

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Neu, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

P._____, à (...), recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en [...], marié et père d'un enfant, au bénéfice d'un permis C, sans formation professionnelle, travaillait en tant que poseur d'isolation et de joints de façades, d'abord en tant que salarié, puis à titre indépendant par son entreprise [...] Sàrl.

Suite à un accident survenu en 2008, l'assuré a déposé, le 2 octobre 2008, une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), laquelle n'avait finalement pas donné lieu au dépôt d'une demande de prestations AI, l'intéressé ayant pu progressivement reprendre son activité professionnelle à 100 %.

b) Le 12 janvier 2015, l'assuré a été victime d'une chute d'un échafaudage, occasionnant des blessures au dos, ainsi qu'à la jambe et au poignet droits. Cet accident, pris en charge par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), a entraîné une incapacité totale de travail du 12 janvier au 22 février 2015, puis à 50% du 23 février au 5 avril 2015. L'intéressé est à nouveau en incapacité totale de travailler depuis le 15 avril 2015.

L'assuré a séjourné auprès de la Clinique B. _____ du 5 au 28 août 2015. Dans un rapport du 11 septembre 2015, les Drs F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et R. _____, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour lombalgies et douleurs chroniques du poignet, de l'épaule, du genou et de la cheville droits et les diagnostics supplémentaires de contusion lombaire, de la jambe et du poignet droits suite à une chute dans les escaliers, de coxarthrose débutante prédominante à gauche et de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsales basses. Ces praticiens ont en outre retenu ceci :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs de la région **dorsale basse et lombaire** s'étendant dans la fesse à droite, décrites comme des coups d'aiguille ou des décharges électriques d'intensité évaluée entre 5 et 9/10. Les douleurs sont annoncées météosensibles, pires le matin et la nuit et augmentées à la marche dont le périmètre maximal serait d'environ 500m. Il annonce une raideur matinale d'environ 1h et signale enfin qu'il a de grosses boules dans le dos et que le dos gonfle après l'effort. A l'**épaule droite** il décrit des douleurs de type coups d'aiguilles d'intensité évaluées à 3-4/10 s'étendant dans le bras, augmentées au port de charges lourdes et dans les mouvements de rotation et soulagées par les AINS topiques et le Tramal. Les douleurs du **poignet droit** sont décrites comme des décharges électriques, s'étendant proximale à l'avant-bras, évaluées à 3-4/10, soulagées par le port d'un bracelet souple au poignet augmentées par l'appui sur son poignet. Il signale des douleurs aux **2 genoux** mais surtout à droite décrites comme des étirements ou des coups d'aiguille localisées sur la face antérieure et les compartiments interne et externe d'intensité allant jusqu'à 8-9/10. Les douleurs sont augmentées à l'effort et à la marche et sont soulagées par la glace. Le genou droit gonflerait après la marche. A la **cheville droite**, les douleurs sont décrites comme des aiguilles ou des décharges électriques qui s'étendent proximale vers le genou, évaluées à 3-4/10, augmentées lors de la conduite. A ce niveau, il décrit également des symptômes compatibles avec une allodynie. Il signale une diminution de la force dans la main droite, une augmentation de la transpiration surtout au niveau du dos et de la tête.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

- **23.01.2015 : IRM lombaire** : tassement de L1 ancien sans œdème osseux. Séquelles de dystrophie rachidienne dorsolombaire.
- **23.01.2015 : RX du bassin de face** : ébauches ostéophytiques des 2 têtes fémorales et du bord supéro-externe du cotyle, sans pincement.
- **07.08.2015 : RX épaule D, poignet D, chevilles, pieds et genoux** : dans les limites de la norme.
- **17.08.2015 : Scintigraphie osseuse** : pas de foyer hypo- ou hypercaptant.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé durant le séjour. Sur le plan ostéo-articulaire, il n'y a pas de lésion spécifique pouvant expliquer la symptomatologie annoncée par le patient. Il n'y a notamment aucun argument pour une atteinte inflammatoire (bilan rhumatologique déjà réalisé et complété durant le séjour) ou traumatique.

Sur le plan psychiatrique, il n'est retenu aucun diagnostic psychopathologique chez un patient qui reste centré sur les douleurs et hermétique aux tentatives d'explications de ses douleurs sur la base du modèle dysfonctionnel.

Sur le plan médical, le bilan d'entrée retrouve des tests hépatiques (ALAT et Gamma-GT) à près de 4 fois la norme. Les sérologies hépatiques sont revenues négatives. Chez un patient qui rapporte une consommation d'alcool occasionnelle, une origine médicamenteuse paraît le plus probable. Il a été rappelé au patient de limiter la prise de Dafalgan au maximum à 2g par jour et il lui a été demandé de contrôler le bilan hépatique chez son médecin traitant.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels et notamment professionnels chez un patient dont la tentative de fonctionner comme monteur d'isolation de façades indépendant a échoué, qui reste dans l'attente d'explications médicales lésionnelles et qui sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser (score au PACT correspondant à l'appréciation de ne pouvoir réaliser que des activités d'un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis) influencent défavorablement le retour au travail.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (cf rapports annexés :

- physiothérapie
- psychosomatique
- ateliers professionnels

Le traitement antalgique a prévu la poursuite du traitement habituel avec l'association de Paracétamol, anti-inflammatoires topique et systématique et Tramadol.

L'évolution subjective et objective n'est pas significative en ce qui concerne les aptitudes fonctionnelles et les douleurs (cf. rapports et test fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, chez un patient qui reste centré sur les douleurs et dont la mise en route du programme de rééducation est limitée par des auto-limitations et les douleurs annoncées.

Hormis le fait qu'il sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser aucune incohérence n'a été relevée.

La situation est stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en lien avec des facteurs non-médicaux et les douleurs annoncées chez un patient dans l'attente d'examen et ne se projetant pas dans une activité même légère.

Sur le plan asséculo-logique, le patient avait eu contact avec l'AI dans les suites d'un accident en 2008 (LCA [...] assurance) marqué par une fracture de L1 et un TCC. Aucune suite n'aurait alors été donnée le patient annonçant qu'il reprenait une activité à plein rendement pour un ancien patron. La situation a été à nouveau

annoncée à l'AI afin d'évaluer si quelques mesures d'intervention précoces sont envisageables.

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'ISOLATEUR DE FAÇADE

- 100% du 05.08.2015 au 28.08.2015 ».

Faisait partie du document précité un rapport de la Dre [...], du service de psychosomatique, daté du 1^{er} septembre 2015, concluant à l'absence de diagnostic sur le plan psychiatrique, mais précisant qu'il n'était pas exclu qu'on puisse par la suite retenir le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié devant l'absence de cause somatique et devant la présence de plusieurs facteurs contextuels, l'ensemble de ces éléments constituant des facteurs défavorables à un réinvestissement professionnel.

Le 13 octobre 2015, l'assuré a subi un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr K. _____, dont le rapport se conclut en ces termes :

« Appréciation

Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 14.07.2015 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Actuellement, le patient dit que ça ne va pas. Sa situation s'est encore aggravée depuis le séjour à [...]. Le moindre effort l'épuise, « comme s'il avait couru un marathon ». Il a des douleurs diffuses, intéressant le dos mais également les épaules et les hanches. Il souffre aussi de talalgies s'il marche pieds nus.

A l'examen clinique, on retrouve un patient trapu mais en surpoids qui semble n'avoir aucune limitation fonctionnelle notable.

Objectivement, il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral manifeste chez un patient qui bouge tout à fait normalement. Les épaules sont souples. Les signes du conflit sont négatifs. Il n'y a pas de signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs. Les coudes et les poignets sont calmes. Les amplitudes articulaires sont complètes. La hanche G est légèrement enraidie tandis que la D est un peu douloureuse à la mobilisation lors des mouvements combinés à sa face postéro-externe mais également en région inguinale. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT sont vifs et symétriques à tous les niveaux. Il n'y a pas de déficits neurologiques au MS ni aux MI.

Les plaintes du patient peinent à trouver une explication médicale.

Ce qui est sûr c'est que l'accident du 12.01.2015, qui n'a entraîné que de simples contusions, a cessé de déployer des effets.

Autrement dit le *statu quo sine* est atteint.

On peut même se demander si le *statu quo* n'était pas rétabli lorsque le patient a pris le travail en plein le 15.04.2015 ».

Par décision du 22 octobre 2015, la CNA, se fondant sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, a indiqué que le *statu quo sine* pouvait être considéré comme atteint le 31 octobre 2015 et fixé la fin de versement des prestations à cette date.

c) Dans l'intervalle, soit le 26 août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir, suite à l'accident du 12 janvier 2015, de contusions lombaires, ainsi que de la jambe et du poignet droits.

Dans un rapport du 9 avril 2015, le Dr J._____, médecin praticien et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, douleurs chroniques aux poignet, épaule, genou et cheville droits depuis l'accident du 12 janvier 2015 et, comme diagnostic non incapacitant, de tassement L1 plateau supérieur depuis 2008. Au nombre des restrictions, le Dr J._____ a indiqué une dépression réactionnelle à l'absence de diagnostic et à la faillite de son entreprise, des douleurs rachidiennes lombosacrées et hémicorps droit, précisant qu'étaient prohibés les échelles et les escaliers, ainsi que la position assise prolongée, la marche en terrain accidenté, le travail en position debout prolongée, soulignant que les flexions-extensions du buste étaient impossibles.

Dans un rapport du 10 décembre 2015, le Dr Z._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assuré rapportait des douleurs diffuses, sans argument clinique ni électrophysiologique, pour un syndrome déficitaire avec un bilan électrophysiologique incluant un Sudoscan dans les limites de la norme. Il a conclu à un syndrome douloureux chronique.

L'OAI a mandaté SMEX SA, Swiss Medical Expertise (ci-après : SMEX) aux fins de réaliser une expertise psychiatrique et rhumatologique. Il ressort ce qui suit du rapport du 25 octobre 2018, rédigé par la Dre U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par le Dr Y._____, spécialiste en rhumatologie :

« **I.1.d Évaluation consensuelle**

I.1.d.1 Évaluation médicale interdisciplinaire avec résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citations des expertises)

Il s'agit d'une personne assurée de 37 ans, d'origine portugaise, en Suisse depuis 2003, sans formation, ayant exercé comme façadier salarié puis à son compte, qui dépose sa première demande de réadaptation/rente le 25.08.2015 en raison de l'accident survenu le 12.01.2015 avec contusions lombaires, de la jambe et du poignet droit. Dans son avis médical SMR du 21.10.2016, le Dr [...] mentionne un état dépressif dès le mois d'octobre 2015. Compte tenu de l'absence de diagnostics précis et des multiples restrictions fonctionnelles se péjorant depuis le dernier accident, cette expertise est ordonnée.

Pour rappel, la personne assurée a été victime de deux chutes au travail. La première a eu lieu en avril 2008 et la deuxième en janvier 2015. Si le premier accident a entraîné une incapacité de travail de plusieurs mois, la personne assurée a néanmoins pu reprendre son activité à plein temps. Le deuxième accident a entraîné une incapacité de travail totale depuis le 13.01.2015 (rapport médical du Dr J._____ du 04.09.2015).

Le dernier accident a été pris en charge par la SUVA. Le séjour à la Clinique B._____ (du 05 au 28.08.2015) n'a pas permis de retenir une atteinte articulaire durablement incapacitante. Selon les médecins de la clinique, il est estimé que la personne assurée aurait pu reprendre son activité dès le 29.08.2015. Le 05.10.2015, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr M. K._____, déclare que l'accident du 12.01.2015 a cessé de déployer ses effets et que le statu quo sine est atteint et donc que la personne assurée retrouve une pleine capacité de travail sur le plan rhumatologique et musculo-squelettique. Néanmoins, la personne assurée n'a pas repris durablement et pleinement son activité habituelle.

Sur le plan professionnel, la personne assurée a travaillé comme indépendant depuis 2007. Après l'accident de janvier 2015, la personne assurée s'est essayée à la fonction de chauffeur chez [...], activité décrite pénible, interrompue après moins d'un mois d'activité. La personne assurée a aussi tenté de travailler comme magasinier mais elle n'a même pas pu terminer une journée.

Depuis le dernier examen médical par le médecin de la Suva en octobre 2015, aucun élément nouveau qui justifierait de s'écarter de son appréciation n'est intervenu.

En 2016, la personne assurée a développé une forme d'effondrement de type anxieux pour laquelle elle a bénéficié d'un traitement antidépresseur à faible dose au départ puis à dose antidépressive. Depuis octobre 2017 seulement, elle a été prise en charge en milieu psychiatrique de façon soutenue.

I.1.d.2 Évaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/motivation des diagnostics actuels

La personne assurée est père de famille, mariée depuis 2011, père d'un petit garçon de 6 ans. Elle avait ouvert sa propre entreprise mais a subi deux accidents. Elle a été victime d'un premier accident en 2008 qui s'est soldé par un TCC et par une fracture de la première vertèbre lombaire, actuellement consolidée. Elle a pu retrouver une pleine capacité de travail par la suite.

La personne assurée a été victime d'un 2^{ème} accident le 12.01.2015, une chute au travail. Depuis, elle se plaint de douleurs lombaires devenues diffuses par la suite.

L'examen clinique rhumatologique du jour est rassurant et corrobore les investigations radiologiques à disposition compatibles avec l'âge de la personne assurée. C'est pourquoi, l'expert ne retient aucun diagnostic avec effet durable sur la capacité de travail et aucun signe de gravité sur les plans rhumatologique et musculo-squelettique.

Depuis 2015, la personne assurée se plaint d'une symptomatologie douloureuse générale se manifestant tous les jours et l'empêchant de dormir la nuit. Elle aurait développé une détresse psychologique après avoir perdu son entreprise d'une part et, d'autre part, suite à ses problématiques d'ordre familial en 2016, un état qui n'est plus d'actualité. La personne assurée bénéficie actuellement et depuis 2017, d'un suivi psychiatrique à raison d'une fois par semaine. Le jour de l'entretien, il n'a pas été relevé de symptomatologie anxieuse ou dépressive relevant d'un diagnostic structuré. La personne assurée souffre d'une symptomatologie douloureuse qui se chronicise et dont elle cherche encore l'origine.

Le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié CIM-10 F 45.1 est retenu, devant la présence des critères diagnostics selon la CIM 10, à savoir : les antécédents de plaintes somatiques multiples et variables pendant au moins deux ans, les refus persistants d'accepter les conclusions des médecins concernant la non organicité des troubles, des symptômes ne survenant pas dans le cadre d'un trouble de l'humeur.

I.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

Aucun.

I.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. Trouble somatoforme indifférencié ICD-19 F 45.1
2. Douleurs diffuses dans le contexte d'une fibromyalgie (M 79.0)
3. Ancienne fracture de la première vertèbre lombaire en 2008

4. Notions d'un TCC en 2008
5. Obésité classe 1 selon l'OMS

I.1.d.5 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

La personne assurée souffre d'un trouble somatoforme indifférencié ICD-10 F 45.1, de douleurs diffuses dans le contexte d'une fibromyalgie (M 79.0), d'une ancienne fracture de la première vertèbre lombaire en 2008, d'une notion d'un TCC en 2008 et d'une obésité classe 1 selon l'OMS.

D'un point de vue interdisciplinaire, l'appréciation globale du degré d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considérée comme non incapacitante.

I.1.d.6 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Le comportement de la personne assurée est cohérent face à la maladie. Elle cherche à trouver l'origine de ses troubles, se montre proactive et cherche des réponses.

Son sens des réalités et sa capacité de jugement sont tout à fait corrects.

Sa capacité relationnelle et son aptitude à nouer des contacts sont tout à fait bonnes.

Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions sont correctes.

Son estime de soi est plutôt basse et sa capacité de régression est plutôt correcte.

Son intentionnalité et son dynamisme sont intacts.

La personne assurée est demandeuse d'aide.

I.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

- Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

L'activité habituelle de la personne assurée a été celle de poseur d'isolation/façades. La personne assurée a interrompu cette activité suite à l'accident de janvier 2015. Elle est sans aucune activité lucrative depuis cet événement.

Sur le plan purement rhumatologique, aucune limitation articulaire n'est observée, que ce soit au niveau axial (rachis) ou périphérique. En l'absence d'éléments nouveaux pouvant contredire l'appréciation du médecin d'arrondissement de la Suva d'octobre 2015, il n'y a pas d'empêchement limitant la reprise de l'activité antérieure ou d'une autre activité dès la stabilisation du cas déclarée au 31.10.2015 (décision de la Suva du 22.10.2015).

Compte tenu du présent examen clinique et des éléments du dossier, il n'est retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan musculo-squelettique ni sur le plan psychiatrique.

- Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Cf. point précédent. Le pronostic global ne dépend pas d'une atteinte rhumatologique ou musculo-squelettique. D'un point de vue interdisciplinaire, le pronostic est excellent.

I.1.d.8 Contrôle de cohérence

- Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

Du point de vue psychiatrique, selon ses dires, la personne assurée semble présenter des limitations uniformes à tous les niveaux d'activité.

Du point de vue rhumatologique, la personne assurée se déclare dépendante de son épouse même parfois pour se doucher ou prendre un bain chaud. Elle a toujours délégué les tâches ménagères à son épouse. Elle participe parfois à la préparation des repas et aux courses. Aucun élément objectif ne permet de justifier cette dépendance.

La lecture du dossier (rapports médicaux, rapports radiologiques, étude des bilans d'imagerie et autre examens), ne permet pas de retenir de limitations psychiatriques ni articulaires, qu'elles soient axiales ou périphériques, pouvant empêcher la personne assurée de vaquer normalement à ses activités quotidiennes, que ce soit à domicile ou dans une activité lucrative.

- Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Malgré le fait qu'aucune limitation articulaire n'ait pu être objectivée, que ce soit périphérique ou axiale, la personne assurée a la conviction qu'elle souffre d'une maladie contagieuse éloignant son entourage. De ce fait, elle se retrouve pratiquement isolée. Elle déclare avoir des troubles de la mémoire ne trouvant pas de corrélation organique en tout cas avec l'imagerie cérébrale effectuée à deux reprises. Il faut rappeler aussi qu'elle a pu reprendre normalement son travail après l'accident de 2008. Elle signale une faiblesse généralisée et une raideur lombaire qui n'ont pas été retrouvées.

À l'expert psychiatre, la personne assurée a dit qu'elle fume régulièrement du tabac, qu'elle consomme de l'éthyle occasionnellement et du cannabis occasionnellement et qu'elle n'a pas d'antécédent d'infraction commise. A l'autre expert elle a dit qu'elle ne consomme pas de narcotiques et qu'elle a eu un retrait de permis de conduire en raison d'un dépassement par la droite.

Les réponses dans les anamnèses peuvent différer un peu entre chaque expertise spécialisée. Ces différences n'influencent pas le taux de la capacité de travail du point de vue consensuel.

- Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Du point de vue psychiatrique la personne assurée est dans l'autolimitation et l'exagération. Elle parle de sa symptomatologie en lien avec son passé et des symptômes réactionnels survenus immédiatement après son accident de 2015. Toutefois, ces symptômes ne sont pas en lien avec la symptomatologie actuelle, d'autant plus qu'actuellement, il n'est relevé aucune symptomatologie psychiatrique limitante.

Du point de vue rhumatologique la personne assurée adopte un comportement théâtral qui a laissé l'expert indifférent.

La personne assurée est convaincue que son état de santé qu'aucun médecin ne parvient à définir selon ses dires, est la source de ses problèmes et de son incapacité de travail.

Pendant le recueil anamnestique et l'examen, la personne assurée n'a pas arrêté de soupirer, tentant de démontrer à l'examineur son état de souffrance qui semble à priori d'ordre social.

I.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Rétrospectif

Dans l'appréciation actuelle, il n'est pas tenu compte de l'accident survenu en 2008 puisque la personne assurée a pu retrouver une capacité de travail après celui-ci.

En ce qui concerne les suites de l'accident du 12.01.2015, l'incapacité de travail dans l'activité antérieure habituelle de pose d'isolation/façades a été de 100% du 13.01.2015 au 31.10.2015 (cf. décision de la Suva du 22.10.2015).

Dès lors, d'un point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 100%, en temps et en rendement, dans l'activité antérieure dès le 01.11.2015.

- Actuel

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 100%.

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 100% et ne devrait pas changer.

Le pronostic semble influencé par des facteurs psycho-sociaux.

I.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée

- Rétrospectif

Les docteurs J._____, [...] et F._____ ont attesté des périodes d'incapacités de travail totales, périodes reconnues par la Suva jusqu'au 31.10.2015 (décision de la Suva du 22.10.2015).

Dès lors, d'un point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 100%, en temps et en rendement, dans toute activité dès le 01.11.2015.

- Actuel

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 100%.

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail restera de 100% ».

Par projet de décision du 29 janvier 2019, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

L'assuré s'est opposé à ce projet le 21 février 2019, par l'entremise de son conseil. A l'appui de son opposition, il a notamment produit :

- un rapport du 11 mars 2019 des Drs S._____ et H._____, du Centre médical G._____ dont la teneur est la suivante :

« 1. Quels sont les diagnostics exacts ? Veuillez les justifier.

- Episode dépressif moyen, actuellement en rémission partielle (CIM-10 : F33.2)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F45.4)
- Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (CIM-10 : F61.6)
- Douleurs diffuses dans le contexte d'une fibromyalgie (CIM-10 : M79.0)

2. Quelles sont vos constatations médicales objectives ?

a) Sont-elles cliniquement objectivables d'un point de vue organique (IRM, RX, US, etc) ?

Selon nos observations, M. P._____ souffre d'alexithymie qui se manifeste par l'incapacité à exprimer ses émotions autrement que par son corps. La souffrance psychique du patient s'exprime au niveau corporel à travers divers troubles fonctionnels, raison pour laquelle nous avons posé le diagnostic d'un état dépressif moyen, car nous estimons que l'état dépressif de M. P._____ se manifeste par des plaintes somatiques et en particulier des douleurs. Nous pensons que la composante affective est très discrète.

Selon son anamnèse, durant son enfance le patient a subi de la maltraitance psychique et physique de la part de son père qui

souffrait d'une problématique liée à l'alcool. Les distorsions cognitives (conclusions hâtives) que présente le patient conduisent à une vision négative de soi et du futur, ainsi qu'à un dysfonctionnement relationnel (problèmes dans le couple) et à des pertes de rôles dans sa vie quotidienne (d'un point de vue professionnel, parental, conjugal et social). La douleur chronique de M. P._____ génère une appréciation négative de soi et un sentiment de tristesse qui renforce son isolement et favorise le maintien du trouble dépressif. La dépression et la douleur chronique se contaminent et s'aggravent mutuellement en se maintenant.

Nous avons également posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, car selon nos observations, M. P._____ présente un tableau clinique dans lequel la douleur significative est prédominante, et pour laquelle de facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'aggravation et la persistance (chaque reprise de contact avec la famille génère chez le patient une exacerbation de la douleur et de la symptomatologie dépressive). Par ailleurs, nous considérons que le syndrome douloureux somatoforme est corrélé avec le trouble dépressif présenté par le patient. Il existe un chevauchement entre ces deux tableaux cliniques.

De plus, même si M. P._____ ne présente pas l'ensemble des critères de cette pathologie, selon la CIM-10, nous estimons que le patient souffre d'un état de stress post-traumatique. En effet, la maltraitance physique qu'il a subie de la part de son père pourrait favoriser le développement de certains symptômes de la pathologie, et les accidents du travail (chutes) en 2008 et 2015 ont fortement contribué à l'exacerbation des symptômes enkystés dans le psychisme du patient, suite à la maltraitance dans son enfance. Selon l'anamnèse, M. P._____ était régulièrement battu par son père au niveau du dos. Nous estimons que la présence de la douleur à cet endroit peut être perçue par le patient comme une menace qui est vécue comme un véritable flashback du passé, avec la conséquence d'une hausse de l'anxiété et d'une symptomatologie dépressive, et qui représente, à notre avis, un symptôme résiduel dans le cadre de l'état de stress post-traumatique chronique. A noter également que M. P._____ manifeste quelques éléments d'hypervigilance (sursauts et insomnie) qui s'inscrivent également dans le tableau de l'état de stress post-traumatique.

3. Quelle est la capacité de travail actuelle ?
a) Dans l'activité exercée ?

Cf. ci-dessous

b) Dans une activité adaptée ?

Nous ne pouvons pas nous prononcer sur la capacité de travail au niveau physique. Nous estimons que dans une activité adaptée et au niveau physique, M. P._____ pourrait commencer à exercer une activité à 50%. Par la suite, la capacité de pourcentage de travail devrait être réévaluée au fur et à mesure de l'évolution clinique [...] » ;

- un rapport du Dr J. _____ du 26 février 2019 dont on extrait ce qui suit :

« 1- Diagnostics exacts ? Justification :

- Céphalées multifactorielles (tensionnelles, post traumatiques, migraineuses)
- polytraumatisme sur chute de plusieurs mètres (30/04/2008) avec :
 - traumatisme crânio cérébral : fracture du rocher gauche, sinus sphénoïdal et occipital
 - contusion frontale droite > gauche, coma prolongé
 - fracture-tassement plateau supérieur L1 et déplacement d'un petit fragment antérieur de 2mm
- polyarthralgies chroniques avec fibromyalgies (ACR 2010, CIM 10 : M79.0)
- chutes dans les escaliers (12/01/2015) avec contusions lombaires jambe et poignet droit
- coxarthrose débutante prédominante à gauche
- séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsales basses (nodules de Schmorl charnière dorso lombaire)
- Apnées du sommeil modérées (03.07.2018) traitées avec orthèse avancée mandibulaire
- Syndrome NASH métabolique (03.12.2018)
- épisode dépressif moyen (CIM-10:F33.2)
- syndrome somatoforme douloureux persistant (CIM10:F45.4)
- syndrome post maltraitance dans l'enfance (CIM-10:Z61.6)

2- Quelles sont vos constatations médicales objectives :

Ce patient présente un tableau complexe de fibromyalgie reconnue par les spécialistes (CHUV unité spécialisée, HEC service d'antalgie, Neurologue EHC [...]) aggravée par un syndrome somatoforme bien expliqué par le service de psychiatrie G. _____.

La découverte d'un syndrome de NASH métabolique rend complexe la prise en charge antalgique en raison d'une hypermétabolisation des médicaments et parfois de phénomènes de relargages médicamenteux tardifs.

Vous trouverez ci joint tous les rapports détaillés de nos éminents confrères spécialisés.

3- Capacité de travail actuelle :

a- dans l'activité exercée : 0 %

b- dans une activité adaptée : en juin 2016, une proposition de 50-60% avait été proposée en travail administratif adapté, mais malheureusement, l'évolution du syndrome fibromyalgique et psychologique rend ce jour impossible toute tentative de reprise de travail même adaptée.

4- Comment justifiez-vous les limitations constatées (constat clinique concluant, qui explique les limitations attestées) :

Sur le plan physique : le syndrome myalgique est responsable d'une myalgie diffuse axiale et proximale spontanée et aggravée par l'effort, avec des apex responsables de symptômes vasomoteurs : vertige, vomissements, labilité tensionnelle sévère, jusqu'à des malaises avec perte de contact. De même, il existe chez ce profil de patient une grande thermosensibilité.

Il est inconcevable dans ce contexte que ce patient puisse : porter des charges, grimper aux échelles, être en poste stationnaire, exercer des tâches répétitives, avoir usage répété des escaliers, être en poste stationnaire.

Sur le plan psychique, la dépression et les antécédents tant professionnels que privés ont rendu ce patient inapte à gérer ses douleurs somatiques et l'impasse socio-professionnelle actuelle.

5- Quelle est la description du poste de travail pour une activité adaptée ? Aucune

Le patient, en 2017, en s'annonçant aux services sociaux et de compensation, a tenté une formation intégrée de représentant : ce fut catastrophique malgré le travail au bureau et les déplacements en voiture.

Dans ces conditions, il m'est impossible de définir un poste adapté à ce jour.

6- Quels sont vos commentaires ?:

Le patient a toujours démontré une grande volonté tant dans les protocoles de soins, approches thérapeutiques, et hospitalisations.

Il me semble aujourd'hui que malgré son adhésion aux soins, il ne soit plus possible de le réinsérer professionnellement tant le syndrome fibromyalgique, le NASH, et les différents traumatismes passés sont aujourd'hui intriqués : chaque déception thérapeutique, chaque impasse sociale, aggravent sa dépression.

La décision AI est basée sur des éléments de 2016. Or ce patient était en arrêt à 100 % en 2016 ».

Par décision du 1^{er} mai 2019, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel, en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante qui justifierait une incapacité de travail de longue durée.

B. Par acte du 3 juin 2019, P._____, représenté par Swiss Claims Network SA, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il conteste en substance l'évaluation de la capacité de

travail et la qualité de force probante accordée à l'expertise du SMEX pour procéder à l'évaluation de l'invalidité.

Il produit à l'appui de son recours notamment les documents suivants :

- un rapport du 16 mai 2019 des Drs S. _____ et H. _____, cosigné par la psychologue D. _____, exposant ce qui suit :

« 1. Etes-vous d'accord avec les conclusions d'experts ? Si non, veuillez expliquer votre position et la justifier sous l'angle médical.

Durant le suivi au Centre de psychiatrie et psychothérapie G. _____, nous avons posé un diagnostic qui n'est pas le même que celui constaté par des experts :

Episode dépressif moyen, actuellement en rémission partielle (CIM-10 : F33.2)

Syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F45.4)

Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (CIM-10 : Z61.6)

Selon l'anamnèse rapportée par le patient, M. P. _____ a été victime de maltraitance dans son enfance, il a été battu régulièrement par son père qui présentait, selon ses dires, une problématique d'alcool. La souffrance psychique du patient en rapport avec cette maltraitance n'a jamais été prise en considération ni reconnue par sa famille, ni par l'école. Selon nos observations, M. P. _____ souffre d'une alexithymie qui se manifeste par l'incapacité à exprimer ses émotions autrement que par son corps. En effet, la maltraitance durant l'enfance est associée à plusieurs impacts négatifs sur la santé mentale, lesquels s'expliquent notamment par les difficultés à réguler les émotions (y compris la tristesse qui est souvent minimisée ou pas exprimée verbalement et la peur exprimée à travers divers symptômes somatiques). Nous estimons que le patient a développé l'alexithymie comme un mécanisme de défense en réaction à une certaine indifférence de l'environnement extérieur dans lequel il s'est construit par rapport à ses émotions. En effet, nous estimons que M. P. _____ cherche à contrôler ses émotions pour se donner de l'assurance et ne pas avoir l'impression d'envahir les autres avec celles-ci. Suite à la mise en place d'un suivi régulier dans notre Centre pendant des mois, le patient a réussi à nommer la colère, la tristesse, ainsi que le sentiment de culpabilité et de déception. La souffrance psychique du patient s'exprime au niveau corporel à travers divers troubles fonctionnels, raison pour laquelle nous avons posé le diagnostic d'un épisode dépressif moyen, car nous estimons que l'état dépressif de M. P. _____ se manifeste par des plaintes somatiques, et en particulier par des douleurs. Nous pensons que la composante affective est, au vu de ce qui précède, très discrète.

Nous avons également posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, car selon nos observations, M. P. _____ présente un tableau clinique dans lequel la douleur significative est prédominante, et pour laquelle des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'aggravation et la persistance (chaque reprise de contact avec la famille génère chez le patient une exacerbation de la douleur et de la symptomatologie dépressive). Par ailleurs, nous considérons que le syndrome douloureux somatoforme est corrélé avec le trouble dépressif présenté par le patient. Il existe un chevauchement entre ces deux tableaux cliniques. Chaque fois que M. P. _____ est confronté aux facteurs de stress externes ou internes, nous observons une augmentation significative des douleurs et en même temps une recrudescence de la symptomatologie anxio-dépressive présentée par le patient.

De plus, même si M. P. _____ ne présente pas l'ensemble des critères de cette pathologie, selon la CIM-10, nous estimons que le patient souffre d'un état de stress post-traumatique. En effet, la maltraitance physique qu'il a subie de la part de son père pourrait favoriser le développement de certains symptômes de la pathologie, et les accidents du travail (chutes) en 2008 et 2015 ont fortement contribué à l'exacerbation des symptômes enkystés dans le psychisme du patient, suite à la maltraitance physique dans son enfance. Selon l'anamnèse, M. P. _____ était régulièrement battu par son père au niveau du dos. Nous estimons que la présence de la douleur à cet endroit peut être perçue par le patient comme une menace qui est vécue comme un véritable flashback du passé, avec la conséquence d'une hausse de l'anxiété et d'une symptomatologie dépressive, et qui représente, à notre avis, un symptôme résiduel dans le cadre de l'état de stress post-traumatique chronique.

2. Quelles sont les faiblesses de l'expertise, sous l'angle formel, médical et au niveau des conclusions ?

Selon notre observation, plusieurs critères de l'état de santé psychique ne sont pas entièrement pris en considération par les conclusions de l'expert : M. P. _____ présente un réseau social extrêmement restreint et se sent rejeté par son entourage avec une perte d'intégration sociale depuis environ trois ans.

Selon nous, la dimension psychotraumatologique de la clinique du patient n'a pas été recherchée par les experts et son impact sur la symptomatologie actuelle et sur la capacité de résilience du patient n'a pas été pris en compte. L'aspect traumatique peut être à l'origine des nombreux symptômes présentés par M. P. _____, dont la scission avec les émotions (comme mécanisme de protection) et par conséquent, la présentation de la souffrance liée sous forme de symptômes physiques. Cette présentation physique des symptômes a donc été attribuée à tort à une forme de théâtralisme démonstratif. La difficulté des examinateurs à percevoir la souffrance réelle du patient provient du fait même que ce dernier doit couper tout accès à ses émotions (dissociation), qui ne sont donc pas transmises dans la relation, ou seulement dans une relation de confiance de longue durée.

Le traitement psychiatrique-psychothérapeutique incluant également une approche psychothérapeutique spécialisée en psychotraumatologie est assuré par Mme [...], psychologue-psychothérapeute reconnue au niveau fédéral.

Selon notre observation, M. P. _____ présente un état psychique cristallisé, avec un pronostic réservé sur le plan thérapeutique, dont seule la prise en charge pluridisciplinaire et de longue durée pourrait aider à résoudre les conflits psychiques intérieurs du patient. Actuellement, l'état de santé psychique demeure fragile : M. P. _____ continue à bénéficier de séances de psychiatrie et de psychothérapie intégrées d'orientation systémique ainsi que d'un suivi au Centre d'antalgie de Morges avec un traitement par l'hypnose, des séances de stimulation magnétique transcrânienne et l'enseignement de l'autohypnose.

Enfin, malgré la forte motivation et les efforts fournis par M. P. _____ afin de surmonter les douleurs présentées, il doit lutter contre de fortes résistances inconscientes internes dues à sa pathologie, ayant pour effet une tendance à une amélioration médiocre et éphémère par les traitements ambulatoires ou hospitaliers et par les mesures de réhabilitation dont le patient a bénéficié tout au long de son traitement par plusieurs médecins. Les conditions évoquées ci-dessus nous semblent entraîner une invalidité chez le patient qui l'empêche de bien fonctionner dans la vie quotidienne et ne favorise donc pas une intégration professionnelle.

3. Quelle est la capacité de travail

- dans l'activité exercée ?

- dans l'activité adaptée ?

- Si votre avis diffère de celui des experts, veuillez expliquer les raisons et justifier par des éléments médicaux votre position

Nous ne pouvons pas nous prononcer sur la capacité de travail physique. En revanche, au niveau psychique, nous estimons qu'il serait contre-productif pour M. P. _____ de travailler dans l'activité exercée auparavant.

En effet, en raison de l'instabilité des douleurs qui sont fortement corrélées avec le trouble de l'humeur qui varie chez le patient en fonction de la gravité et du degré des douleurs et des facteurs sociaux et relationnels ainsi que de la présence de certains symptômes probablement enkystés dans le psychisme du patient depuis son enfance, nous estimons que M. P. _____ pourrait au départ commencer à exercer une activité adaptée à 50%, puis la capacité de travail au niveau psychique devra être réévaluée au fur et à mesure de l'adaptation à l'activité et de l'évolution de l'état de santé psychique du patient ».

- un rapport du 21 mai 2019 signé du Dr J. _____, se déterminant comme suit sur l'expertise SMEX :

« Concernant vos questions :

A) « est-elle concluante, pertinente et exhaustive ? »

Non car :

1. la lecture des différents rapports émis par la Clinique de [...] ainsi que du rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA est particulière : jamais il n'a été clairement notifié (cf liste ci-dessus) que Mr P. _____ était apte à reprendre le travail comme le rédige le médecin expert mandaté par l'OAI. Au contraire, plusieurs passages soulignent le pronostic sombre quant à une éventuelle reprise de travail, avec l'évocation rapide de traits dépressifs et fibromyalgiques ACR 2010 (constituant une atteinte de fait durable à la capacité de travail).

Le scoring ACR 2010/2011 fibromyalgie est certes utilisé mais le médecin ne détaille pas la signification exacte des compartiments constituant le scoring :

Troubles du sommeil- fatigue- troubles cognitifs- symptômes somatiques

Ce sont des critères de SÉVÉRITÉ de la fibromyalgie ! Et non uniquement des critères « dérangement » ! L'expert évalue lui-même le score total à 30 ce qui correspond au scoring quasiment maximal ! Un point surprenant : la palpation du bilan musculo-articulaire est décrite initialement indolore mais le scoring fibromyalgique est maxima[1] (les zones épicondyliennes et avant-bras font partie des régions de diagnostic de la fibromyalgie).

2. Le patient est bien suivi au Centre d'antalgie de Morges mais depuis 2018 : le courrier de 2015 cité en référence vient de la rupture de soins par la patient en raison de son incapacité initiale à croire au syndrome fibromyalgique
3. L'expert conclut à l'absence d'atteinte articulaire ou limitation musculo-squelettique. Or la définition même de la fibromyalgie :

« La fibromyalgie est un syndrome douloureux musculo-squelettique d'évolution chronique évoluant depuis au moins trois mois. Mis à part ce critère, selon l'ACR, la fibromyalgie est définie par la présence de douleurs qui touchent les deux hémicorps à la fois au-dessus et au-dessous de la taille, aux niveaux axial et périphérique. Il faut avoir une douleur à la pression digitale de 4 kg/cm² (ou exprimé différemment, jusqu'à ce que l'ongle du pouce devienne blanc) d'au moins onze des dix-huit points de la fibromyalgie.

Avec ces critères, la sensibilité est de 88,4% et la spécificité de 81,1% ».

Extrait issu de l'article rédigé par le Prof SO, rhumatologue, ancien responsable du pôle rhumatologie du CHUV, au bénéfice de la revue médicale Médecine et Hygiène 2011.

B) « Se fonde-t-elle sur un examen complet du patient : »

oui pour l'examen clinique

non pour l'anamnèse :

1. apnée du sommeil modérée non relevée dans l'anamnèse de l'expert (hors les documents avaient remis au patient).
2. la description faite par l'expert des troubles digestifs est minime : le patient, lors des vomissements à domicile (et non simples pyrosis) pouvait perdre connaissance, description en janvier 2018 d'une gastro parésie (troubles sévères de la vidange gastrique).
3. les différents éléments discordants relevés ci-dessus.

C) « durée de l'expertise ? »

Une heure est insuffisante :

Notamment l'expertise psychiatrique me semble totalement insuffisante :

Le rapport du médecin psychiatre traitant était très détaillé :

1. maltraitance dans l'enfance
2. a toujours subvenu aux besoins de sa famille (frère, parents)
3. sa famille a rompu tous les liens avec lui dès qu'il s'est retrouvé en cessation d'activité : il lui a été reproché de ne plus pouvoir subvenir à leur besoin.
4. par conséquent ce patient vit un équivalent civile de syndrome post traumatique : il a survécu à un grave premier accident, puis a réussi à relancer une activité professionnelle, mais le second accident a probablement somatiquement plus simple, a complètement rompu cet équilibre.

Il me semble presque impossible de faire un status psychiatrique et somatique dans le délai annoncé avec un tel background.

D) « Les conclusions sont-elles correctes ? »

NON :

Les troubles somatoformes, de par leur sévérité leur rendent impossible la réadaptation professionnelle en l'état, d'autant plus que ce patient s'est épuisé à tenter des expériences professionnelles de lui-même et de façon déclarée aux services sociaux.

De même, comme évoqué par l'équipe pluri disciplinaire G. _____, les ressources psychologiques du patient sont épuisées.

E) « Conclusions et le taux de Mr P. _____ ? »

Le syndrome douloureux musculo-squelettique chronique sévère (critères ACR10) n'autorise aucune position stationnaire prolongée ni le port de charge, et présente des apex douloureux imprévisibles.

La souffre psychiatrique de ce patient épuise ses ressources et ses capacités de faire face aux épreuves, rend nulle sa capacité d'adaptation et son endurance face aux objectifs et l'autorité.

Une personne ayant été victime de maltraitance est-elle en mesure d'affronter seule une expertise destinée à vérifier la véracité des dires du patient ?

Il me semble licite que ce patient soit déclaré inapte au travail à 100% entre l'atteinte musculo-squelettique et psychiatrique.

Je ne conteste pas la difficulté à évaluer ce type de patient lors d'une expertise. Par contre, la lecture des rapports fut vraiment trop « ciblée », certaines appréciations contradictoires et l'analyse psychiatrique trop rapide : une simple demande détailler les problèmes de famille aurait permis de comprendre que ce patient a été maltraité et donc est conditionné à répondre aux attentes, même en soupirant ».

Dans sa réponse du 26 août 2019, l'intimé conclut au rejet du recours, en se ralliant aux conclusions de l'avis SMR du 30 juillet 2019. Selon cet avis, il n'y a pas d'éléments médicaux objectivement vérifiables significatifs permettant de s'écarter des conclusions du SMEX, le caractère incapacitant d'un trouble somatoforme persistant ne saurait être retenu en raison notamment de l'absence de comorbidité psychique. Selon le SMR, les conclusions de l'expertise sont cohérentes avec celles émises par la CNA et il est peu probable qu'une stéatohépatite non alcoolique (NASH) diagnostiquée en décembre 2018 soit incapacitante, en particulier depuis 2015, sans que des limitations fonctionnelles précises en lien avec cette atteinte ne soient décrites.

Le 11 septembre 2019, le recourant maintient ses conclusions, sans apporter de nouveaux éléments.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir

s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments

pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à

une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur le rapport d'expertise du SMEX SA du 25 octobre 2018 des Drs U._____ et Y._____. Il a ainsi retenu que, dans la mesure où le recourant présentait une pleine capacité de travail au 1^{er} novembre 2015, il n'avait pas droit au versement d'une rente.

b) Sur le plan somatique, les conclusions du Dr Y._____ apparaissent convaincantes. Il a procédé à des examens complets du recourant et a pu exclure toute maladie inflammatoire rhumatismale. Il a ainsi considéré que l'intéressé ne rencontrait aucune limitation fonctionnelle somatique susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail. L'expertise rhumatologique remplit, pour elle-même, les critères déjà évoqués et requis par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante, dès lors qu'elle contient les éléments pertinents de l'anamnèse du recourant, une analyse des pièces du dossier, des conclusions non sans que l'expert ait procédé à une discussion étayée du cas d'espèce après avoir examiné cliniquement l'intéressé et pris en compte ses plaintes

Les conclusions d'ordre somatique posées par le Dr Y._____ ne sont contredites par aucun document médical subséquent au dossier du recourant. En particulier, la conclusion du Dr J._____ selon laquelle le syndrome myalgique rendait inconcevable le port de charges, la position stationnaire et l'exercice de tâches répétitives ne saurait être suivie Les

conclusions du Dr Y._____ sont au demeurant corroborées par l'appréciation du Dr F._____ de la Clinique B._____, qui avait également conclu à l'absence de lésion spécifique sur le plan ostéo-articulaire, précisant notamment qu'il n'y avait aucun argument pour une atteinte inflammatoire ou traumatique (cf. rapport de la Clinique B._____ du 11 septembre 2015). Dès lors, il convient de se rallier de ce point de vue aux conclusions des experts du SMEX.

On relèvera en outre, à l'instar du SMR, qu'il apparaît peu probable qu'une stéatohépatite non alcoolique (NASH) diagnostiquée en décembre 2018 soit incapacitante, en particulier depuis 2015, sans que des limitations fonctionnelles précises en lien avec cette atteinte ne soient décrites.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre qu'aucune atteinte incapacitante sur le plan somatique n'a été retenue.

c) Sur le plan psychiatrique, l'expertise a été confiée à la Dre U._____, laquelle a également conclu à l'absence de diagnostic incapacitant.

i) La Dre U._____ a pris soin d'indiquer l'anamnèse détaillée de l'assuré, en relevant l'ensemble de ses plaintes. Elle a ensuite décrit le quotidien du recourant, ainsi que son environnement, puis a fait état des constats effectués dans le cadre de son examen. Dans ce contexte, elle a en particulier relevé que le comportement du recourant face à la maladie était cohérent, qu'il cherchait à trouver l'origine de ses troubles, se montrait proactif et cherchait des réponses. L'experte a également constaté que la capacité relationnelle du recourant et son aptitude à nouer des contacts étaient tout à fait bonnes et que la gestion de l'affect était correcte. La psychiatre a encore relevé que l'intentionnalité et le dynamisme étaient intacts. Selon la Dre U._____, la lecture du dossier et l'examen clinique ne permettaient pas de retenir de limitation psychiatrique pouvant empêcher le recourant de participer normalement à ses activités quotidiennes, que ce soit à son domicile ou dans une activité

lucrative. Elle a ainsi retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F 45.1), considérant qu'il était toutefois sans incidence sur la capacité de travail. L'experte a noté que ce diagnostic était confirmé par les rapports des autres médecins, en particulier celui du service psychosomatique de la Clinique B._____ du 1^{er} septembre 2019, qui concluait à l'absence de diagnostic sur le plan psychiatrique. L'experte a également relevé que le recourant avait été pris en charge sur le plan psychiatrique depuis 2017 seulement et n'avait pas bénéficié de traitement particulier sur le plan psychiatrique, si ce n'est du Saroten, traitement de prédilection des symptômes douloureux et de la migraine. La Dre U._____ a en outre noté que le recourant n'avait pas de vision négative de l'avis, ni propos négatifs si ce n'est ceux centrés sur sa relation à ses parents. Elle a précisé à cet égard que l'intéressé centrait le débat sur son enfance, indiquant avoir été maltraité par un père qui rencontrait des problèmes d'alcool et pouvait se montrer violent. L'experte psychiatre a nié l'existence de trouble de la vigilance, de trouble de l'attention, de la concentration et de l'humeur.

Elle a indiqué que le recourant aurait développé une détresse psychologique après avoir perdu son entreprise d'une part, et, d'autre part, suite à ses problèmes d'ordre familiaux en 2016, mais exposé que cet état n'était plus d'actualité, soulignant qu'au jour de l'entretien, il ne pouvait être relevé aucune symptomatologie anxieuse ou dépressive relevant d'un diagnostic structuré. Pour la Dre U._____, le recourant était dans l'autolimitation et l'exagération, parlant sans arrêt de sa symptomatologie en lien avec son passé et des symptômes réactionnels survenus immédiatement après son accident de 2015. Selon l'experte, ces symptômes n'étaient toutefois pas en lien avec la symptomatologie actuelle, ce d'autant plus qu'aucune symptomatologie psychiatrique limitant n'était relevée au jour de l'expertise. Dans ces conditions, l'experte-psychiatre a retenu que la capacité de travail était entière et l'avait toujours été, dans toute activité et que cela ne devrait pas changer si le contexte actuel était maintenu.

L'expertise de la Dre U._____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4 *supra*). Non seulement, comme indiqué ci-dessus, l'anamnèse est bien décrite, mais cette médecin a pris le soin d'exposer les raisons la conduisant à nier l'existence d'une atteinte invalidante au plan psychiatrique. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Il n'y a pas lieu de s'en écarter.

ii) De son côté, le recourant n'apporte aucun élément de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions de l'experte psychiatre.

En particulier, le fait que les Drs S._____ et H._____, dans leur rapport du 16 mai 2019, aient posé des diagnostics différents sur le plan psychiatrique, en particulier celui d'épisode dépressif moyen, actuellement en rémission partielle (F 33.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et de difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à son enfant (Z61.6), ne permet pas de faire un autre constat. Les Drs S._____ et H._____, ne font pas mention, dans le rapport précité, d'éléments nouveaux, respectivement d'éléments qui auraient été ignorés par la Dre U._____ dans le cadre de son expertise (cf. consid. 3d *supra*). Contrairement à ce qu'affirme le recourant, la Dre U._____ a bien relevé dans l'anamnèse que celui-ci avait été victime de maltraitance dans son enfance, particulièrement par son père qui présentait un problème d'alcool. Le fait que cette maltraitance n'ait pas été reconnue et ait des impacts négatifs sur le recourant, parmi lesquels des difficultés à réguler ses émotions, ne permet toutefois pas de conclure à une atteinte incapacitante. Au demeurant, le raisonnement des psychiatres traitants, consistant à dire que l'alexithymie - qui se manifeste par l'incapacité à exprimer ses émotions autrement que par son corps - développée en réaction à une certaine indifférence de l'extérieur vis-à-vis des souffrances de l'intéressé et qui fonderait le diagnostic d'un épisode dépressif moyen se manifestant par des douleurs, ne convainc pas. Quoi qu'il en soit, ledit épisode dépressif moyen, est, d'après les dires des psychiatres traitants, en rémission partielle. S'agissant des autres

diagnostics retenus, force est de constater que les psychiatres traitants n'apportent aucune preuve de leur éventuel caractère incapacitant. Les Drs S._____ et H._____ errent également lorsqu'ils affirment que plusieurs critères de l'état de santé psychique du recourant ne sont pas entièrement pris en considération. Contrairement à leurs allégations, le réseau social restreint de l'intéressé a été relevé par la Dre U._____. En outre, le fait que l'assuré se sente rejeté ne suffit pas encore à conclure qu'il ne disposerait plus de ressources. Dès lors, la conclusion des psychiatres traitants quant à l'existence d'une capacité de travail limitée à 50 % ne saurait être suivie.

Le rapport du Dr J._____ du 21 mai 2019 ne permet pas non plus de remettre en cause les conclusions de l'expertise du SMEX. Contrairement à ce que soutient ce praticien, le pronostic sombre quant à une reprise du travail par le recourant a bien été relevé. Cela étant, il résultait de facteurs contextuels et non médicaux, de sorte qu'ils ne pouvaient être pris en considération. Le fait que l'examen psychiatrique n'ait duré qu'une heure n'est au demeurant pas déterminant. En effet, la durée de l'examen - qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical - ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, puisque son rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées).

c) En définitive, les Drs S._____ et H._____, d'une part, et J._____, d'autre part, n'ont pas apporté d'élément significatif nouveau sur le plan médical permettant de remettre en question le rapport d'expertise du SMEX, les capacités de travail émises par les médecins traitants du recourant constituent une appréciation différente d'une même situation. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation des Drs U._____ et Y._____. Il en découle que, faute d'atteinte invalidante à la santé, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit être nié.

7. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier son appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c).

En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique telle que requise par le recourant.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 1^{er} mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de P._____.

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 :

- Swiss Claims Network SA (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurance sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :