

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 janvier 2013

---

Présidence de M. NEU  
Juges : MM Monod et Perdrix, assesseurs  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4, 28, 29 LAI**

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

**A.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1956, a été victime d'un accident de la circulation le 4 décembre 2006, alors qu'il travaillait comme maçon sur un chantier, pour le compte de l'entreprise T. \_\_\_\_\_ SA. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 février 2008, tendant à l'octroi d'un reclassement professionnel ("éventuellement, selon état de santé"), subsidiairement d'une rente, en raison de douleurs à la colonne vertébrale, à la tête et aux pieds, de problèmes psychiques et d'hypertension artérielle, présents depuis le jour de l'accident.

Le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé, dans un rapport du 18 décembre 2006, le diagnostic de contusion cervicale, des examens par radiographies n'ayant par ailleurs révélé aucun signe de fracture. Il a également relevé une arthrose susceptible d'influencer défavorablement le cours de la guérison. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : CNA) a pris en charge les suites du cas.

Dans un rapport établi le 6 juin 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatisme de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a observé ce qui suit :

"Les plaintes subjectives [...] sont tout à fait atypiques, elles sont diffuses et mal systématisées. L'examen clinique est marqué par des signes florides de non-organicité avec quelques discordances (notamment entre les mouvements spontanés et l'absence de posture antalgique) observées lors de l'entretien, contrastant avec les hyper-réactions et la rigidité affichée par l'assuré lors de l'examen clinique.

Nous noterons également que cet assuré nous a paru parfaitement orienté, ne démontrant aucun signe de ralentissement dans l'expression verbale. Il s'est montré capable de décrire de façon précise les circonstances de l'accident. Son attitude dégage cependant un certain catastrophisme chez un assuré se déclarant persuadé que l'accident a bouleversé sa vie.

Sur le plan organique nous relèverons que le bilan radiologique de la colonne cervicale et dorsale pratiqué après l'accident est tout à fait superposable à celui qui avait été pratiqué 6 mois au préalable par le Dr I. \_\_\_\_\_. Les radiographies pratiquées en juin 2006 témoignent notamment de séquelles de troubles dystrophiques de croissance vertébrale au niveau dorsal, d'une cervicarthrose

postérieure étagée débutante. Les radiographies du segment lombaire documentent une spondylarthrose L5-S1 évoluée.

En résumé, sur le plan strictement somatique, cet assuré a vraisemblablement tout au plus présenté, suite à son accident, une contusion cervicale simple, si l'on se base sur le rapport initial du Dr I.\_\_\_\_\_.

Si l'on se base sur ses seules conséquences somatiques nous devons considérer que 6 mois après l'accident ou au plus tard à ce jour, l'accident a entièrement et largement cessé de déployer ses effets.

[...]

En conclusion : Les troubles de la sphère non-organique constituent l'essentiel du tableau clinique actuel. Ces troubles qui semblent s'être greffés sur l'accident font actuellement l'objet d'un traitement antidépresseur par le Dr I.\_\_\_\_\_ qui évoque de son côté un « traumatisme psychique ». Ils n'ont pas permis à cet assuré de reprendre le travail jusqu'ici."

Sur cette base, la CNA a rendu une décision du 11 juin 2007 par laquelle elle a mis fin au versement des prestations d'assurance au 6 juin 2007, au motif que les troubles présentés par l'assuré au-delà de cette date n'engageaient plus l'assureur-accidents. Elle a rendu une décision sur opposition le 19 juillet 2007 allant dans le même sens.

**B.** Dans le cadre de l'examen du dossier de l'assuré par l'assurance d'indemnités journalières, B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_), le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse D.\_\_\_\_\_, psychologue, ont été mandatés pour effectuer une expertise psychiatrique. Ils ont rendu leur rapport le 7 décembre 2007, concluant à l'existence, tout au plus, d'un "trouble somatoforme indifférencié avec amplification des plaintes" ou d'une forme "d'hystérisation secondaire" et à une capacité de travail entière de l'assuré, au plus tard 6 mois après l'accident. Sur la base de cette expertise, B.\_\_\_\_\_ a rendu une décision du 27 décembre 2007 mettant un terme à ses prestations avec effet immédiat (soit au 30 novembre 2007), confirmé par décision sur opposition du 7 octobre 2008.

**C.** Dans le cadre de l'instruction de la demande AI, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) s'est adressé à la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui avait vu l'assuré le 15 février 2008. La Dresse Z.\_\_\_\_\_

a rendu un rapport du 7 mars 2008, relevant les diagnostics consécutifs à l'accident et avec effet sur la capacité de travail de syndrome de stress post-traumatique, de trouble dépressif et anxieux généralisé et de rachialgies diffuses avec sciatalgie gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec séquelles de maladies de Scheuermann et dysbalances musculaires. Elle a jugé nulle la capacité de travail de son patient dans son activité habituelle dès le 4 décembre 2006 et pour une durée prolongée.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, traitant l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, a rendu un rapport à l'OAI le 20 mars 2008, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes somatiques (F32.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Il a également relevé les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux persistant et d'hypertension artérielle. Il a jugé nulle la capacité de travail de son patient du 4 décembre 2006 au 4 juin 2007, ainsi que dès le 28 janvier 2008, pour une durée indéterminée, et a émis un pronostic plutôt réservé.

Le 26 mars 2008, l'assuré s'est présenté auprès de l'OAI pour un entretien d'évaluation, duquel il est ressorti qu'il ne s'estimait pas en état de travailler, ni d'entreprendre des mesures d'intervention précoces en raison de son état de santé.

Le 28 mai 2008, T.\_\_\_\_\_, SA a rempli un questionnaire de l'OAI, y indiquant que l'assuré avait fait une tentative de reprise du travail le 26 novembre 2007, qui s'était soldée par un échec. Il n'avait pas repris son activité autrement depuis le jour de l'accident.

Le 18 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient pour l'heure pas possibles, en raison de son état de santé, et que son droit à une éventuelle rente serait examiné.

Le 18 novembre 2008, le Dr N.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), constatant les contradictions existant entre l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_, et celle du Dr M.\_\_\_\_\_, ainsi que la présence d'un trouble somatoforme, a relevé la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique au centre d'expertise médicale R.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : Centre R.\_\_\_\_\_). Le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que Mme P.\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, du Centre R.\_\_\_\_\_, ont rendu leur rapport le 15 juin 2009, suite à une expertise multidisciplinaire réalisée les 16 décembre 2008 et 26 mai 2009. Ces médecins ont retenu comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé, le diagnostic de lombosciatalgies droites sans syndrome radiculaire déficitaire sur discopathie importante L5-S1 (existant depuis 2006) et comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont exposé ce qui suit dans leur appréciation consensuelle du cas :

"Sur le plan somatique, les constatations objectives sont pauvres, les facteurs d'exagération manifestes, il reste tout au plus des images radiologiques, notamment une discopathie dégénérative L5-S1 relativement importante. Considérant celles-ci, une adaptation du poste de travail serait souhaitable, soit une limitation dans le soulevé des poids : pas plus de 15 kg non répétitif, les bras proches du corps, qui accepterait de fréquents changements de positions, qui ne l'obligerait ni aux flexions répétées et importantes du tronc, ni aux accroupissements, ni aux positions inconfortables. Dans le respect de ces limitations, la capacité de travail serait complète avec un rendement de 100 %.

Nous ne connaissons pas la définition du dernier poste de travail de chef d'équipe, mais on peut supposer que cette activité était adaptée.

Sur le plan psychique, l'expertisé se présente comme une personnalité évitante et fruste, avec peu de ressources intrapsychiques, figée dans une position de victime. Aucun traitement n'a permis un changement.

[...]

Dans le cadre de l'expertise présente, le rhumatologue mentionne la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell et de non collaboration manifeste.

Les taux sanguins de Carbamazépine et Tramadol ne sont pas très élevés pour quelqu'un qui se plaint beaucoup de douleurs. Par ailleurs dans le cadre d'un épisode dépressif décrit comme sévère par le psychiatre traitant, ainsi que d'un état de stress post-traumatique, on s'attendrait à une médication un peu plus

conséquente que seulement 10mg de Citalopram, surtout chez un obèse présentant un BMI à 40. On peut aussi se poser la question d'une hospitalisation lors d'un diagnostic de dépression d'une telle sévérité.

[...]

Lors des tests neuropsychologiques, l'assuré a surtout montré un comportement démonstratif et une collaboration très restreinte, mais aucun signe anxieux, par contre de nombreux soupirs et un ralentissement habituellement pas observé dans ce type de situation. Par ailleurs on relève des incohérences qui ne peuvent qu'être mis en relation avec des facteurs d'exagération et de mauvaise collaboration.

En cours d'examen, nous n'avons pas observé de crise anxieuse, aucune attaque de panique, aucun signe neurovégétatif, l'assuré était loquace et cherchait à convaincre de l'importance de ses symptômes.

Les plaintes subjectives ne peuvent ainsi pas être validées par l'observation. Cette constatation est concordante avec les observations précédentes.

De la même manière, nous ne pouvons pas étayer le diagnostic d'état de stress post-traumatique qui est essentiellement anamnestique. Par ailleurs, il est inhabituel que ce type de syndrome se développe après un accident de gravité faible à moyenne, de surcroît avec un stress unique et ponctuel comme un accident de la route, et [qui] plus est lorsqu'il y a eu évanouissement.

Le diagnostic de trouble somatoforme a été précédemment posé, nous retenons également celui-ci. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique sévère associée, les relations sociales sont essentiellement familiales, mais présentes. Associé à ce trouble il y a par contre une tendance nette à l'amplification.

En conclusion, nous avons aucun élément objectif qui permettrait de reconnaître une incapacité de travail partielle ou totale, ou même de diminution de rendement."

Cette expertise a été soumise au SMR pour appréciation. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a ainsi rendu un rapport du 9 juillet 2009, faisant sien le diagnostic de lombosciatalgies droites sans syndrome radiculaire déficitaire sur discopathie importante L5-S1 depuis 2006 et retenant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 6 décembre 2006, respectivement une capacité de travail pleine et entière dans toute activité adaptée à l'état de santé de l'intéressé, soit ne nécessitant ni position du tronc tenue en porte-à-faux, ni flexion-rotation répétées du tronc, ni accroupissement, et permettant d'alterner les positions. S'agissant de l'exigibilité de l'activité habituelle, le Dr W. \_\_\_\_\_ a précisé que le SMR s'écartait des conclusions du Centre R. \_\_\_\_\_ au motif que la profession de maçon dans une entreprise de construction et/ou de travaux publics n'était pas adaptable au sens entendu par les experts.

L'OAI souhaitant déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle de l'assuré, ce dernier a été invité à suivre un stage de trois mois au centre [...] de l'U.\_\_\_\_\_ (ci-après : U.\_\_\_\_\_), dès le 4 janvier 2010. A l'occasion d'un bilan intermédiaire effectué le 7 janvier 2010, le centre U.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI du fait que l'assuré s'était plaint de douleurs et de dépression dès le premier jour de stage. Suite à la réception de deux certificats médicaux établis les 7 et 8 janvier 2010, l'un par le Dr H.\_\_\_\_\_, du Centre F.\_\_\_\_\_, l'autre par le Dr M.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail totale de leur patient de 3 mois dès janvier 2010, l'OAI a mis un terme à la mesure et relevé la nécessité de réinterroger les médecins traitants de l'assuré, afin de faire réévaluer la situation médicale par le SMR (rapport intermédiaire du 14 janvier 2010).

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a remis à l'OAI un rapport du 1<sup>er</sup> février 2010 considérant cette fois que le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dont souffrait l'assuré avait un effet sur sa capacité de travail. Il a émis un pronostic défavorable et évalué l'incapacité de travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006 et pour une durée indéterminée. Il a précisé qu'une réadaptation professionnelle était contre-indiquée. Il a renvoyé à un rapport du 15 janvier 2010 rendu dans le cadre d'un litige avec B.\_\_\_\_\_ dont la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois avait été saisie entre-temps. Il y avait précisé que l'intéressé présentait tous les éléments d'un état dépressif important, notamment un affect triste, des crises d'angoisse, un manque de confiance en soi, des idées de ruine, une baisse de la libido, des troubles du sommeil, des manifestations somatiques (palpitations, oppressions, mictions fréquentes et ballonnements) ainsi que des ruminations sur sa mort, qu'il continuait par ailleurs à avoir des rêves répétitifs concernant l'événement accidentel du 4 décembre 2006, ainsi que des flashes. Il avait relevé que le syndrome douloureux était très prononcé, le recourant ayant "énormément de peine à se déplacer". S'agissant des remarques figurant dans le rapport établi le 15 juin 2009 par le Centre R.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a répondu qu'il estimait que le traitement entrepris était tout à fait adéquat - le fait que l'intéressé fût obèse, ce qui n'était d'ailleurs pas tout à fait le cas, ne

changeant à son sens pas grand-chose au dosage de la médication -, et qu'une hospitalisation n'était pas indiquée, l'assuré étant bien entouré à domicile. Selon le psychiatre traitant, les experts avaient sous-estimé l'importance de la symptomatologie, et n'avaient en outre pas pris en considération le fait que les critères de Förster étaient largement réalisés, puisqu'il s'agissait d'une situation chronique, sans évolution depuis plusieurs années, et que l'intéressé vivait en vase clos, pratiquement coupé de toute relation sociale.

Le Dr H.\_\_\_\_\_, qui suivait l'assuré depuis le mois de décembre 2007, a également relevé, dans un rapport du 7 février 2010, le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif et a ajouté les diagnostics de fibromyalgie, de psoriasis (diagnostic n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail selon le Dr M.\_\_\_\_\_ et la Dresse Z.\_\_\_\_\_) et d'insomnie. Concernant l'activité habituelle de l'assuré, il a fait état d'une "restriction totale physique et psychique en raison des graves problèmes de santé."

Dans un courrier adressé à la Caisse C.\_\_\_\_\_ le 3 mars 2010, le Service de Médecine de l'Hôpital L.\_\_\_\_\_, a expliqué - en référence aux remarques formulée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 décembre 2007 et par le Centre R.\_\_\_\_\_ dans son expertise concernant les taux sériques des médicaments pris par l'assuré - que la prise concomitante de TégrétoI (Carbamazépine) pouvait abaisser les concentrations plasmatiques de certains médicaments, en particulier le Tramadol, le Citalopram (CipraleX) et l'Alprazolam (Xanax), ce qui pouvait expliquer le caractère non détectable des taux sériques en cause.

Le SMR a retenu, dans un avis du 27 avril 2010, que le rapport médical du Dr M.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2010 ne faisait pas état de fait nouveau depuis 2006 sur le plan psychiatrique et qu'il n'y avait donc pas lieu de modifier les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible mentionnées dans le rapport d'examen du SMR du 9 juillet 2009.

**D.** La Cour des assurances des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a rendu un arrêt le 2 juin 2010 (AM 75/08 - 22/2010) dans le cadre du litige opposant l'assuré à B.\_\_\_\_\_, portant sur le droit à des indemnités journalières pour perte de gain de la part de la caisse intimée au-delà du 30 novembre 2007. La Cour a retenu, sur la base de l'expertise du Centre R.\_\_\_\_\_ du 15 juin 2009, une capacité nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ceci sur le plan somatique (consid. 4a et b). Sur le plan psychiatrique, la Cour a considéré ce qui suit (consid. 4c) :

"On observera que cette solution s'impose également au regard de l'incapacité de travail résultant des troubles psychiques présentés par le recourant. En effet, l'instruction de la cause a tout d'abord permis de répondre au grief de l'intimée tenant au constat de l'absence de prise en charge de l'assuré par des spécialistes avant que soit consulté le médecin psychiatre traitant M.\_\_\_\_\_, en janvier 2008. Ainsi, la thérapeute familiale Nessi a attesté avoir pris l'assuré en consultation en septembre 2007 dans le cadre du soutien offert en application de la LAVI et, à défaut d'amélioration de l'état de santé, respectivement de diminution des symptômes de stress post-traumatique, avoir renvoyé l'intéressé à la consultation d'un médecin psychiatre, soit en l'occurrence le Dr M.\_\_\_\_\_, lequel retiendra et motivera à plusieurs reprises une incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique durant la période litigieuse, suivi à cet égard dans ses conclusions par la Dresse Z.\_\_\_\_\_. L'autre grief de l'intimée, tenant au constat de l'absence de traitement médicamenteux par le Dr Q.\_\_\_\_\_, a quant à lui trouvé réponse dans les explications produites le 29 mars 2010 par le Service de médecine de l'Hôpital L.\_\_\_\_\_, expliquant le caractère non détectable de la concentration plasmique de médicaments psychotropes par la prise concomitante de carbamazépine."

L'OAI a rendu un projet de décision le 24 juin 2010 dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, se fondant sur le rapport d'expertise du Centre R.\_\_\_\_\_ du 15 juin 2009. Pour déterminer le préjudice économique et le degré d'invalidité de l'assuré, l'OAI a retenu que ce dernier aurait pu obtenir un revenu de 69'800 fr. en poursuivant son activité de maçon. Comparé au salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, selon les enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique - qui, adapté à 2007, se portait à 59'197 fr. - et compte tenu d'un abattement de 10 %, il en est résulté un revenu d'invalidé de 54'130 fr. Le degré d'invalidité s'élevait ainsi à 22 %, ce qui ne donnait pas droit à une rente.

L'assuré a fait part à l'OAI de ses objections le 8 juillet 2010. Il a notamment relevé que sa situation psychique et somatique l'empêchait toujours d'exercer quelque activité lucrative que ce soit, renvoyant à cet égard au considérant 4c de l'arrêt précité, qui, selon lui, faisait clairement état d'une incapacité de travail invalidante, résultant notamment de ses troubles psychiques.

Le SMR a retenu, dans un avis médical du 2 septembre 2010, que l'arrêt en question ne comportait aucun élément nouveau sur le plan médical. L'OAI a confirmé, par décision du 23 mars 2011, son projet du 24 juin 2010.

**E.** Par acte du 21 avril 2011, V.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007 (compte tenu du délai d'attente d'un an prévu par l'art. 29 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20], dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il reproche en substance à l'autorité intimée d'avoir fondé sa décision uniquement sur le rapport du Centre R.\_\_\_\_\_ du 15 juin 2009 - lacunaire selon lui - et d'avoir omis de tenir comptes des constatations du Dr M.\_\_\_\_\_ et de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ (rapports des 13 février, 20 mars et 28 octobre 2008, respectivement rapport du 27 février 2008), qu'il n'y aurait au demeurant pas lieu de considérer comme médecins traitants et ne seraient ainsi pas soumis à la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral relative à la force probante de rapports rédigés par de tels médecins. Le recourant soutient également que la Cour de céans a déjà eu l'occasion de se prononcer sur son incapacité de travail dans son arrêt du 2 juin 2010, retenant une atteinte psychique incapacitante. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique) afin de déterminer sa capacité de travail exigible.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juin 2011, l'OAI a confirmé sa décision du 23 mars 2011 et conclu au rejet du recours.

Le recourant a confirmé ses conclusions par courrier du 28 juin 2011.

**F.** La mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique a été confiée au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Du rapport produit le 14 novembre 2011 par cet expert, on extrait ce qui suit :

"Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble anxieux et dépressif mixte et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

- Trouble anxieux et dépressif mixte

La CIM-10 définit une catégorie diagnostique de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) pour la situation clinique où il y a à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Il s'agit par conséquent de situations où les éléments anxieux et dépressifs sont tout au plus légers.

Pour qu'on puisse poser ce diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, le tableau clinique doit encore être associé à des symptômes neurovégétatifs (tremblements, gêne épigastrique, palpitations, sécheresse buccale, etc.).

Dans le cas présent, l'assuré rapporte des symptômes dépressifs, sachant aussi qu'il répond ordinairement de façon positive au registre de plaintes qui lui sont proposées. Il est dès lors difficile de trier le bon grain de l'ivraie. Le clinicien doit en fait se référer plus à ce qui est observé qu'à ce qui est rapporté par l'intéressé.

Dans les faits, M. V. \_\_\_\_\_ n'apparaît pas comme manifestement déprimé. Il n'a pas les stigmates somatiques objectifs (ralentissement, diminution de l'activité psychomotrice) de dépression. S'il se plaint de troubles attentionnels et mnésiques, il se montre remarquablement efficace dans les deux entretiens. Il connaît extrêmement bien son dossier. Il se souvient des détails de certains rapports médicaux et les amène à propos le moment voulu. Il n'y a objectivement aucun trouble attentionnel ou mnésique tant par rapport aux faits passés qu'à ceux qui étaient directement en rapport avec l'évaluation et ses circonstances.

Considérant ces éléments et ce qu'il a pu lire au dossier, le soussigné admet des symptômes dépressifs de peu de sévérité, sans plus. Il admet des éléments anxieux qui n'ont pas la gravité d'un trouble anxieux spécifique. Il prend aussi acte de plaintes du registre neurovégétatif (instabilité, vertiges, palpitations, sudations, entre autres choses).

Au vu de ce qui précède, il est justifié de retenir ici un trouble anxieux et dépressif mixte, conformément à la définition qu'en donne la CIM-10.

- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques

Sous le code F68.0, la CIM-10 décrit une entité diagnostique appelée majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qu'elle classe dans le chapitre général des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte et dans le même sous-chapitre que les troubles factices. Le trouble est assimilé à l'ancienne terminologie de névrose de compensation.

Les critères diagnostiques du trouble impliquent un point de départ corporel. Il s'agit d'un trouble, d'une maladie ou d'une incapacité du domaine somatique. Les symptômes physiques sont par la suite amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble somatique initial. Cette majoration survient dans le contexte de facteurs psychologiques identifiables. La CIM-10 en désigne trois :

- la crainte manifeste de handicap ou de la mort
- la possibilité d'une compensation financière
- la déception par rapport à la qualité des soins médicaux

Plusieurs auteurs ont étendu la notion de compensation aux aspects relationnels des symptômes, en interprétant la demande de réparation ou de reconnaissance comme un moyen de communiquer autre chose que la simple recherche d'une compensation financière. Cette interprétation des plaintes veut intégrer l'aspect relationnel et interactif du comportement de ces patients difficiles. Elle veut ouvrir des voies de prise en soins pluridisciplinaires incluant des approches, non seulement médicales, mais encore sociales et professionnelles

Dans le cas présent, on a effectivement la situation d'un point de départ corporel, sachant qu'on peut admettre la contusion cervicale et, tout au départ, les douleurs ordinaires, transitoires et parfois généralisées qu'on observe fréquemment après certains accidents de circulation et qui disparaissent dans les jours qui suivent.

Ces symptômes physiques ont été ici amplifiés et excessivement prolongés par rapport au traumatisme initial. Ils sont manifestement en discordance avec les bases organiques objectives.

[...]

Actuellement, le comportement de l'assuré semble essentiellement fondé par un besoin de reconnaissance et de compensation. M. V. \_\_\_\_\_ dit qu'il veut que ses droits soient respectés. Il dit qu'il veut redevenir comme avant.

Le tableau clinique actuel correspond à ce qu'on appelait la névrose de rente, de revendication ou de compensation dans la terminologie des années 1980. Ce tableau clinique est aujourd'hui répertorié dans la CIM-10 sous l'entité de majoration de symptômes pour physiques [sic] pour des raisons psychologiques. Pour le soussigné, elle décrit mieux la présentation de l'assuré que des entités cliniques du chapitre des troubles somatoformes.

[...]

- Exclusion d'un épisode dépressif

En étant quelque peu critique par rapport aux plaintes émises par l'assuré, il n'y a pas les critères d'un véritable épisode dépressif. Les symptômes cardinaux (tristesse, fatigue, perte d'intérêt) n'ont finalement pas de caractère permanent, si le questionnement est repris avec soin. Il n'y a pas les critères de sévérité que seraient des idées suicidaires récurrentes, la culpabilité pathologique et des éléments psychotiques. Il n'y a pas des signes objectifs de dépression tels que le ralentissement et la diminution de l'activité psychomotrice.

Il n'est pas exclu que l'assuré ait présenté de temps à autre un abaissement thymique qui a rejoint les critères d'un épisode dépressif. Le soussigné est pourtant persuadé que le trouble n'a jamais été sévère sur la durée. On en retrouve d'ailleurs pas des traces objectives au dossier.

[...]

- Exclusion d'un état de stress post traumatique

L'état de stress post traumatique est un trouble psychiatrique qui survient après un facteur de stress habituellement sévère et qui a un caractère exceptionnel. Il a une présentation clinique typique faite d'intrusions continuelles, de conduites d'évitement et d'hyperactivation neurovégétative.

Dans le cas présent, le facteur de stress ne peut certainement pas être qualifié de sévère et d'exceptionnel. Il s'agit d'un accident de peu de gravité. Le rapport de police ne relate pas de blessés. L'accident n'a rien eu de spectaculaire. Le caractère exceptionnel du facteur de stress ne saurait dès lors être admis.

Pour le reste, la recherche minutieuse d'intrusions continuelles (cauchemars, flash back) n'a pas été contributive. Il n'y a pas de conduites d'évitement en rapport avec l'accident. Il n'y a pas d'hyperactivation neurovégétative. La présentation clinique générale de M. V. \_\_\_\_\_ n'est d'ailleurs pas celle d'un état de stress post traumatique. Le soussigné est formel sur ce point.

- Exclusion d'un trouble somatoforme

Dans la mesure où l'assuré a des plaintes d'allure somatique sans base organique probante, on peut envisager ici un diagnostic de trouble somatoforme. On pourrait par exemple noter un syndrome douloureux somatoforme persistant, sachant que les douleurs dominent tout de même le tableau clinique. On pourrait noter le trouble somatoforme indifférencié, à l'instar de l'expert Q. \_\_\_\_\_, sachant que les douleurs ne sont pas les seules plaintes somatoformes de l'assuré.

Le soussigné admet que le diagnostic différentiel entre trouble somatoforme et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est ouvert dans ce cas. Il a pourtant préféré retenir la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques pour souligner les éléments de recherche de compensation et de reconnaissance de l'intéressé, sachant qu'ils sont ici particulièrement marqués.

La détresse ordinairement requise pour un diagnostic de trouble somatoforme n'est par ailleurs pas manifeste ici. Le tableau clinique de l'assuré n'a pas des caractéristiques qui font qu'il touche véritablement l'examineur, même s'il y a une souffrance indéniable.

- Exclusion d'un trouble de la personnalité

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.

[...]

Sachant qu'un trouble anxieux et dépressif mixte est, par définition, en dessous du seuil d'un trouble anxieux spécifique et d'un épisode dépressif typique, il est bien évident qu'on ne saurait le corrélérer à de quelconques limitations psychiatriques significatives et à une incapacité de travail en conséquence.

[...]

Alors qu'on admet que dans l'hystérie et les troubles somatoformes, la production de symptômes serait involontaire et inconsciente, la chose est moins bien établie dans la majoration de symptômes physiques pour des raisons

psychologiques. Les symptômes visent à obtenir une reconnaissance et une compensation. Ils relèvent d'un certain contrôle conscient, bien qu'on ne soit pas vraiment dans le champ de ce que désigne la simulation.

[...]

Pour tous ces motifs, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne saurait être associée à une incapacité de travail significative. Rien n'indique que le cas de M. V. \_\_\_\_\_ soit une exception à cette règle.

Pour le cas où l'on voudrait tout de même retenir un trouble somatoforme, quel qu'il soit, il faudrait prendre en compte le fait qu'il n'y aurait pas ici de comorbidité psychiatrique grave et incapacitante en soi compte tenu de ce qui a été rapporté pour le trouble anxieux et dépressif mixte.

L'assuré n'est pour le reste pas isolé. Il garde des liens dans sa communauté religieuse. Il conserve des liens avec ses enfants et ses petits-enfants. Il garde de bonnes capacités relationnelles. Il communique tout à fait normalement. On ne saurait dès lors admettre qu'il y ait perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

On pourrait aussi admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de M. V. \_\_\_\_\_ durent maintenant depuis des années. On pourrait aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertisé bénéficiant des soins adéquats compte tenu du type de trouble qu'il présente. Pour le soussigné, la présentation clinique de l'assuré relève néanmoins bien plus d'un comportement anormal de malade que d'une malade stricto sensu.

La présentation de l'assuré V. \_\_\_\_\_ vaut indiscutablement pour une certaine chronicité. Le soussigné n'admet pourtant pas que l'état de l'intéressé soit fixé et cristallisé. M. V. \_\_\_\_\_ a des ressources. Il gère sa situation actuelle. Il sait anticiper ce qui se passerait, s'il n'avait pas droit à des prestations. Il a su modeler sa relation avec l'expert tout au cours des deux consultations. Pour le soussigné, l'expertisé V. \_\_\_\_\_ n'a pas la présentation clinique des troubles somatoformes gravissimes dont on sait que rien ne change quoi qu'il se passe. L'intéressé garde des ressources conséquentes et les a montrées en consultation.

[...]

Pour des motifs qu'il a développés plus haut et en considérant également ce qui doit l'être lors de trouble somatoforme ou de trouble apparenté et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné n'est pas légitimé à retenir ici une quelconque incapacité de travail.

Sur le plan médico théorique, l'assuré devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à ce que décrit la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer de plus dans ce cas.

Sur le plan professionnel on ne voit pas ce qui pourrait être suggéré pour un assuré qui se vit comme totalement incapable de travailler et qui n'a aucune demande à réintégrer le monde ordinaire du travail.

Sur le plan psychiatrique, la pathologie est finalement mineure et le pronostic pour ce qui relève de troubles mentaux stricto sensu n'est pas nécessairement mauvais."

Constatant que l'expert ne retenait aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique, l'OAI a maintenu ses conclusions par acte du 5 décembre 2011.

Le 16 janvier 2012, le recourant a produit un nouveau rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ établi le 13 janvier 2012, relevant que l'exposition au stress, la recherche de travail et l'exercice d'une activité professionnelle risquaient de mener le recourant - en l'état stable et peu symptomatique du fait d'un mode de vie non exposé au stress - à une décompensation importante, avec aggravation nette de son état dépressif. Le recourant en a conclu que cette appréciation ne pouvait mener qu'à exclure toute capacité de travail exigible. Il a demandé à la Cour de céans de bien vouloir interpeller le Dr G. \_\_\_\_\_ en l'invitant à indiquer si une recherche d'emploi et, le cas échéant, une reprise d'activité pouvait aboutir à une décompensation psychique incapacitante.

Interrogé sur le sujet, le SMR a rendu un avis du 24 janvier 2012 relevant qu'il n'y avait pas d'arguments solides contre la nécessité de réinterroger l'expert, se posant toutefois la question de la pertinence de prendre en compte de simples risques d'empêchements. L'OAI s'est déterminé le 2 février 2012, estimant qu'à son avis, l'expert n'aurait pas, dans son rapport du 14 novembre 2011, conclu que le recourant devait être à même de surmonter les symptômes présentés et de réintégrer le monde du travail en plein dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques, s'il avait pu déceler l'existence d'un tel risque de décompensation. Il en a conclu qu'un complément d'expertise ne semblait pas nécessaire.

**H.** Le 2 mai 2011, le juge instructeur a accordé au recourant l'assistance judiciaire avec effet au 7 avril 2011, dans le sens d'une exonération d'avances, l'astreignant au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr., et lui a désigné Me Gilles-Antoine Hofstetter comme avocat d'office.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). 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 a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il 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). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question du droit aux prestations de l'AI au regard de la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé.

**3. a)** Selon le droit fédéral, 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 art. 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 al. 1 LPGA).

En vertu de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit 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 être raisonnablement 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.

**b)** L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins, la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité (art. 28 et 29 LAI). L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**c)** Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en

soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3 ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, 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 ; 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 ; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**d)** Enfin, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**4.** En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du Centre R.\_\_\_\_\_ du 15 juin 2009 pour nier tout droit à une rente du recourant, au motif que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte sur le plan somatique. Une incapacité de travail sur le plan psychiatrique n'a pas été retenue. Le recourant, se référant notamment aux appréciations de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ et du Dr M.\_\_\_\_\_, conteste cette appréciation, estimant qu'il résulte des avis de ces médecins que son incapacité de travail est totale depuis le jour de l'accident (soit le 4 décembre 2006), en raison de troubles sur les plans tant somatique que psychique.

**a)** Sur le plan somatique, le Dr J.\_\_\_\_\_, de la CNA, a conclu, dans son rapport du 6 juin 2007, que le recourant avait vraisemblablement "tout au plus" présenté, suite à son accident, une contusion cervicale simple, atteinte ayant entièrement et largement cessé de déployer ses effets, en termes de capacité de travail, six mois après l'accident, respectivement au plus tard à la date de son rapport. Le recourant ne conteste pas cette appréciation, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur les conséquences somatiques de l'accident. Il y a par ailleurs lieu de reconnaître, ce que l'OAI ne conteste pas, des atteintes somatiques d'origine dégénérative, documentées notamment par des radiographies de juin et de décembre 2006 et confirmées par la Dresse Z.\_\_\_\_\_ (rapports du 7 mars 2008) - qui n'a toutefois pas précisé la diminution de la capacité de travail induite par ces seules affections somatiques -, ainsi que par le Centre R.\_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise. Ceci a conduit le SMR à admettre les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc, possibilité d'alterner les positions, pas d'accroupissement ; il en a déduit qu'une incapacité totale dans l'activité habituelle pouvait être retenue, s'écartant sur ce point de l'avis des experts du Centre R.\_\_\_\_\_.

Dans la mesure où l'appréciation des experts du Centre R.\_\_\_\_\_, s'agissant spécifiquement des atteintes sur le plan somatique, n'est remise en cause par aucune pièce versée au dossier, ni véritablement contestée par le recourant, et dans la mesure où dite appréciation remplit par ailleurs toutes les exigences requises pour se voir reconnaître pleine valeur probante, il y a lieu de retenir que la capacité de travail du recourant est réputée nulle dans son activité habituelle à compter du mois de décembre 2006, en raison des seules atteintes somatiques à sa santé, mais entière dans une activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu et motivé à plusieurs reprises une incapacité totale de travail, suivi à cet égard dans ses conclusions par la Dresse Z.\_\_\_\_\_. Ils ont tout deux fait état de syndrome de stress post-traumatique et d'épisode dépressif

sévère. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a de plus ajouté un trouble somatoforme douloureux persistant au chapitre des diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Le Centre R.\_\_\_\_\_ a rejeté les deux premiers diagnostics, admettant le trouble somatoforme douloureux, mais - notant l'absence de comorbidité psychiatrique sévère associée - a retenu que ce dernier n'avait pas non plus d'influence sur la capacité de travail du recourant.

Il y a lieu de relever ici que la Cour des assurances sociale du Tribunal cantonal vaudois, dans son arrêt du 2 juin 2010, ne s'est pas véritablement prononcée sur la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, contrairement à ce que prétend ce dernier. En effet, est examinée dans cet arrêt la question de l'incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle en rapport avec son droit aux indemnités journalières de l'assurance-maladie perte de gain. La Cour s'est contentée de donner réponse aux griefs du recourant concernant des points précis de l'examen de sa situation médicale (prise en charge par des spécialistes avant le Dr M.\_\_\_\_\_ et traitement médicamenteux), sans se prononcer sur l'existence avérée ou non d'une incapacité totale de travail sur un plan psychiatrique, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, l'examen de cette question n'étant pas pertinent au regard de l'objet du litige dont elle était saisie.

Dans son rapport d'expertise judiciaire, le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Le Dr M.\_\_\_\_\_ n'a par ailleurs pas contesté les conclusions de cet expert, ne retenant plus que le risque d'une décompensation importante inhérent à la reprise d'une activité, avec aggravation nette de l'état dépressif du recourant, pour justifier l'incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique qu'il retient. Le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a cependant nullement fait état d'un risque de décompensation important, considérant que le recourant devait être à même de surmonter les symptômes présentés et de réintégrer le monde du travail dans une activité adaptées aux limitations fonctionnelles. L'expert s'étant ainsi clairement prononcé, la Cour de céans ne voit pas la nécessité de le réinterroger.

Le rapport d'expertise judiciaire du Dr G. \_\_\_\_\_ se fonde sur un examen clinique et repose sur une anamnèse détaillée ainsi qu'une analyse approfondie des plaintes du recourant et du dossier constitué. Il explique clairement et de manière suffisamment motivée en quoi il s'écarte des diagnostics divergents des Dr M. \_\_\_\_\_ et de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ et pourquoi il ne retient aucune autre entité clinique. Clair et complet, il satisfait ainsi aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (consid. 3c supra). Il y a lieu de rappeler ici que l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Les rapports produits par le recourant n'amènent pas d'arguments susceptibles de remettre en doute les conclusions de l'expert, de sorte que ces dernières emportent la conviction. C'est ainsi qu'il importe peu que la Dresse Z. \_\_\_\_\_ et le Dr M. \_\_\_\_\_ doivent être ou non considérés comme médecins traitants. En définitive, une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique doit être retenue.

**d)** Cela étant, on observe que l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'OAI ne prête pas le flanc à la critique, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté. A cet égard, l'autorité intimée s'est fondée à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son licenciement. La comparaison des revenus avec et sans invalidité est correcte (art. 16 LPG) et l'abattement de 10 % opéré sur le salaire statistique n'est pas critiquable. Le degré d'invalidité de 22 % finalement retenu étant inférieur au taux minimum légal de 40 % ouvrant le droit à une rente (art. 28 LAI), la décision attaquée rendue dans ce sens le 23 mars 2011 est pleinement justifiée.

**e)** Des considérants qui précèdent, il résulte que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande de prestations formée par le recourant et les griefs formulés par ce dernier doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**5.** 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

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

Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) –, le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, qu'il y a lieu de prendre en compte à partir du 7 avril 2011, soit pour un total de 9h45. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (180 fr./heure), et d'y ajouter les débours, par 70 fr. 20, et la TVA, ce qui représente un montant total de 1'971 fr. 20. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 mars 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Gilles-Antoine Hofstetter, conseil du recourant, est arrêtée à 1971 fr. 20 (mille neuf cent septante et un francs et vingt centimes), TVA comprise.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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 :