

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 février 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Monod et Bidiville, juges assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 17 LPG, 28 LAI

E n f a i t :

A. a) M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1952, a travaillé en qualité d'aide-monteur de pipeline. Il a déposé le 23 janvier 1996 une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant souffrir de lombalgies.

Dans un rapport du 3 mars 1997, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin-conseil pour le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité [...], a écrit ce qui suit :

" M. M. _____ est un [ressortissant] portugais de 45 ans, peu scolarisé, sans formation professionnelle, qui a travaillé dans son adolescence dans une fabrique de meubles. Il a aussi travaillé dans le génie civil en particulier en [...]. Il vient en Suisse en [...], et travaille toujours dans la même entreprise, comme aide-monteur de conduites de gaz. C'était un travail lourd. Il a eu une incapacité de travail de sept mois en 93 et de nouveau d'un mois en octobre 95. Il ne travaille plus depuis le 10 janvier 96. Il a été licencié en mars 96. Il n'a pas eu de reprise d'un travail quel qu'il soit depuis lors.

Antécédents médicaux :

L'arrêt de travail de 93 se fait en raison de lombalgies chroniques, persistantes. Elles s'améliorent dans un premier temps, par des traitements de repos, de médicament et de physiothérapie, mais récidivent en 1995 et deviennent chroniques, résistantes au traitement. Il n'y a pas de syndrome radiculaire, irritatif ni déficitaire. Ces douleurs sont diurnes et s'améliorent en position couchée. Petit à petit s'installe à côté de ces lombalgies un syndrome douloureux généralisé, qui touche le dos, les hanches, les chevilles, les talons, les coudes. Il se plaint de brûlures des pieds lorsqu'il est au lit, ce qui entraîne des troubles du sommeil. La marche est limitée à une heure par une augmentation des talalgies et des douleurs du dos. M. M. _____ a, par ailleurs, un psoriasis (psychologiquement mal supporté parce qu'il en a honte) et des tremblements des mains. [...]

[...] les rhumatologues de [...] en décembre 1995 [...] retiennent le diagnostic de lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs, d'épicondylalgies G , de psoriasis cutané et du cuir chevelu. Le médecin traitant, le Dr A.W. _____, y ajoute le diagnostic de tabagisme chronique et de probables troubles somatoformes douloureux.

Discussion :

[...]

Sur le plan médical, M. M. _____ a eu d'abord des lombalgies basses, d'abord intermittentes puis chroniques, avec d'occasionnelles irradiations sciatalgiques. Par la suite, sont apparues des douleurs diffuses du tronc et des membres, des talalgies, des sensations de

brûlure des pieds, des troubles du sommeil, une dystonie neurovégétative et un état dépressif et régressif qui font évoquer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Nous pensons que ce diagnostic peut être retenu.

Il a aussi été observé, pendant le stage, une dégradation de l'état de cet homme, de plus en plus sombre et déprimé [...].

Enfin, cet homme a un psoriasis. Il semble que les douleurs de l'appareil locomoteur ne lui sont pas liées, mais plutôt à des troubles dégénératifs. En raison surtout de son état dépressif, M. M. _____ s'est montré à l'atelier hors du contexte, préoccupé, de plus en plus sombre au fil du temps.

Cet ensemble symptomatique est d'un pronostic très défavorable, à la fois sur le plan médical (où l'on s'attend à une chronicité des symptômes et une résistance aux traitements) et sur le plan psychiatrique (où l'état dépressif va très probablement persister, très vraisemblablement inaccessible à un traitement psychothérapeutique). La conséquence logique est qu'il ne faut pas attendre d'amélioration sur le plan médical et donc pas non plus sur celui de la capacité de travail, quel que soit le type d'activité ".

Dans une expertise du 26 janvier 1999 réalisée à la demande de l'OAI, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies chroniques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs lombaires, dysbalances musculaires étagées, anomalie transitionnelle lombo-sacrée, et probable instabilité segmentaire lombaire basse, ainsi que comme comorbidités une possible hypertension artérielle labile, et un probable état dépressif réactionnel. Il a écrit ce qui suit :

" **Plaintes :**

Dès 1992, parallèlement au diagnostic de psoriasis, apparition de lombalgies mécaniques, évoluant progressivement vers une totalgie, différents examens et hospitalisations n'ayant pas réussi à mettre en évidence une problématique inflammatoire primitive (rhumatisme psoriasique). Dans ce contexte, développement progressif de troubles du sommeil avec aboulie, raideur et fatigue matinale, sonophobie ancienne, se complétant d'un état d'angoisse chronique, d'un retrait social, de frustration majeure sur les plans sexuels et fonctionnels. Monsieur M. _____ n'a pas été capable d'adopter la moindre stratégie de coping. Il a fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique.

[...]

Discussion :

Il s'agit d'un patient de 47 ans, manœuvre lourd, présentant une symptomatologie rachidienne douloureuse, anamnesticquement et cliniquement en faveur d'une instabilité lombaire basse, corrélé radiologiquement à une probable instabilité segmentaire lombaire, se complétant d'une anomalie transitionnelle lombo-sacrée. En terme de capacité médicale exigible, il est certain que ces trouvailles

organiques, indépendamment de l'aspect psychologique du problème contre-indiquent de façon définitive un travail de manœuvre lourd. Les acquisitions les plus récentes de la littérature spécialisée montrent, qu'hormis les troubles dégénératifs et l'instabilité segmentaire probable, l'anomalie transitionnelle que présente Monsieur M. _____ rentre en ligne de compte non pas en terme de survenue de la lombalgie, mais beaucoup plus en terme de tolérance à celle-ci.

Ces constatations, par ailleurs, n'empêchent nullement, toujours sur au plan organique, la mise en route d'une réadaptation dans une activité adaptée, permettant d'épargner le rachis. Celle-ci consiste en une profession évitant les postures statiques prolongées, les lourdes charges, les efforts en porte-à-faux (mouvements de rotation, de flexion ou d'inclinaison, ou la combinaison de ces trois mouvements). Il convient également d'éviter les vibrations ainsi que le travail répétitif.

Sur le plan psychiatrique, le problème devrait faire l'objet d'un examen spécialisé, permettant éventuellement de déterminer dans quelle mesure il est exigible chez ce patient de procéder à des mesures professionnelles.

En complément, et en dehors de l'aspect asséculoologique, à destination du Dr A.W. _____, son médecin traitant habituel, je relève quand même une ampliation thoracique extrêmement faible, à 2 cm, pouvant rentrer dans le cadre d'une problématique de type spondarthrite séronégative. Celle-ci n'ayant pas d'influence sur l'incapacité de travail actuelle, ces investigations rentrent dans le cadre de l'assurance-maladie. De même, l'hypertension artérielle mise en évidence lors de l'examen peut n'être que celle de la blouse blanche, elle mériterait, à mon avis, un complément d'investigation ou en tout cas une vérification.

[...] ".

Par décision du 6 octobre 1999, confirmant un projet de décision du 2 septembre 1999, l'OAI a refusé au recourant le droit à une rente d'invalidité au motif que son préjudice économique, s'élevant à 26,73%, était insuffisant pour ouvrir un tel droit. L'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 59'800 fr. et un revenu d'invalidité de 43'810 fr., compte tenu du fait que l'exercice d'une activité adaptée était raisonnablement exigible de sa part (activité évitant les postures statiques prolongées, les lourdes charges et les efforts en porte-à-faux) à 100%.

b) Le 8 novembre 1999, M. _____, représenté par son avocate Me Catherine Jaccottet Tissot, a recouru contre cette décision devant le tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : le TAss ou le tribunal des assurances), concluant à sa réforme dans le sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée.

Par courrier du 27 décembre 2001, le Dr B.W._____ a fait savoir à l'OAI que l'état de santé de son patient s'était aggravé depuis le 21 octobre 2000, date à laquelle il avait fait deux infarctus, avec persistance d'une sténose modérée, lésion entraînant un angor résiduel à l'effort, relativement bien stabilisé sous traitement. Pour le Dr A.W._____, son patient ne pouvait plus travailler dans son activité d'aide-monteur et une réadaptation professionnelle paraissait difficilement envisageable.

Dans l'intervalle, le tribunal des assurances a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, qui a été confiée au Centre de médecine des assurances de la Q._____ (ci-après : la Q._____). Le Prof. V._____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr F._____, médecin-assistant, ont rendu leur rapport le 10 janvier 2002 (expertise avec consultations spécialisées en rhumatologie et en psychiatrie effectuées respectivement le 23 mai 2001 par le Prof. R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et par la Dresse B.W._____ le 17 mai 2001) aux termes duquel ils ont retenu comme diagnostics ayant une influence essentielle sur la capacité de travail de l'assuré, un trouble somatoforme douloureux sous forme de rachialgies, un trouble dépressif récurrent de degré actuel moyen, une cardiopathie ischémique, un status après infarctus myocardique inféro-postérieur le 21 octobre 2000 et une maladie coronarienne bitronculaire traitée par mise en place de stent en octobre 2000. Sans influence essentielle sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué de l'arthrose diffuse du rachis à prédominance cervico-lombaire, une anomalie de transition L5-S1, du psoriasis, de l'hypertension artérielle et une hypercholestérolémie.

Au plan rhumatologique, le Dr R._____ a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux touchant l'hémicorps gauche, une arthrose lombaire modérée et une anomalie transitionnelle L5-S1. Au plan purement somatique, le pronostic devait être considéré comme favorable. Pour ce médecin, la capacité de travail comme manœuvre sur des chantiers pouvait être considérée comme diminuée de 25%. Dans un

emploi adapté, la capacité de travail pourrait être considérée comme totale au plan somatique.

Au plan psychiatrique, la Dresse B.W._____ a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et un trouble de la personnalité non spécifique. Elle a écrit ce qui suit :

" Discussion :

Le patient présente depuis 1993 des douleurs lombaires qui se sont progressivement étendues à l'ensemble du dos et aux membres inférieurs et supérieurs pour lequel un traitement antalgique et associé à de la physiothérapie s'est avéré moyennement efficace. La discordance entre la sévérité de la symptomatologie douloureuse et les trouvailles radiologiques, la chronicisation des plaintes et la détresse qu'elle entraîne, nous permettent de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. Comme éléments favorisant l'émergence de tels troubles, nous notons une faible scolarisation, une mise au travail précoce et un contexte d'émigration pour des raisons économiques. Ce patient a par ailleurs forgé son identité sur la base de son travail et la perte de ce dernier entraîne un sentiment de ruine et d'insuffisance. Par ailleurs, ce trouble se développe dans un contexte existentiel difficile, alors qu'il est éloigné de ses enfants et de son épouse.

Le patient éprouve de grandes difficultés à exprimer des émotions au cours de l'entretien, banalise tous les éléments de vie marquant tels que le grave accident de travail ou le divorce. Le patient présente par ailleurs des symptômes dépressifs, d'intensité suffisante pour qu'on puisse parler d'épisode dépressif moyen. Un traitement de [...] instauré il y a quelques années par son médecin traitant a apporté une amélioration modérée. Nous recommandons cependant d'augmenter la dose de [...] et le cas échéant de changer de type d'antidépresseur afin que le patient puisse bénéficier d'un traitement léger de la dépression. Il a investi la relation avec son médecin traitant, le Dr A.W._____, et le voit très régulièrement. Nous pensons cependant qu'il pourrait bénéficier d'un soutien de type psychothérapeutique par un psychiatre ou un psychologue. En effet, le fait de disposer d'un espace de paroles lui apporte un sentiment de soulagement. En conclusion, le trouble somatoforme douloureux présent depuis 1993 s'est compliqué par un trouble dépressif récurrent qui semble fixé. Les moyens thérapeutiques paraissent épuisés et il est très peu probable que le refus d'une rente AI permette de retrouver une capacité de travail. Ainsi, d'un point de vue psychiatrique, le degré d'incapacité de travail est estimé à 70% ".

Au titre de l'appréciation du cas, les experts ont écrit ce qui suit :

" Il s'agit d'un patient âgé de 48 ans, d'origine [...], travailleur émigré en Suisse en 1981 (29 ans), sans antécédents médicaux ou psychopathologiques. Il a exercé la profession de poseur de conduites de gaz

de 1981 à 1995 au sein de la même entreprise B._____. Selon le questionnaire pour l'employeur, le patient a eu une incapacité de travail sur deux périodes distinctes. La première remonte au 30 mars 1993 avec reprise dès le 1^{er} novembre 1993. La deuxième débute le 3 octobre 1995 et devient définitive dès le 10.01.1996.

Les problèmes de santé débutent à la fin de 1992 par des lombalgies bilatérales qui surviennent dans un contexte de divorce, alors que son épouse est enceinte. Le tableau clinique est dominé par une symptomatologie douloureuse ostéoarticulaire. Le paragraphe "affection actuelle" permet de recréer en détail la succession des consultations spécialisées durant 1993. Il est important de constater que les médecins généralistes (médecin traitant et caisse-maladie [...] aussi bien que les spécialistes en rhumatologie et orthopédie), sont d'accord sur le fait que les atteintes somatiques objectivables n'expliquent pas la totalité des symptômes et ils suspectent tous une surcharge psychique chez ce patient. Après environ 6 mois d'arrêt de travail, M. M._____ est évalué par les Drs [...] et [...] du Département universitaire N._____ (N._____). Le diagnostic retenu est celui de trouble somatoforme douloureux chez une personnalité à traits paranoïaques dans le cadre de difficultés familiales et professionnelles. Les psychiatres comprennent l'état physique du patient comme l'expression physique de sa souffrance face au départ de sa femme dont il dénie l'impact. Ils encouragent le patient à reprendre le travail même avec des douleurs et ils précisent dans le rapport que le pronostic demeure selon eux réservé et ils ne proposent pas une prise en charge psychiatrique en raison d'une non-ouverture du patient à une prise en charge affective. Contre toute attente (comme exprimé par le Dr [...] de la caisse-maladie S._____), mais selon les propositions des Drs [...] et [...], le patient reprendra son activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} novembre 1993 jusqu'au 3 octobre 1995. Durant cette période, M. M._____ dit avoir travaillé malgré la présence des douleurs et sous médicaments. Pendant cette période, le suivi médical fut assuré uniquement par son médecin traitant, le Dr [...]. A la suite de la fermeture du cabinet médical de ce dernier (?), le patient sera suivi dès le 2 mai 1995 par le Dr A.W._____ toujours pour ses lombalgies. M. M._____ est mis à l'arrêt de travail dès le 4 octobre 1995 (selon rapport du médecin traitant à l'Office AI) et de manière définitive dès le 10 janvier 1996. L'arrêt de travail d'octobre 1995 survient au retour de vacances au [...]. Les documents médicaux de l'époque ne donnent pas de précision sur la situation psycho-affective du patient en octobre 1995. Cependant, il ressort de notre anamnèse qu'après le divorce, M. M._____ aurait eu une relation affective durant environ 2 ans. Cependant, ce dernier n'a été pas capable de nous donner des dates précises quant au début et à la fin de cette relation. Nous ne pouvons donc que supposer que cette mise à l'arrêt de travail survient à nouveau dans un contexte de surcharge socio-familiale.

Le Dr A.W._____ adressera le patient pour un séjour à [...] du 28 novembre 1995 au 18 décembre 1995. Les Drs [...] [...], [...] [...] [...] [...] [...] concluent à des lombalgies chroniques persistantes sur des troubles statiques et dégénératifs et constatent que subjectivement à la sortie du patient il n'y a aucune amélioration de la symptomatologie et qu'objectivement l'examen est superposable à celui de l'entrée en ce qui concerne les lombalgies. Ils suspectent (eux aussi) une probable surcharge psychogène sans pour autant pouvoir préciser de quel type de surcharge il s'agit.

Le 23 janvier 1996, M. M. _____ fait une demande de prestations AI pour un reclassement dans une nouvelle profession soutenue le 22 février 1996 par son médecin traitant le Dr M. A.W. _____ qui retient les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs ainsi que d'un probable trouble somatoforme douloureux.

Sous "affection actuelle" ainsi que dans les brefs rapports du dossier, vous pourrez suivre les consultations successives de 1996 et les événements asséurologiques. En résumé, nous constatons que le patient a été évalué par un nouveau rhumatologue, le Dr P. _____, à deux reprises, et dans son rapport du 10 mai 1996 il conclut, comme en 1993, que les examens objectivables n'expliquent pas entièrement la symptomatologie douloureuse ni son intensité. Sur le plan diagnostique, il suspecte également une affection psychiatrique et évoque dans son diagnostic différentiel un trouble somatoforme douloureux avec proposition d'une évaluation psychiatrique. Sur le plan de la capacité de travail, d'un point de vue rhumatologique, il la considère comme réduite, sans pour autant en préciser le pourcentage. En juin 1996, le patient est évalué par une deuxième équipe de psychiatres du N. _____ (Drs [...] et [...]) qui aboutissent aux mêmes conclusions qu'en 1993. En novembre 1996, une expertise demandée par la caisse-maladie S. _____ faite par le Centre multidisciplinaire de la douleur de K. _____, rejette le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et conclut à un processus de revendication massif (sinistrose) chez une structure de personnalité de type, borderline compensée. Le Dr [...], du Centre multidisciplinaire de la douleur, conclut à une capacité de travail entière. De 1997 à ce jour, le patient a été suivi uniquement par le Dr A.W. _____ (médecin traitant). Les consultations régulières mensuelles à bi-mensuelles mettent en évidence une stabilité de la situation aussi bien sur le plan des douleurs que sur le plan affectif. Un traitement médicamenteux antidépresseur a d'ailleurs été débuté par le Dr A.W. _____ dès 1996. Ce traitement n'a eu que peu d'effet selon le patient.

En octobre 2000, le patient est hospitalisé au X. _____ en raison d'un infarctus myocardique dont l'évolution est favorable avec cependant, lors des cours de réhabilitation, la mise en évidence de limitations importantes en raison de polyarthralgies et de lombalgies.

Sur le plan somatique : sur la base de l'étude des extraits du dossier, de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens paracliniques (laboratoire et radiologique), nous mettons en évidence des lésions dégénératives arthrosiques prédominant au niveau des vertèbres cervicales et lombaires, en nette aggravation par rapport aux clichés radiologiques de 1993, ainsi qu'une anomalie transitionnelle L5-S1. En regard des connaissances médicales actuelles, les lésions organiques observées sont de type dégénératif et malformatif [et] ne sont pas susceptibles d'expliquer le tableau douloureux chronique. En revanche, comme mentionné précédemment, ce tableau est pathognomonique d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Selon le Dr D. _____ (consultation de 1999), les trouvailles organiques contre indiqueraient de manière définitive un travail de manœuvre lourd chez M. M. _____, le Prof. R. _____, rhumatologue, estime que pour sa part d'un point de vue purement somatique, l'incapacité de travail n'est que de 25%. Notre avis est que la capacité de travail chez M. M. _____ n'est que peu limitée sur le plan somatique, mais que la problématique réside essentiellement au niveau psychiatrique. Certes, on peut s'attendre à ce qu'un travail de force puisse engendrer des épisodes de lombalgies dites " mécaniques ". Cependant, les recommandations actuelles quant

à la prise en charge du mal de dos préconise la pratique régulière d'une activité physique et à abandonner la conception ancienne du repos et de l'inactivité en cas de mal de dos.

Les événements cardio-vasculaires d'octobre 2000 ne sont pas en contre-indication à une reprise de travail mais, comme évalués par deux ergométries (janvier 2001 et mai 2001), la capacité fonctionnelle est limitée en raison des douleurs lombaires, et que la tolérance à l'effort fut inférieure à 6 MET's, ce qui correspond à une activité professionnelle de type menuiserie légère, mécanique légère ou magasinage. De plus, le pronostic d'un point de vue cardio-vasculaire est mauvais chez un patient ayant eu un infarctus à moins de 50 ans et dont les facteurs de risque cardio-vasculaire sont mal contrôlés (hypertension artérielle, tabagisme, hyperlipidémie et excès pondéral).

Sur le plan psychiatrique : sur la base de l'étude des extraits du dossier, de l'anamnèse, de l'examen clinique et d'une 4^{ème} évaluation psychiatrique, nous retenons le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. Tous les critères en faveur de ce trouble sont remplis : douleurs dans plusieurs localisations anatomiques au centre du tableau clinique, à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel, et dans d'autres domaines importants. Il est admis que des facteurs psychologiques (ici figurent le divorce puis nouvelle rupture affective et un isolement social) jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur. De plus, les symptômes ou les déficits ne sont pas produits intentionnellement ou feints, la douleur n'est pas mieux expliquée par d'éventuels troubles psychiatriques associés. A ce sujet, un diagnostic d'état dépressif récurrent a été évoqué par plusieurs psychiatres en raison de symptômes alliant baisse de l'élan vital, anhédonie, perte de l'estime de soi et sentiment de ruine. Cependant, M. M. _____ dénie toute composante psychique à ses troubles, voire même toute souffrance intrapsychique consécutive aux échecs de sa vie. A cet égard, il est frappant de constater le déni d'un quelconque affect au moment où l'on aborde la séparation de sa femme alors qu'elle était enceinte. Ces éléments témoignent probablement de l'incapacité de M. M. _____ à l'introspection à l'élaboration de ses conflits intrapsychiques, d'où une expression inconsciente de ceux-ci sous forme de somatisations douloureuses allant de pair avec des symptômes dépressifs non reconnus comme tels. La non observance médicamenteuse aussi bien au traitement anti-dépresseur qu'aux traitements hypolipémiant et anti-hypertenseur témoigne, à nos yeux, d'une part d'un déni de la composante psychique à ses plaintes et d'autre part d'un état régressif l'amenant à négliger son état de santé global. Cela a été objectivé par un taux indétectable de [...] pour une posologie de 20 mg, ainsi que par des valeurs lipidiques et tensionnelles élevées malgré le traitement médicamenteux. La polymédication (6 médicaments différents) est également de nature à nuire à la bonne observance médicamenteuse. De ce fait, nous proposons au médecin traitant de reconsidérer la thérapie médicamenteuse avec le patient.

Au plan de la dépression, notre avis est que le patient a montré, au cours de ces dernières années une certaine stabilité affective sans idée suicidaire, sans hospitalisation en milieu psychiatrique ni troubles majeurs du sommeil, mais concernant le trouble de personnalité de M. M. _____, quatre opinions psychiatriques différentes ont été formulées. C'est la raison pour laquelle, nous nous rallions à l'opinion

de notre consultante psychiatre, la Dresse B.W. _____ mentionnant le terme de troubles non spécifique de la personnalité, considérant que les données anamnestiques et cliniques sont insuffisantes pour être plus précis. Par référence à la CIM-10, on admet qu'un trouble de personnalité représente des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. Ces différents types d'état (troubles de personnalité) comprennent des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variées. Au vu de son histoire, ces traits de personnalité non spécifiques ne nous paraissent pas avoir valeur d'atteinte à la santé mais représentent un facteur de vulnérabilité en cas de confrontation à des facteurs de stress qui lui paraissent difficiles à surmonter, cette vulnérabilité pouvant favoriser l'émergence d'un comportement douloureux. En revanche, le trouble somatoforme douloureux évoqué par 3 groupes de psychiatres, et aussi bien suspecté par les médecins généralistes que des rhumatologues, ceci à 3 ans d'intervalle, parlent contre le diagnostic de Majoration des symptômes qui est synonyme du diagnostic de sinistrose par le Dr [...]. Certes, Trouble somatoforme douloureux persistant décrit sous chiffre F45.4 de la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10) et Majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0) ont plusieurs critères en commun. Cliniquement, il n'est pas aisé de distinguer ces deux entités. A cet effet, il est admis que le trouble n'est pas produit intentionnellement ou feint dans le trouble somatoforme douloureux, alors qu'il l'est généralement dans la majoration des symptômes et dans la stimulation (trouble factice).

Dans certains cas de majoration des symptômes, il existe une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière à la suite d'accidents ou de blessures et ce critère pourrait être invoqué ici.

Pour notre part, au vu des événements subis, des plaintes ayant engendré une multitude d'examen médicaux entre 1993 et 1996, de la dégradation de son état clinique accompagné d'un état de régression psychique, nous sommes d'avis qu'il s'agit chez M. M. _____ d'un trouble somatoforme douloureux plutôt que d'un pur syndrome de majoration des symptômes. Sa faible capacité à élaborer mentalement ses conflits intrapsychiques, l'ont donc sans doute amené à réagir sur un mode de somatisations douloureuses avec comme comorbidité psychiatrique surajoutée des troubles dépressifs récurrents. La survenue à un âge prématuré d'un infarctus myocardique et la mauvaise observance thérapeutique qui le caractérise peuvent également être interprétées comme une incapacité à surmonter adéquatement ses difficultés existentielles. Enfin, à titre d'exemple supplémentaire, nous avons relevé que M. M. _____ a également éprouvé de réelles difficultés d'adaptation au cours de sa réhabilitation cardio-vasculaire, comme cela avait déjà [été] observé précédemment durant le stage COPAI.

En résumé, à notre avis, le principal facteur limitant dans la capacité de travail de ce patient est d'ordre psychiatrique, l'aspect strictement rhumatologique se situant nettement au 2^{ème} plan. Notons également que depuis octobre 2000, sa capacité de travail pour les travaux lourds est devenue nulle à la suite de son infarctus myocardique. Ainsi, sur la période de 1996 à octobre 2000 sa capacité de travail en tant que

manœuvre impliquant des travaux lourds n'excédait pas 30% et, au vu du tableau clinique et de l'évolution, celle-ci était de même ordre dans une activité adaptée. Depuis octobre 2000, nous estimons que globalement sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée n'irait pas au-delà de 30%, il s'agira avant tout d'une activité occupationnelle.

REPONSES AUX QUESTIONS

QUESTIONS DU TRIBUNAL

[...]

3. *Quelle est l'incidence des troubles organiques présentés par M. M. _____ sur sa capacité de travail ?*

Faible pour ce qui concerne les troubles dégénératifs et malformatifs vertébraux. Importante pour ce qui concerne la maladie coronarienne dans un travail de force, mais faible dans une activité adaptée.

4. *Ces troubles sont-ils de nature à entraîner une incapacité de travail ou à expliquer l'incapacité de travail actuelle de M. M. _____ ? Si oui, dans quelle mesure ?*

a) Comme indiqué précédemment, le principal facteur limitant est représenté par le trouble somatoforme douloureux auquel s'est surajouté à partir d'octobre 2000 un status post-infarctus myocardique. En raison du trouble somatoforme douloureux marqué et dont la fixation est probablement indissoluble ainsi que du trouble dépressif récurrent, nous estimons que sa capacité de travail n'a pas excédé 30% dès 1996, aussi bien dans son activité antérieure que dans un emploi adapté. Depuis octobre 2000, sa capacité de travail est devenue nulle pour les travaux lourds et n'excèdent pas 30% dans une activité adaptée.

5. *Compte tenu des troubles organiques qui seraient retenus, quel genre d'activité pourrait être exigible de la part de M. M. _____ et à quel pourcentage pourrait-il exercer une telle activité ?*

a) Dans une activité adaptée, soit une profession qui évite les postures statiques prolongées, les lourdes charges et les efforts en porte-à-faux et qui éviterait également les vibrations ou un travail répétitif, sa capacité de travail serait au moins de 75%.

b) Au plan cardiaque, selon l'ergométrie, la tolérance à l'effort fut inférieure à 6 METS, ce qui correspondrait à un travail de menuiserie légère permettant également une capacité de travail d'au moins 75%.

[...]".

Par jugement du 18 octobre 2002, le TAss a admis le recours et annulé la décision de l'OAI du 6 octobre 1999, considérant sur la base de l'expertise judiciaire que le taux d'invalidité du recourant était de 83,125%, taux ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité, dès le 1^{er} octobre 1996.

c) L'OAI a recouru contre ce jugement auprès du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : le TFA) par acte du 19 décembre 2002. Par arrêt du 21 avril 2004, le TFA a partiellement annulé le jugement du TAss et lui a renvoyé la cause pour complément d'instruction, en particulier sur le caractère incapacitant du trouble somatoforme douloureux, et nouveau jugement. Le TFA a relevé qu'au plan somatique, selon les experts de la Q._____, la capacité de travail de l'assuré était de 75% dans une activité adaptée, en raison des problèmes cardiaques et des autres troubles organiques (soit une occupation qui évite les postures statiques prolongées, les lourdes charges et les efforts en porte-à-faux, de même que les vibrations ou un travail répétitif et qui ménage le cœur). Au plan psychiatrique, le TFA a jugé que l'existence d'une comorbidité psychiatrique (laquelle se posait en raison de l'épisode dépressif récurrent de degré actuel moyen) devait être niée dans le cas de l'assuré car " selon la doctrine médicale [...] sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé ".

Le TAss a dès lors repris l'instruction de la cause et mis en œuvre un complément d'instruction auprès de la Q._____.

Dans leur rapport complémentaire d'expertise du 11 février 2005, les Drs V._____, L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T._____, spécialiste en médecine interne générale, ont relevé que dans le cas de l'assuré, le trouble somatoforme douloureux persistant et l'état dépressif constituaient deux affections qui étaient apparues et avaient évolué de manière distincte, de sorte qu'il y avait bel et bien une comorbidité psychiatrique sous forme d'un état dépressif récurrent de degré moyen. Ils ont précisé notamment ce qui suit :

" Sous pt. 5.3 des considérants du jugement du TFA il est écrit :

A l'examen de l'expertise judiciaire, on ne peut tenir pour établi la présence d'affection corporelle chronique ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, de même que l'on ne saurait parler de l'échec des traitements ambulatoires comme l'évoque la consultante en psychiatrie dès lors qu'il est avéré que, sans raison valable apparemment, l'intimé ne s'est pas soumis aux prescriptions

médicales. Reste en revanche les critères relatifs à la perte de l'intégration sociale qui, en l'état et selon la description des médecins, n'apparaît que partielle édictée par des motifs autres que psychiques mais plus encore tous les éléments en relation avec un état psychique cristallisé et ses conséquences. Or, sur ces points précis, l'expertise ne permet pas de statuer en connaissance de cause, sans pour autant que l'on se trouve dans une situation où il est impossible de réunir des preuves."

En premier lieu, nous constatons que les juges se sont focalisés sur l'avis de la consultante en psychiatrie dans une situation aussi complexe que celle d'un SDSP [Trouble somatoforme douloureux persistant] tel que présenté par M. M._____. Ne retenir que l'avis de la consultante psychiatre alors qu'il s'agit d'une expertise multidisciplinaire ayant pour but d'effectuer une synthèse des différents avis nous paraît trop réducteur pour réunir les preuves visant à établir le caractère invalidant de la maladie au sens de la LAI.

a) Affection corporelle chronique

Tant le résumé des extraits du dossier contenu dans notre rapport d'expertise (page 2-7) que le rappel de l'affection actuelle (page 7-10) ou que l'avis des consultants décrivent la chronicité de l'affection qui a débuté en 1992 et pour laquelle le patient est à l'incapacité depuis 1996.

b) Échec des traitements ambulatoires

Les traitements administrés et leur absence totale d'effets sur les douleurs musculo-squelettiques figurent explicitement dans notre rapport d'expertise. Sont également décrits la moindre efficacité du traitement sur l'état dépressif et sur le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire.

C'est pourquoi, nous ne pouvons pas partager les conclusions suivantes des juges du TFA : "on ne peut tenir pour établi la présence d'affection corporelle chronique ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, de même que l'on ne saurait parler de l'échec des traitements ambulatoires".

c) L'intimé ne s'est pas soumis aux prescriptions médicales

Aussi bien la littérature médicale que l'expérience clinique montre que l'observance thérapeutique fait fréquemment défaut en cas de maladie chronique, qu'il s'agisse de maladies cardiaques, infectieuses, psychiatriques ou d'autres maladies. Les motifs en sont multiples comme le décrit une récente revue de synthèse [...].

Dans le cas particulier de M. M._____, plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à la non-adhérence médicamenteuse globale, à savoir la chronicité des plaintes, le déni de toute composante psychologique ou psychique, la polymédication et le manque de support social. De plus, nous ne savons pas quelles sont les représentations de M. M._____ face aux médicaments et aux dangers de ceux-ci. [...] La non-adhérence médicamenteuse présente une réelle difficulté dans la prise en charge thérapeutique des maladies chroniques en pratique médicale ambulatoire. Ce phénomène est sous-estimé et il n'est pas aisé d'en réduire l'importance.

[...]

En conclusion, en regard des connaissances médicales acquises jusqu'ici et des éléments mentionnés ci-dessus, nous ne pouvons pas,

contrairement aux juges, affirmer "qu'il est avéré que sans raison valable apparemment, M. M._____ ne s'est pas soumis aux prescriptions médicales".

De plus, ainsi que nous l'avons clairement indiqué dans notre rapport d'expertise, c'est le SDSP et non pas l'état dépressif qui se situe au 1^{er} plan et qui constitue l'affection clé limitant la capacité de travail de M. M._____.

d) Perte de l'intégration sociale

Notre champ d'exploration de sa vie sociale a été établi sur l'anamnèse, la lecture des descriptifs réalisés par les autres observateurs ainsi que sur l'observation du comportement de M. M._____ au cours des entretiens.

Le descriptif de sa vie quotidienne témoigne d'un retrait social manifeste chez ce patient qui vit seul depuis 1992, date de son divorce. La tentative de relation affective avec une autre femme aboutira rapidement à un nouvel échec. Quant aux relations avec ses enfants et son ex-femme, elles se limiteraient à une visite annuelle. De plus, il se sent culpabilisé à l'idée de ne pas pouvoir financièrement à l'entretien de ses enfants. A l'exception de sa sœur chez laquelle il prend le repas de midi et qui s'occupe partiellement de son ménage, M. M._____ ne mentionne pas d'autres contacts ni de loisirs de groupe.

En 1997, lors de son stage d'observation au COPAI [...] stage interrompu après deux semaines "en raison d'une dégradation de son état psychique ", il est fait état "d'une capacité d'intégration très mauvaise".

Cela contraste manifestement avec la notion d'une intégration qui semblait avoir été facile dans l'entreprise qui l'avait employé de 1981 à 1995. De même, son intégration en Suisse devait avoir été bonne si l'on en juge par sa maîtrise relativement aisée du français et sa bonne capacité d'élocution lors de l'entretien en regard de sa formation scolaire qui fut rudimentaire et limitée à 4 ans seulement. Par rapport à ses compatriotes au curriculum vitae similaire, sa maîtrise du français était meilleure et il ne nous a pas fait l'impression d'une personne fruste.

En revanche, comme nos prédécesseurs l'ont observé depuis 1996, les préoccupations de M. M._____ étaient totalement centrées sur la composante somatique de ses plaintes, adoptant un comportement douloureux chronique, complètement replié sur lui-même.

[...]

En conclusion, sur la base des éléments recueillis, nous considérons comme très vraisemblable l'existence d'un retrait social qui s'est maintenu depuis 1996 chez M. M._____. Nous n'avons pas eu le sentiment d'avoir à faire à un simulateur, toutefois, nous sommes dans l'incapacité de prouver que cette possibilité est exclue. Aucun des médecins l'ayant examiné dans le cadre de cette expertise, ni les autres médecins ont indiqué avoir été insensibles à ses plaintes, si l'on excepte le fait que le Dr. [...] faisait mention d'un processus massif de revendication (sinistrose).

e) Existence d'un état psychique cristallisé et ses conséquences

La lecture des pièces au dossier ainsi que de notre anamnèse révèle que depuis 1996 jusqu'à 1991 [recte : 2001], date de l'examen de M.

M._____, le tableau clinique du SDSP n'a nullement évolué raison pour laquelle le qualificatif de persistant a été inclus dans le diagnostic de SDSP. Selon le DS-IV, le qualificatif de chronique peut-être retenu lorsque la plainte se prolonge au-delà de 6 mois.

A noter qu'en février 1997, le Dr [...], médecin-conseil du COPAI parlait déjà de chronicité : "cet ensemble symptomatique est d'un pronostic très défavorable à la fois sur le plan médical (où l'on s'attend à une chronicité des symptômes et une résistance au traitement) et sur le plan psychiatrique (où l'état dépressif va probablement persister, très vraisemblablement inaccessible à un traitement psychothérapeutique). La conséquence logique est qu'il ne faut pas attendre d'amélioration sur le plan médical et donc pas non plus sur celui de la capacité de travail, quel que soit le type d'activité".

La convergence de l'appréciation tant diagnostique que pronostique des médecins successifs et des professionnels du COPAI constituent une argumentation suffisante à nos yeux pour plaider en faveur de la chronicité du trouble sans amélioration thérapeutique. Par conséquent nous concluons à la notion d'un état psychique cristallisé ".

Par jugement du 25 mai 2005, le TAss a rejeté le recours de l'assuré contre la décision du 6 octobre 1999. Il a en particulier rappelé que le TFA avait nié l'existence de toute comorbidité psychiatrique dans le cas de l'assuré, considérant que ce point ne saurait être remis en cause et qu'il bénéficiait de l'autorité de chose jugée. Il a considéré que le trouble somatoforme douloureux n'avait pas d'influence sur l'évaluation de sa capacité de travail, au regard des " autres critères " applicables en la matière. Il a toutefois estimé que le taux d'invalidité du recourant était de 32,51% et non de 26,73%, comme l'avait retenu l'OAI.

d) M._____ a recouru contre ce jugement auprès du Tribunal fédéral (ci-après : TF), qui a partiellement admis le recours par arrêt du 27 février 2007, a annulé le jugement du TAss du 25 mai 2005 et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Les considérants de l'arrêt du TF ont notamment la teneur suivante :

" 4.

La juridiction cantonale est partie, à juste titre, des constatations suivantes faites par les juges fédéraux dans l'arrêt du 21 avril 2004 :

- la capacité de travail de l'assuré sous l'angle somatique est de 75%,
- les troubles dépressifs de degré moyen ne peuvent être assimilés à une comorbidité psychiatrique,
- l'assuré ne présente pas d'affection corporelle chronique,
- il n'y a pas eu échec des traitements ambulatoires.

5.

En l'espèce, il incombait aux experts judiciaires, les docteurs L._____, T._____ et V._____ de dire si les critères de la perte d'intégration sociale et de l'état psychique cristallisé étaient réunis.

Or, au lieu d'examiner personnellement l'assuré, ces médecins – dont seul le Dr V._____ avait rencontré le recourant le 17 mai 2001 pour la dernière fois – se réfèrent pour l'essentiel aux conclusions de leurs prédécesseurs du 10 janvier 2002. Par ailleurs, ils concentrent leurs critiques sur la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux, allant jusqu'à nier le fait que les douleurs puissent aussi trouver leur origine dans des problèmes sociaux et à assimiler le profit primaire tiré de la maladie (manifestation de l'état psychique cristallisé) à la chronicité des douleurs. De surcroît, ils ne répondent pas de façon claire aux questions posées.

En particulier, les docteurs L._____, T._____ et V._____ considèrent comme très vraisemblable l'existence d'un retrait social de la part de l'assuré (dès 1996), en relevant que ce dernier, divorcé depuis 1992, n'entretient que des relations distantes avec ses enfants et son ex-femme. A leur avis, la faible insertion sociale de l'intéressé contraste avec une intégration réussie à l'origine et une bonne maîtrise du français. Ils confirment par ailleurs la présence d'un état psychique cristallisé, exposant que, selon le DSM-IV, un diagnostic peut être qualifié de chronique lorsque la plainte se prolonge au-delà de six mois. A leurs yeux, la convergence de l'appréciation des médecins successifs et des professionnels du COPAI constitue une argumentation suffisante pour plaider en faveur de la chronicité du trouble sans amélioration thérapeutique.

Outre le fait qu'elles sont discutables au vu du dossier, ces constatations souffrent à la fois de manque d'actualité et d'imprécision quant à l'état psychique et au retrait social. C'est dire qu'elles ne permettent pas au Tribunal fédéral de se faire une idée claire aussi bien de l'état de santé du recourant que de ses possibilités de surmonter ses troubles. Dans ces conditions, et contrairement à l'avis des juges cantonaux, qui s'en sont toutefois distanciés, on ne saurait accorder de valeur probante à l'expertise judiciaire du 11 février 2005. Il n'est pas possible de statuer en fait sur la situation de l'assuré, ni d'en tirer les conséquences en droit. Il y a dès lors lieu de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique auprès d'une institution (au besoin extra-cantonale) qui n'a pas encore été saisie du dossier".

A la suite de l'arrêt de renvoi du TF, l'OAI a repris l'instruction du cas de l'assuré et a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expert a examiné l'assuré les 30 octobre et 5 novembre 2007 et a rendu son rapport d'expertise le 9 novembre 2007. Il a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) (F33.1), précisant que ces

" deux catégories diagnostiques pouvaient être retenues depuis le milieu des années 90 ". L'expert a précisé que dans le cas d'espèce, le syndrome somatoforme persistant pouvait être retenu avec un bon degré de certitude, cette appellation faisant d'ailleurs le consensus de la majorité des praticiens ayant examiné l'assuré. S'agissant du trouble dépressif, l'expert a expliqué ce qui suit :

" Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles de l'humeur qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs majeurs sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas être corrélées à une incapacité de travail à elles seules.

L'usage médical du terme de dépression n'a rien d'imprécis, même si ce terme est constamment galvaudé et utilisé pour tout et pour rien. Si on s'en tient strictement aux ouvrages de référence que sont la CIM-10 et le DSM-IV-TR, les critères diagnostiques sont extrêmement précis, fiables et reproductibles dans les différentes cultures, quels que soient les a priori de l'examineur. Ces critères sont quasi identiques dans les deux classifications.

Pour le DSM-IV-TR, l'épisode dépressif est diagnostiqué sur la présence de 5 symptômes dont au moins un d'entre eux est un critère cardinal. Les deux critères cardinaux sont soit une humeur dépressive (1), soit une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir (2), la plupart du temps, tous les jours et au minimum pendant 2 semaines.

Les autres signes et symptômes sont au nombre de 7. Ce sont l'insomnie ou l'hypersomnie (1), l'agitation ou le ralentissement psychomoteur (2), la fatigue ou perte d'énergie (3), le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive (4), l'indécision ou la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (5), des idées de mort récurrentes (6) et enfin la perte ou le gain de poids significatif (en l'absence de régime) ou la diminution ou l'augmentation de l'appétit (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classé en légère, moyenne ou sévère.

Dans le cas de l'assuré, le trouble dépressif ne fait pas de doute. Il n'est pas mentionné au départ. On ne le retrouve pas dans le libellé diagnostique des examens du N. _____ des 08.11.1993 et 10.06.1996. Il n'est pas non plus retenu dans l'expertise du Dr. [...] et de Mme. [...] du 11.11.1996. On peut dès lors admettre qu'il s'est installé progressivement dans le contexte d'une situation existentielle difficile (désinsertion professionnelle et précarité économique, entre autres choses) et de ce que représente la notion de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Le trouble a par contre été retenu dans l'expertise judiciaire de la Q. _____ du 10.01.2002. Son degré de gravité a été qualifié de moyen. La chose correspond à mon évaluation de ce jour. On retient, en effet, la perte du plaisir à faire les choses (1 critère cardinal) et au

moins la fatigue, le ralentissement, l'insomnie, les idées de mort et la baisse de l'appétit, même si le poids reste stable. On a donc un total de 6 critères, alors qu'un minimum de 5 critères sont requis.

Le diagnostic d'épisode dépressif peut être posé sans conteste. L'état actuel peut être qualifié de moyen. La chose est confirmée par l'appréciation clinique et le score de 24 à l'échelle de dépression de Hamilton en date du 30.10.2007.

Rien n'indique que ce sujet soit passé par des périodes d'élation de l'humeur. On peut donc récuser un trouble bipolaire.

Du dossier, on peut tirer l'information que le trouble dépressif serait passé par des périodes de rémission et de rechutes. Une lettre de sortie du X. _____ le 08.04.2004 parle, par exemple, de status post état anxiodépressif. Pour ce motif, on doit admettre une récurrence, même s'il n'y a probablement plus aujourd'hui de périodes totalement asymptomatiques ".

Le Dr C. _____ a par ailleurs réfuté la présence d'un trouble de la personnalité. A cet égard, il a précisé que le " trouble de la personnalité non spécifique " retenu dans l'expertise judiciaire de la Q. _____ du 10.01.2002, qui n'était d'ailleurs pas vraiment argumenté, ne pouvait être confirmé, dès lors que l'assuré avait tout à fait bien fonctionné jusqu'aux évènements survenus dans les années 90, qu'il n'avait pas présenté jusque-là de troubles psychiques ou du comportement. Ceci allait à l'encontre d'un trouble de la personnalité grave et invalidant, car une telle pathologie devait apparaître au début de l'âge adulte pour pouvoir être retenu, ceci tant selon la CIM-10 que le DSM-IV-TR.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, le Dr C. _____ a retenu ce qui suit :

" Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique est faite d'un seul trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen). Le trouble s'est installé progressivement, vraisemblablement en réaction à une situation existentielle devenue peu à peu très difficile (retrait du monde du travail, précarité économique, impression de ne pas être reconnu). Il n'est toutefois pas suffisamment sévère pour avoir justifié une prise en charge psychiatrique soutenue. À ma connaissance, l'assuré n'a jamais eu de suivi spécialisé de longue durée. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. La médication n'est faite que d'un seul antidépresseur. On sait enfin que le trouble pourrait passer par des périodes de rémission ou en tout cas de rémission partielle. Pour ces motifs, il ne me paraît pas fondé de corréler ce trouble dépressif à une incapacité de travail.

En l'occurrence, il me paraît aussi juste de considérer que ce tableau dépressif se situe, au moins partiellement, en réaction à ce que

représente la notion de syndrome douloureux somatoforme persistant. Nombre de symptômes de dépression peuvent par ailleurs se confondre avec le tableau de plaintes douloureuses chroniques. Il s'agit, par exemple, de l'insomnie, de la fatigue, de l'inappétence et du ralentissement. Dans ce contexte particulier, ils peuvent par conséquent perdre une partie de leur poids dans l'appréciation de la gravité de la dépression.

On mentionnera enfin que ce sujet garde des ressources significatives, même s'il est indiscutablement souffrant et qu'il n'y a quant à moi rien pour une simulation vraie. Il vit de façon autonome. Il garde des contacts sociaux conséquents (soeur, nièces, enfants au [...], amis), même s'il a perdu ceux du monde du travail et de certains cercles qu'il fréquentait. On est tout de même loin des états de régression gravissimes de certains sujets se plaignant de douleurs chroniques médicalement inexpliquées.

Par ailleurs, on ne peut pas parler ici d'affection corporelle chronique et en tout cas d'affection corporelle chronique ayant valeur invalidante, puisque cette donnée est souvent évoquée dans un tel contexte. Les choses ont été évaluées sur le plan somatique. Elles ont été chiffrées. Je n'ai pas eu l'impression qu'il y ait eu des changements notables sur le plan somatique depuis les dernières évaluations. On ne peut pas non plus parler de processus maladif, le tableau actuel relevant plus d'un comportement anormal de malade que d'une véritable maladie psychiatrique.

Il est par ailleurs évident que la situation est fixée et vraisemblablement fixée pour une longue durée. Le traitement paraît optimal compte tenu de la pathologie présentée. Je ne pense pas qu'on puisse proposer mieux, pour ce qui procède de la maladie au sens strict du terme. [...]

D. Conclusion finale

Dans ce chapitre de la discussion finale, j'ai intégré le modèle du processus d'invalidation qui est une voie de compréhension de ces situations cliniques complexes. S'il date d'une quarantaine d'années, ce modèle garde toute sa pertinence. On voit qu'une situation existentielle difficile (problèmes personnels, conjugaux, familiaux, socioprofessionnels) peut générer une baisse de l'estime de soi et une certaine dépressivité. La porte de sortie honorable peut être un label de maladie qui valide le retrait du monde du travail et le légitime face à la société.

Comme d'autres entités cliniques, le syndrome douloureux somatoforme persistant peut alors être le mode de présentation de ces sujets. Même si cette entité figure dans les ouvrages diagnostiques de référence, elle ne décrit qu'un syndrome, c'est-à-dire un ensemble de signes et symptômes qui n'ont pas valeur de maladie en soi. Il s'agit plus d'un comportement anormal de malade que d'une maladie psychiatrique stricto sensu, cette dernière ayant alors son corollaire de compensation par les assurances sociales.

L'évolution de cet assuré illustre malheureusement bien le modèle. On est indiscutablement en présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il n'y a pas de comorbidité dépressive de gravité extrême, telle qu'elle soit en soi invalidante. On n'a pas non plus ici de grande pathologie psychiatrique telle qu'une schizophrénie, une démence ou une dépression gravissime de type mélancolique. Sur

le plan de ma spécialité, il ne peut par conséquent pas être légitimé d'incapacité de travail significative ".

Par communication du 21 novembre 2008, l'OAI a pris en charge une mesure d'observation professionnelle au sens de l'art. 69 RAI. Le stage a eu lieu au Centre d'observation professionnel de l'AI (COPAI- [...]) à [...] du 24 novembre au 17 décembre 2008.

Dans un rapport du 19 décembre 2008 relatif au stage au COPAI, les responsables du centre ont estimé que l'assuré pouvait travailler à 100% avec un rendement de 50% dans des activités de production légère, simple et répétitive, conduite de machine automatiques ou semi-automatiques, conditionnement et emballage et de montage et assemblage léger à l'établi. Ils ont précisé que l'assuré était en mesure d'être actif toute la journée avec un rendement réduit car ses limitations physiques ne lui permettaient pas d'être performant et parce qu'il souffrait d'un ralentissement généralisé. Ils ont estimé qu'une aide au placement était nécessaire.

Dans un rapport médical du 15 décembre 2008, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin-conseil pour [...] a écrit ce qui suit :

" M. M._____ est un [immigré] [...] de 56 ans, à l'arrêt de travail depuis 1995, sans aucune reprise de travail depuis lors. Dans l'intervalle, les expertises et les recours au tribunal se sont succédés. Sa capacité de travail est estimée entière dans une activité adaptée par le SMR. L'assuré s'estime au contraire totalement inapte à travailler, chiffre son inconfort à 10/10 et se dit las de toutes ces expertises. Les plaintes de M. M._____ sont multiples, touchant les articulations, la nuque, l'ensemble du rachis, la peau, le coeur. Il a une arthrite psoriasique, un psoriasis cutané étendu, un status après infarctus du myocarde et une coronaropathie évolutive, puisqu'il a fallu refaire une dilation et un stent en mai 2008 avec plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaires. Il a un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) ne jouant pas de rôle sur la capacité de travail selon l'expert psychiatre et selon le SMR. La capacité médico-théorique de travail est entière.

A l'atelier, il reste assidu à son poste de travail, le visage fermé, se tient en position assise et travaille sur un rythme constant mais lent. Il est d'ailleurs globalement ralenti. Il effectue le travail qu'on lui demande, sans plus, sans motivation. Il comprend les consignes et les applique et ne rencontre pas de difficulté dans l'utilisation des outils. Il

présente une certaine rigidité dorsale et un manque de force dans les membres supérieurs. Ses rendements se situent aux alentours de 50%.

Au terme de ce stage, notre groupe d'observation a examiné un assuré passif, lent, peu motivé, mais sans grande limitation physique. Les rendements observés sont de l'ordre de 50% dans le plein temps, alors que l'évaluation médico-théorique est de 100%. Les activités doivent être simples, répétitives, offrir la possibilité d'alterner la position. Il peut s'agir de travail de production sur machines-outils ou de travail à l'établi simple ".

Par avis médical du 14 janvier 2009, le Dr G. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a relevé que les maîtres socio-professionnels et le médecin-conseil de [...] avaient signalé une capacité de travail de 50% (100% avec rendement de 50%).

Par communication du 21 janvier 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien pour ses recherches d'emploi.

Par décision du 18 août 2010, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité, à compter du 1^{er} octobre 2001, avec la motivation suivante :

" Depuis octobre 2000, date de l'apparition du problème cardiaque (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de M. M. _____ est restreinte.

Par arrêt du 21.04.2004, le Tribunal fédéral des assurances a admis partiellement le recours. A relever que sur le plan somatique la capacité de travail est de 75% à partir de 1999 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que : éviter les postures statiques prolongées, les lourdes charges et les efforts en porte-à-faux, de même que les vibrations ou un travail répétitif et qui ménage le coeur. Par arrêt du 27.02.2007, le Tribunal fédéral des assurances admet partiellement le recours afin de procéder à une instruction complémentaire et de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

A l'issue de l'expertise psychiatrique, les observations médicales mettent en évidence aucune incapacité de travail en raison de problème psychiatrique, comme indiqué dans notre courrier du 22.05.2008.

Par la suite, M. M. _____ a bénéficié d'une évaluation au sein du COPAI afin de déterminer sa motivation et pour lui permettre de se remettre dans un rythme de travail après de nombreuses années d'inactivité, et ainsi de préciser les activités adaptées à ses limitations. A cet effet, nous nous référons également à notre courrier du 25.06.2009 apportant des précisions quant à la différence d'exigibilité

de la capacité de travail lors de l'évaluation du Centre dans une activité adaptée.

Il ressort que votre mandant est en mesure d'effectuer des travaux de production légère simple et répétitive, de la conduite de machines automatiques ou semi-automatiques, du conditionnement et de l'emballage ainsi que du montage et assemblage léger à l'établi.

Vu ce qui précède, nous avons procédé au calcul du préjudice économique, comme suit :

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2001, CHF 4'547.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2001, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2001 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'740.25 (CHF 4'547.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 56'882.97.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 42'662.23 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 15% sur le revenu d'invalide est justifié.

Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à CHF 36'262.89.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, en tant que monteur, soit CHF 62'230.86 (après indexation du salaire de 1996 CHF 59'150.- [CHF 4'550.- x 13]).

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	62'230.85
avec invalidité	CHF	36'262.90

La perte de gain s'élève à CHF 25'967.95 = un degré d'invalidité de 41.72%

- Des mesures d'ordre professionnel (formation professionnelle) ne permettraient pas de limiter le préjudice économique. Le droit à une aide au placement est ouvert, selon notre communication du 21.01.2009.

Notre décision est par conséquent la suivante :

- A partir du 01.10.2001, le droit à un quart de rente est reconnu ".

Dans un rapport final du 30 août 2010, l'OAI a écrit ce qui suit :

" En référence à la mesure d'aide au placement accordée le 21 janvier 2009, nous vous informons de la fin de notre intervention pour la raison suivante :

Suite à l'entretien du 24 août à [...] et du téléphone de ce jour, l'assuré nous informe qu'actuellement en raison sa santé, il ne se sent pas apte à travailler et ne peut rentrer dans une démarche de placement.

Le mandat PLA est fermé dès ce jour ".

Par la suite, des décisions du 15 septembre 2011 ont remplacé celle du 18 août 2010 quant au montant des prestations dues, le droit au quart de rente d'M. _____ n'étant pas remis en question. Ces décisions sont entrées en force.

e) Dans le cadre d'une révision d'office du droit à la rente initiée en janvier 2014, l'assuré a fait état, le 29 janvier 2014, d'une aggravation de son état de santé depuis 2010, en mentionnant un problème coronarien ayant nécessité une opération en 2011. L'assuré a précisé qu'il n'exerçait pas d'activité lucrative et qu'il n'en avait pas exercé depuis l'octroi du quart de rente.

Dans un rapport du 19 février 2014 à l'OAI, le Dr A.W. _____, médecin-traitant de l'assuré, a expliqué que l'état de santé de ce dernier avait évolué défavorablement sur les plans psychologique et physique. De multiples stents avaient dû être mis en place en raison d'une cardiopathie ischémique, d'une pancréatite et d'une cholangite en mai 2013 qui avaient nécessité une cholangio-pancréatographie rétrograde (ERCP) et une cholecystectomie. L'évolution des troubles ostéo-articulaires était par ailleurs totalement défavorable, et l'assuré se déplaçait difficilement en

raison de ceux-ci. Il présentait en outre une dyspnée plus importante en relation avec ses troubles coronariens et la mise en place de stents multiples. Le patient se plaignait de fatigue, de difficultés à se déplacer et de dyspnée. Le Dr A.W._____ a posé les diagnostics de cardiopathie ischémique avec mise en place de multiples stents, d'état dépressif chronique et de lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs sévères. Il a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. La médication actuelle consistait en : [...], [...], [...], [...], [...] et [...]. Pour le Dr A.W._____, le pronostic était défavorable compte tenu des atteintes cardiologiques, ostéo-articulaires, mentales et aussi compte tenu de l'âge de l'assuré.

Dans un rapport du 15 avril 2014 à l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en cardiologie, a écrit ce qui suit :

" Je vois très épisodiquement M. M._____ à la demande de son médecin traitant Dr A.W._____ pour le suivi de sa maladie coronarienne [...].

J'ignorais qu'il reçoit une rente, quoi qu'il en soit, il n'y a pas de contre-indication cardiologique à une activité professionnelle normale.

Son problème me semble-t-il est des lombalgies incapacitantes et un vraisemblable canal lombaire étroit, ce qui sort de ma compétence quant à l'évaluation de sa capacité de travail ".

Le Dr Z._____ a joint à son rapport, un rapport d'ergométrie du 22 janvier 2014 dont les conclusions étaient les suivantes :

" Cette épreuve sous maximale est négative subjectivement et selon l'ECG, sans ischémie myocardique alors qu'il a été fait appel de manière satisfaisante aux réserves coronariennes comme l'atteste le double produit atteint.

Cette épreuve doublement négative permet de conclure à la bonne perméabilité de la revascularisation effectuée il y a 2 ans et à la stabilité de la maladie coronarienne sous le traitement prescrit.

Il n'y pas d'indication à investigation complémentaire à la recherche d'une ischémie.

Vu les nombreux facteurs de risque, une ergométrie tous les 2 ans environ est à proposer, délais à raccourcir si une symptomatologie suspecte devait se manifester ".

Sur demande de l'OAI du 23 avril 2014, le Dr A.W._____ a précisé le 2 mai que, s'agissant des atteintes ostéo-articulaires, l'assuré avait été vu au X._____ en 2006, et qu'il n'y avait pas de suivi actuellement. Concernant les atteintes gastro-entérologiques, le patient avait été vu par le Dr???._____ en 2012 qui avait réalisé une coloscopie.

Le Dr A.W._____ a en outre annexé à son rapport du 2 mai 2014 les documents suivants :

- Un rapport du 15 septembre 2006 des Drs [...], spécialiste en rhumatologie et [...], médecin-assistante, au X._____, qui ont indiqué avoir vu l'assuré le 4 septembre 2006 et ont posé les diagnostics suivants : arthrite psoriasique, cardiopathie ischémique et status post-infarctus postéro-inférieur en octobre 2000, HTA (hypertension artérielle) et hyperlipidémie, tabagisme chronique, état anxio-dépressif, status post ulcère duodénal en 2004 et vertige positionnel paroxystique bénin sur canalolithiase du canal postérieur droit. Ils ont écrit ce qui suit :

" Monsieur M._____ est donc suivi à notre consultation de rhumatologie depuis novembre 2005 pour une arthrite psoriasique. Sur le plan thérapeutique, rappelons que dans un premier temps, un traitement de fond par méthotrexate a été débuté. En raison d'un contrôle insuffisant de la maladie, une demande de prise en charge par anti-TNF a été acceptée par la caisse-maladie. Le patient n'ayant toutefois pas souhaité entreprendre un tel traitement, le méthotrexate a été remplacé par de [...] à raison de 10 puis 20 mg par jour dès le mois de mai 2006.

Au contrôle du 04.09.2006, M. M._____ signale la persistance de douleurs polyarticulaires multiples, touchant les épaules, les coudes, les poignets, les mains, les genoux, les chevilles et les pieds. Il signale également la présence de lombalgies invalidantes ainsi que des talalgies bilatérales. Les douleurs sont de caractère inflammatoire avec des réveils nocturnes occasionnels et sont accompagnées d'une raideur matinale de 30 min. à 1 h.

Concernant les lésions cutanées de psoriasis, celles-ci ont été nettement améliorées lors de ses vacances au bord de la mer au [...], mais sont réapparues peu de temps après son retour en Suisse.

Au status dirigé, on note, sur le plan cutané, des lésions de psoriasis diffuses, prédominantes au niveau des bras, du tronc et des MI [membres inférieurs] ainsi qu'une atteinte unguéale bilatérale. Sur le plan ostéo-articulaire, les articulations des épaules, des hanches, des MCP II-V ddc, des IPP II-V ddc. des hanches, des genoux, des chevilles et des MTP I-V ddc sont douloureuses. Il existe un empâtement des coudes et du poignet droit ainsi que des synovites au niveau des IPP II-V ddc et de la cheville droite.

Le bilan biologique effectué ce jour montre la persistance d'un discret syndrome inflammatoire avec un VS à 19mm/h. Il n'existe par ailleurs pas de toxicité hématologique ou hépatique du traitement.

Monsieur M._____ présente donc une arthrite psoriasique, actuellement non contrôlée tant sur le plan articulaire que cutané, comme en témoignent des indices de BASDAI et de BASG très élevés. Dans ce contexte, nous avons longuement rediscuté avec le patient de l'indication à l'introduction d'un traitement par anti-TNF, attitude thérapeutique que Monsieur M._____ a finalement acceptée. Ne souhaitant pas effectuer lui-même les injections sous-cutanées, celles-ci seront effectuées à notre consultation à raison d'une ampoule [...] sous-cutané une fois par semaine. Le traitement [...] ne développant son efficacité que dans 6-8 semaines, nous avons poursuivi le traitement d' [...].

Nous reverrons Monsieur M._____ dans 6 semaines pour un contrôle clinique et nous effectuerons à cette date également un bilan biologique afin d'évaluer l'atteinte inflammatoire.

Traitement rhumatologique :

- [...] sous-cutané une fois par semaine
 - [...] 1 cp/semaine "
- Un rapport du 5 mars 2012 du Dr???._____, spécialiste en gastroentérologie, qui a réalisé une coloscopie, selon laquelle la situation état rassurante, un nouveau contrôle étant indiqué trois ans plus tard.

Dans un avis médical du 18 juin 2014, le Dr H._____ du SMR a estimé qu'au vu des pièces médicales produites depuis le début de la procédure de révision, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié durablement, en dehors de courtes périodes d'incapacité dues à des affections médicales ponctuelles (pancréatite, cholangite, cholécystectomie, stents, coloscopie), de sorte que la capacité de travail exigible restait inchangée.

Par projet de décision du 20 juin 2014, l'OAI a constaté que le droit à un quart de rente d'invalidité basé sur un taux d'invalidité de 42% restait inchangé, considérant que la capacité de travail était toujours de 75% dans une activité légère de substitution.

Par courrier du 2 septembre 2014, l'assuré s'est opposé au projet de décision, renvoyant à un rapport du 1^{er} septembre 2014 du Dr A.W._____, rédigé en ces termes :

" [...] depuis le mois d'août 2010, je constate une aggravation de l'état de santé de Monsieur M._____ sur les plans suivants :

- L'état dépressif est important et résiste à un traitement de [...];
- Sur le plan articulaire, le patient décrit des douleurs de la hanche droite limitant fortement ses déplacements. Cela peut entrer dans le cadre d'une coxarthrose débutante mais aussi dans le cadre de sa polyarthrite psoriasique avec un psoriasis cutané sévère également en aggravation ;
- Concernant la cardiopathie ischémique avec triple pontage, l'évolution est favorable et il n'y a pas de répercussion actuellement sur son état de santé.

Ces aggravations font que la capacité résiduelle de travail est devenue très faible atteignant au grand maximum 50% voire moins, compte tenu d'un rendement très faible ".

Interpelé par l'OAI sur le point de savoir s'il bénéficiait d'un suivi psychiatrique, l'assuré a répondu le 12 septembre 2014 en ces termes : " pas par un médecin psychiatre ", précisant que le Dr A.W._____ le voyait une fois par mois et lui apportait un soutien psychologique.

Le Dr [...] du SMR a alors requis des informations complémentaires de la part du Dr A.W._____, auquel il a posé les questions suivantes :

" Vous attestez un état dépressif important résistant à [...]. Pourriez-vous nous donner plus de détails concernant :

- Le statut psychique actuel ?
- Les plaintes de votre patient?
- Est-ce qu'un autre traitement a été tenté?
- La fréquence des consultations?
- Le diagnostic exact selon la CIM-10?
- Les limitations fonctionnelles? "

Le 20 octobre 2014, le Dr A.W._____ a répondu ce qui suit :

" 1. Status psychique actuel : Le patient présente une asthénie sévère, des troubles de la concentration, des troubles du sommeil sévère avec inversion du rythme nyctéremal. Le Dr C._____, en date de novembre 2007, avait retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen). A noter que ce diagnostic varie en fonction du temps et peut être caractérisé de moyen à sévère selon les périodes.

2. Plaintes : fatigue, douleurs diffuses, asthénie, troubles du sommeil.
3. Plusieurs antidépresseurs ont été tentés sans grande amélioration. La stabilité de l'état dépressif est meilleur avec la [...].
4. Le patient est vu 1x/mois.
5. Syndrome douloureux somatoforme persistant et état dépressif majeur d'intensité moyenne à sévère.
6. Limitations fonctionnelles : Monsieur M._____ est complètement régressé, ne fait plus rien en raison de son asthénie sévère, de sa fatigue, pour moi l'asthénie a fortement augmenté avec le temps, de même que les troubles du sommeil avec inversion du rythme nyctéremal. A mes yeux, il y aurait lieu de refaire une expertise psychiatrique afin de préciser l'état psychologique exact du patient ".

Dans un nouvel avis médical du 2 décembre 2014, le Dr [...] et le Dr [...] du SMR ont écrit ce qui suit :

" Le médecin-traitant, Dr A.W._____, nous envoie un courrier en date du 02.09.2014, pour appuyer la demande de son assuré. Il nous apprend que l'évolution est favorable sur le plan cardiaque, ce que confirmait le cardiologue Dr Z._____ le 22.01.2014, avec une ergométrie montrant une épreuve d'effort négative. Sur le plan ostéo-articulaire, il n'y a plus de suivi depuis 2006 (au X._____) nous précise-t-il sur son courrier du 23.04.2014, mais il atteste une possible coxarthrose D [droite] débutante pouvant limiter les déplacements, peut-être en rapport aussi avec le rhumatisme psoriasique. Or, rappelons que si le psoriasis existe bien sur le versant dermatologique, une atteinte rhumatologique avait été écartée lors de l'expertise de 2002 du COPAI [recte, note réd. : N._____]. En tout état de cause, une éventuelle coxarthrose D (mais sans substrat radiologique) ne modifierait pas les limitations fonctionnelles actuelles déjà prises en compte. Enfin, il parle d'un état dépressif important résistant au traitement de [...], mais il n'y a pas de suivi psychiatrique selon l'assuré interrogé à ce sujet, et ce diagnostic n'est pas du tout étayé.

Réinterrogé le 20.10.2014, le Dr A.W._____ atteste comme le Dr C._____ un trouble dépressif récurrent moyen, avec une meilleure stabilité sous [...] et un syndrome douloureux somatoforme. Le status psychique n'est pas très détaillé, mais ne correspond pas en tout cas à un état sévère.

En conclusion, comme déjà signalé sur l'avis SMR du 18.06.2014, il n'existe pas de nouvel élément médical susceptible de modifier l'exigibilité actuelle de 75% dans une AA ".

Par décision du 6 mars 2015, l'OAI a confirmé le projet du 20 juin 2014, considérant que la capacité de travail de l'assuré était toujours de 75% dans une activité adaptée, le taux d'invalidité demeurant à 42%. L'OAI s'est par ailleurs référé à un courrier explicatif du même jour, faisant partie intégrante de la décision, rédigé notamment en ces termes :

" Les éléments apportés par le Dr A.W. _____ les 1^{er} septembre et 20 octobre 2014 ne nous apportent malheureusement aucun élément nouveau susceptible de modifier notre projet de décision.

Après nouvelle analyse de votre situation par le médecin conseil du Service Médical Régional AI, il ressort que votre capacité de travail demeure de 75% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.

En effet, l'évolution de votre état de santé est favorable sur le plan cardiaque, avec une ergométrie montrant une épreuve d'effort négative. Sur le plan ostéoarticulaire, une éventuelle coxarthrose droite ne modifierait pas les limitations fonctionnelles actuellement prises en compte. Enfin, concernant votre état dépressif résistant au traitement de [...], il n'y a pas de suivi psychiatrique, le diagnostic n'est pas étayé et ne correspond pas à un état sévère.

En conclusion, nous ne pouvons que confirmer notre projet de refus d'augmentation de la rente ".

B. Par acte du 20 avril 2015, M. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 6 mars 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour " détermination de [son] nouveau degré d'invalidité et du genre de rente qui y correspond ". En substance, le recourant fait valoir que son état de santé s'est nettement détérioré depuis août 2010, conformément à ce qu'a indiqué son médecin traitant le 1^{er} septembre 2014.

Dans sa réponse du 28 mai 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que selon les renseignements obtenus et l'analyse de la situation médicale effectuée les 18 juin et 2 décembre 2014 par le SMR, la situation ne s'était pas aggravée de façon significative depuis le 18 août 2010, date à laquelle le droit aux prestations avait été reconnu.

Par réplique du 13 juillet 2015, le recourant a fait valoir que l'OAI avait statué le 18 août 2010 en tenant compte des atteintes à la santé énumérées par le Dr J. _____ dans son rapport du 15 décembre 2008. Or à cette date, les troubles mis en évidence par le Dr A.W. _____ le 1^{er} septembre 2014 n'existaient pas encore et ils impliquaient une diminution de sa capacité de travail par rapport à ce qu'elle était en août 2010. En outre, il est à ses yeux erroné de considérer qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de son état de santé au plan psychiatrique depuis août 2010

du seul fait qu'il n'était pas suivi par un psychiatre, mais par son médecin généraliste. Enfin, le recourant réitère sa requête de renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, considérant que l'instruction de son cas n'a pas été suffisante, précisant ce qui suit : " ce ne sont pas les 10 lignes de la note du docteur H. _____ de l'office AI du 18 juin 2014, qui peuvent selon moi être vues comme une instruction médicale suffisante de mon cas ".

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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et 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).

b) Déposé en temps utile – vu les fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 LPGA) – auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'un degré supérieur à un quart de rente, singulièrement si son état de santé s'est aggravé depuis le mois d'août 2010, ainsi qu'il l'allègue.

3. a) 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; voir également TF I 367/04 du 14 février 2005 consid. 2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b, ATF 125 V 368 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2b ; cf. TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b, TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1, TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin,

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des

conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée).

d) 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 devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

e) En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195

consid. 2 et les références ; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

4. a) En l'espèce, M. _____ a été mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2001 par la décision du 18 août 2010.

Au plan somatique, l'OAI a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail de 75% à partir du 1^{er} octobre 2000 (début de la maladie coronarienne avec infarctus) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : éviter les postures statiques prolongées, les lourdes charges et les efforts en porte-à-faux, de même que les vibrations ou un travail répétitif et une activité qui ménage le cœur. L'Office AI s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise de la Q. _____ du 10 janvier 2002, dont la valeur probante concernant les atteintes organiques a été confirmée par l'arrêt du TFA du 21 avril 2004, puis par l'arrêt du TF du 27 février 2007. Les experts somaticiens de la Q. _____ avaient retenu que l'assuré présentait une diminution de sa capacité de travail principalement en raison de sa maladie coronarienne, les troubles dégénératifs et malformatifs vertébraux (arthrose lombaire modérée et anomalie transitionnelle L5-S1) n'ayant qu'une faible influence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ils avaient estimé que le psoriasis, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie étaient sans influence essentielle sur sa capacité de travail.

Au plan psychiatrique, l'OAI s'est fondé sur l'expertise pleinement probante du Dr C. _____ du 9 novembre 2007, lequel a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sans influence sur la capacité de travail de l'assuré et sans comorbidité psychiatrique invalidante. Le Dr C. _____ a en effet estimé que le trouble dépressif majeur récurrent (état moyen) était en partie réactionnel au trouble somatoforme douloureux et pas suffisamment grave pour justifier une incapacité de travail.

b) Cela étant, la question se pose de savoir si, ainsi que le recourant l'allègue dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée par l'OAI en janvier 2014, son état de santé s'est péjoré depuis l'année 2010, justifiant une augmentation du droit à la rente.

En particulier, le Dr A.W._____, médecin traitant de l'assuré, a dans un premier temps (rapport médical du 19 février 2014) allégué une péjoration de l'état de santé de son patient notamment au plan cardiaque, au plan ostéo-articulaire, ainsi qu'au plan psychiatrique.

Or, au plan cardiaque, le Dr Z._____ a constaté, dans son rapport du 15 avril 2014, qu'il n'y avait pas de contre-indication à l'exercice d'une activité professionnelle normale, ce spécialiste en cardiologie expliquant que le test d'effort réalisé le 22 janvier 2014 (cf. rapport d'ergométrie) permettait de conclure à la bonne perméabilité de la revascularisation effectuée deux ans auparavant et à la stabilité de maladie coronarienne. Le Dr A.W._____ a d'ailleurs finalement attesté dans son rapport du 1^{er} septembre 2014 que l'évolution de la maladie cardiaque était favorable et sans répercussion actuelle sur l'état de santé de son patient.

En ce qui concerne la pancréatite et la cholangite évoquées par le Dr A.W._____ dans son rapport du 19 février 2014, ce dernier ne fait pas état d'une évolution post-opératoire défavorable (cf. le rapport qui mentionne la réalisation d'une ERCP et d'une cholecystectomie), alors même que l'OAI l'a interpellé explicitement sur l'évolution des atteintes gastro-entérologiques et invité à produire d'éventuels résultats d'examens spécialisés à cet égard. On peut encore rappeler que si la coloscopie du 5 mars 2012 a révélé la présence de trois petits polypes, le Dr???._____ a finalement conclu à un examen rassurant, suggéré un contrôle trois ans plus tard, recommandant dans l'intervalle uniquement la prise d'un mucilage (cf. rapport du 5 mars 2012).

On peut dès lors suivre l'appréciation du Dr H._____ du SMR dans son avis du 18 juin 2014 selon lequel ces dernières affections

(pancréatite, cholangite, coloscopie, pose d'un nouveau stent en 2012) ont tout au plus justifié des incapacités de travail ponctuelles, sans influence durable sur la capacité de travail exigible du recourant.

Au plan ostéo-articulaire, le Dr A.W._____ a fait état d'une évolution défavorable relevant que son patient avait des difficultés à se déplacer, en mentionnant dans un premier temps des " troubles statiques et dégénératifs sévères " (cf. son rapport du 19 février 2014). Puis, précisant dans son rapport du 1^{er} septembre 2014 que l'assuré se plaignait de douleurs à la hanche droite, le Dr A.W._____ a émis l'hypothèse d'une coxarthrose débutante pouvant expliquer ces douleurs, lesquelles pouvaient également s'expliquer par la polyarthrite psoriasique dont il souffre. Il ressort en effet des documents produits par le Dr A.W._____ le 2 mai 2014, qu'une arthrite psoriasique a été diagnostiquée par le Dr [...], spécialiste en rhumatologie, médecin au X._____, en novembre 2005 - soit postérieurement à l'expertise du 10 janvier 2002 de la Q._____. Le Dr [...] avait jugé nécessaire d'introduire des traitements de fond à cette époque ([...], puis [...] et [...] ; voir le rapport du Dr [...] du 15 septembre 2006). Or, dans son rapport du 1^{er} septembre 2014, le Dr A.W._____ estime que le psoriasis du recourant est sévère et en aggravation. Même s'il n'y a apparemment plus eu de suivi spécialisé de l'arthrite psoriasique au X._____ (cf. courrier du Dr A.W._____ du 23 avril 2014 à l'OAI), il est nécessaire, vu la particularité de l'atteinte rhumatologique, les antécédents médicaux du recourant et les interrogations de son médecin traitant, de mettre en œuvre un complément d'instruction au plan rhumatologique, des doutes subsistant quant à l'évolution de l'état de santé de l'intéressé postérieurement à la décision de l'OAI du 18 août 2010.

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF

122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, la situation médicale du recourant n'a pas été suffisamment instruite par l'intimé, la question de l'évolution de l'arthrite psoriasique n'ayant donné lieu à aucun examen clinique spécialisé, ni par le SMR, ni par un spécialiste externe à l'OAI. La cause est donc renvoyée à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire, afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique, selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA. L'expert rhumatologue est invité à juger de la nécessité de s'adjoindre l'aide d'un spécialiste en psychiatrie, vu l'aggravation et les symptômes décrits par le Dr A.W. _____ unod au plan psychologique (asthénie sévère, troubles de la concentration et du sommeil sévère avec inversion du rythme nyctéremal, fatigue ; le médecin traitant estime que le trouble dépressif majeur récurrent du recourant peut être qualifié de moyen à sévère selon les périodes, cf. son rapport du 20 octobre 2014 à l'OAI), ainsi que la possible répercussion de l'atteinte psoriasique au plan psychiatrique.

Enfin, dans son examen du droit à la rente, l'intimé tiendra compte de la jurisprudence concernant l'évaluation de l'invalidité des

assurés proches de l'âge de la retraite, vu l'âge du recourant à l'ouverture de la procédure de révision d'office (62 ans) (cf. TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3 ; ATF 138 V 457 consid. 3.2).

6. Il découle de ce qui précède que le recours est admis, la décision rendue par l'OAI le 6 mars 2015 annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, vu l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1, 91 et 99 LPA-VD).

b) Le recourant, qui n'est pas assisté par un mandataire professionnel, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55, 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. _____, à [...],
- 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 :