ne s'est plus exprimé sur la capacité de travail exigible depuis lors. Force est donc de constater que

l'avis du Dr V._____, médecin au SMR, affirmant que l'assuré dispose d'une capacité de travail totale avec diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée sur le plan somatique, suivi par l'intimé, ne saurait être écarté.

c) Sur le plan psychique, le Dr L._____ a, le 23 février 2004, posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Il a indiqué que le suivi serait difficile avec un homme fermé, communiquant difficilement et adoptant une position faite de forte passivité. Le 4 avril 2005, le Dr X._____ a diagnostiqué un état anxio-dépressif. Le 1^{er} mars 2005, le Dr A._____ a relevé que le recourant était fragile sur le plan psycho-affectif. Quant à la Dresse Z._____, elle fait état, le 4 novembre 2005, de trouble dépressif récurrent et a estimé que l'incapacité de travail était totale.

Le 9 février 2007, l'expert psychiatre du CEM a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de réaction à un facteur de stress sans précision. Il n'a pas établi de pronostic, admettant toutefois une incapacité de travail totale. Cependant, les experts paraissent considérer que ce sont surtout le niveau de formation, la capacité d'apprendre et la motivation qui limitent la capacité de travail du recourant.

Le Dr S._____, dans son examen psychiatrique du 5 décembre 2007, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions. Il a relevé le comportement de l'assuré durant l'examen (attitude oppositionnelle notamment), ce qui n'est pas sans rappeler les constatations du Dr L._____ exposées ci-dessus. Le Dr S._____ a encore expliqué qu'il ne pouvait retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par l'expert du CEM car l'intensité du tableau ne correspondait pas à celle de ce trouble, l'assuré déclarant qu'il allait bien le jour de l'examen et semblait surtout inquiet de son devenir sur un plan socio-économique et familial. Il a ajouté que l'élément de récurrence n'était pas retrouvé à l'anamnèse et n'avait au surplus pas été avancé par le praticien du CEM. Le Dr J._____ avait par ailleurs déjà retenu, dans son rapport du 10 avril

2007, que l'évaluation psychiatrique du recourant ne réunissait pas les critères d'un trouble dépressif récurrent.

Dans un rapport médical du 8 avril 2009, la Dresse Z._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome psychotique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il sied de préciser que ce dernier diagnostic est nouveau. De plus, dans l'anamnèse, il est fait état de torture que le recourant aurait subie dans son pays natal lorsqu'il était jeune. Or, cet élément ne se retrouve dans aucun des rapports précédents.

Finalement, le Dr K._____, dans un rapport du 28 avril 2011, a diagnostiqué une schizophrénie paranoïde existante depuis 2004. L'autorité de céans relève toutefois que le psychiatre ne suit le recourant que depuis juillet 2010, que la décision querellée est datée de mai 2010 et que c'est le premier spécialiste à poser un tel diagnostic.

Sur le vu de ce qui précède, l'avis du Dr S._____ qui a exposé pour quelles raisons il s'écartait du rapport d'expertise de la CEM a pleine valeur probante, son rapport étant complet et motivé. Quant aux avis des autres médecins, d'une part, la Dresse Z._____ est la seule à avoir posé le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et d'autre part, le Dr K._____ a été consulté après que la décision litigieuse a été rendue.

Enfin, il paraît évident que des facteurs psychosociaux sont un frein conséquent à la reprise d'une activité professionnelle pour le recourant, mais il ne peut en être tenu compte dans le cadre d'une telle procédure, dans la mesure où cela n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité.

d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire, telle que requise par le recourant. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des

preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées ; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008) ; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées).

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 12 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Il n'est pas alloué de dépens.

IV. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. N. _____, à Yverdon-les-Bains,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :