



[...] [...]

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2020

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Feusi et M. Reinberg, assesseurs  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI**

**En fait :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, travaillait en tant qu'infirmier-chef auprès de la Maison de retraite de [...] depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1997 à 100% avant de présenter une incapacité de travail à 50% du 4 décembre 2015 au 7 janvier 2016 puis à 100% dès le 8 janvier 2016.

L'assuré a alors complété un formulaire de détection précoce de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 5 février 2016 et a été convoqué à un entretien le 24 février 2016. Il ressort du rapport initial relatif à cet entretien que l'assuré souffrait de douleurs aux jambes 24 heures sur 24, que depuis 2015, les problèmes étaient devenus « plus généraux », qu'il ressentait une grande fatigue, qu'il dormait 3-4 heures par nuit et se sentait constamment totalement épuisé et qu'il avait l'impression d'avoir 98 ans, précisant être épuisé « pour 3 fois rien ».

Le 19 mai 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des douleurs chroniques aux jambes ainsi qu'une perturbation hormonale, liés à la prise de médicaments.

Dans un rapport du 7 juillet 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que son patient était dans l'impossibilité de garder une position fixe pendant plus de 45 minutes et qu'il présentait une fatigabilité (pauses d'environ 2 heures après 1 heure de travail) avec somnolence après prise d'antalgiques.

Une expertise psychiatrique a été mise en œuvre le 2 juin 2016 sur demande du médecin-conseil de l'assureur perte de gain de l'assuré. Du rapport daté du 19 juillet 2016 y relatif, établi par la Dre O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, on retient ce qui suit :

« [...] »

### **Vie quotidienne**

L'expertisé se lève (sic) à 7h30 - 8h, prend le petit déjeuner seul ou avec son épouse qui travaille à domicile.

Au cours de la matinée, il se rend à ses rendez-vous médicaux puis se décrit comme très fatigué avec le besoin de se reposer. Il dort durant 2 heures environ, précisant ne pas être en forme.

A midi, il prépare le repas qu'il partage avec son épouse. Après le repas, il fait une sieste d'environ 30 minutes puis sort faire une promenade de 30 minutes. Tous les deux jours, il fait les courses au supermarché, en voiture. Il prend la Méthadone en raison de ses douleurs puis somnole ou s'endort trente minutes plus tard.

Vers 17h30, il prépare à tour de rôle avec son épouse le repas du soir, qu'ils partagent vers 18-19h avec leur fils et son épouse.

Après le repas, l'expertisé regarde la télévision ou lit.

Il s'occupe du ménage et fait le repassage trois fois un quart d'heure deux fois par semaine, participe aux tâches ménagères et passe l'aspirateur une fois par semaine, s'occupe des plantes d'appartement, fait les courses. Le samedi, il va au marché, accompagné de son épouse. Il ne fait plus de sport alors qu'auparavant il faisait beaucoup de marche, mais a renoncé en raison de ses douleurs des membres inférieurs.

La vie sociale de l'expertisé est décrite comme normale. Il a des amis qu'il voit régulièrement, environ une fois par mois, et avec lesquels il discute ou partage un repas. Il voit régulièrement sa fille et sa petite fille, âgée de 3 mois. Il aime promener sa petite fille en poussette. Il ne va plus ou que rarement au cinéma ou au théâtre, une fois par année.

L'expertisé est en possession d'un permis de conduire et se déplace en voiture.

Ils partent en vacances en général deux fois par année. En 2015, il est parti au mois de septembre à Locarno durant une semaine et, au mois de mai à Marrakech durant 12 jours, avec son épouse.

En 2016, il n'est pas parti en vacances. [...]

[...]

### **Anamnèse psychosociale et psychiatrique**

[...]

Fin 2015, l'expertisé signale une aggravation de son état au niveau de ses douleurs chroniques, des troubles du sommeil, des bouffées de chaleur, de la gynécomastie, de la fatigue et de l'état d'épuisement. Il précise également que ses douleurs chroniques sont présentes suite au traitement de statine depuis 18 ans.

[...]

### **Discussion :**

Il s'agit d'un expertisé âgé de 57 ans, qui a travaillé en qualité d'infirmier chef depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1997 à la Fondation de la Maison de retraite de [...] à un pourcentage de 100%.

Suite à l'aggravation de ses douleurs chroniques des membres inférieurs, accompagnée d'une importante fatigue, de troubles du sommeil et d'un état d'épuisement, l'expertisé est en incapacité de travail à 50% du 4 décembre 2015 au 20 janvier 2016 et à 100%, depuis le 21 janvier 2016 selon le dossier médical et depuis le 8 janvier 2016 selon l'expertisé.

Sur le plan psychiatrique, il bénéficie d'une prise en charge ambulatoire auprès du Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH à [...], et de séances d'hypnothérapie auprès de Madame M.\_\_\_\_\_, psychologue FSP.

Il vient à son rendez-vous avec un dossier épais de moult investigations sur le plan somatique.

Notre examen clinique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles paniques, de troubles phobiques, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de troubles obsessionnels compulsifs, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient.

Le patient réagit par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par son affection psychique et redoute une persistance et surtout une aggravation de son handicap et de sa douleur.

L'expertisé est authentique et aucune motivation comme la recherche d'une compensation financière n'a été objectivée.

Selon la nouvelle jurisprudence, l'expertisé ne présente pas de fragilité psychologique, de trouble de la personnalité morbide, il assume les tâches de la vie quotidienne, a une vie sociale normale mais, en raison de ses douleurs chroniques et de la fatigue, il se sent incapable de reprendre son activité professionnelle, même à mi-temps.

L'expertisé a du plaisir à s'occuper de sa petite fille, en 2015 il est parti en vacances sans problème particulier, accompagné de son épouse, il voit régulièrement ses amis et ses enfants.

Nous n'avons pas objectivé de facteurs non pris en considération par l'assurance tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, niveau de formation ou facteurs socioculturels.

Par rapport au syndrome de dépendance aux opiacés *d'origine médicale*, l'expertisé n'a pas souffert d'un trouble préalable ayant

valeur de maladie psychiatrique qui aurait pu conduire au syndrome de dépendance.

Nous avons retenu également le diagnostic de syndrome de dépendance aux opiacés, utilisation continue à but médical, sans incidence sur la capacité de travail. Le traitement a été introduit depuis en tout cas depuis (sic) 18 années, lorsque l'expertisé a été capable d'assumer une activité socioprofessionnelle normale.

Nous n'avons pas objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur.

Sur le plan purement psychiatrique, l'expertisé ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité. »

Dans un courrier du 13 juillet 2016 adressé par A.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain de l'assuré, à l'OAI, il est fait mention d'une incapacité de travail à 100% depuis le 21 janvier 2016.

Une expertise rhumatologique a été mise en œuvre sur demande de l'assureur perte de gain de l'intéressé. Du rapport y relatif établi le 25 août 2016 par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, on extrait ce qui suit :

« Le patient décrit tout au long de l'année 2015 la survenue progressive d'un épuisement physique conjointement à la reprise plus marquée de ses douleurs musculaires. Il décrit ne plus arriver à effectuer deux tâches simples durant la journée, être en mesure de rester assis au maximum pendant une heure puis avoir besoin de se reposer de façon prolongée. Selon l'anamnèse, cette asthénie a été mise sur le fait des effets secondaires de la Méthadone mais également de l'hypogonadisme qui n'est plus traité en raison des effets collatéraux des injections de testostérone sur ses valeurs de PSA [antigène prostatique spécifique]. Pour l'instant, afin de soulager les douleurs musculaires du patient, aucun autre approche médicamenteuse n'a été envisagée en raison des multiples effets indésirables de tous les traitements déjà administrés au patient, notamment la Méthadone mais également la testostérone ; la prudence a prévalu.

C'est essentiellement en raison de cet état d'asthénie très marquée, des douleurs chroniques des membres inférieurs qui ne trouvent pas leur solution avec la thérapie actuelle, que le patient est en arrêt de travail.

[...]

**[...] Diagnostic motivant l'incapacité de travail et existant depuis quand**

[...]

Au total, l'incapacité de travail actuelle est motivée par cette importante asthénie qui n'a pas trouvé d'amélioration avec les traitements entrepris, l'augmentation des douleurs musculaires post prise de statines qui sont insuffisamment contrôlées par les opiacés et de petites doses de Rivotril le soir. L'ensemble de ce qui précède, devrait à mon sens être évalué par un endocrinologue afin d'en déterminer l'impact sur la capacité de travail que je ne suis pas à même d'apprécier en tant que rhumatologue.

**[...] Durée habituelle de l'incapacité pour un tel diagnostic**

Je pense que les conclusions à cette question devraient être apportées par un endocrinologue qui serait plus à même que moi pour y répondre de façon adéquate.

[...]

**[...] La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?**

[...]

L'assuré paraît tout à fait sincère dans la déclaration de ses plaintes et de ses difficultés. Il souhaiterait selon l'anamnèse pouvoir reprendre son activité d'infirmier chef mais se déclare incapable d'y parvenir en raison de son intense asthénie, qui limite toutes ses activités quotidiennes quelles qu'elles soient et qui l'a dissuadé de partir en vacances cette année. »

Dans un rapport du 17 octobre 2016, la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, s'est contentée de mentionner qu'elle suivait le patient depuis avril 2016 pour un hypogonadisme hypogonadotrope symptomatique (symptômes cliniques et gynécomastie) d'origine probablement médicamenteuse, que ces médicaments ne pouvaient pas être diminués ou arrêtés et que la substitution en testostérone ne pouvait pas être donnée pour l'instant car la PSA était augmentée.

Par courrier du 28 février 2017, l'assureur perte de gain de l'intéressé l'a informé du fait qu'il mettait fin au versement des indemnités journalières en sa faveur à cette même date, dès lors que sans contester la présence de douleurs, le médecin-conseil n'avait pas pu constater de maladie l'empêchant d'exercer son activité habituelle.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a conclu, dans un rapport du 2 mars 2017, à une capacité de travail de son patient nulle depuis le 8 janvier 2016 dans toute activité en raison des douleurs chroniques, d'une limitation dans les déplacements et lors d'activités suivies et d'une incapacité à rester statique pour des périodes prolongées ainsi que d'une fatigabilité extrême obligeant le patient à limiter ses activités à 30 minutes par jour deux fois par jour et à faire deux pauses pour deux rampes d'escaliers.

En réponse à un questionnaire du 4 mai 2017 adressé par la protection juridique de l'assuré au Dr D.\_\_\_\_\_, celui-ci a répondu, le 11 mai 2017, en lien avec les expertises réalisées par la Dre O.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_, que la prise en charge de douleurs chroniques comme celles présentées par son patient ne relevait pas directement des spécialités exercées par les experts sélectionnés, dans la mesure où les spécialistes prenant en charge ce type de douleurs étaient les antalgistes (anesthésistes ou soins palliatifs) et les investigations étiologiques étaient menées par les neurologues, étant précisé que les troubles hormonaux secondaires au traitement étaient suivis par une endocrinologue. Il concluait toujours à une capacité de travail nulle dans toute activité.

Dans un avis du 7 juillet 2017, la Dre T.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a préconisé de réinterroger la médecin endocrinologue pour obtenir des renseignements concernant l'atteinte du patient pour laquelle elle le suivait.

En réponse à la demande du SMR, la Dre P.\_\_\_\_\_ a, par courrier du 25 août 2017, écrit que certains symptômes dont souffrait le patient pouvaient être attribués en partie à l'hypogonadisme présent chez celui-ci et pouvaient contribuer à une baisse de sa capacité de travail, tout en précisant qu'il était impossible de dire à quel taux ils y participaient et tout en mentionnant que ces symptômes semblaient s'être aggravés depuis début 2015. La Dre P.\_\_\_\_\_ indiquait encore que les limitations fonctionnelles d'ordre strictement endocrinologiques correspondaient à une fatigue, des troubles du sommeil ainsi qu'à la réduction de la masse musculaire.

Par courriel du 31 octobre 2017, l'assuré a fourni un rapport médical du 19 octobre 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, dans lequel ce médecin indiquait que l'assuré présentait des douleurs musculosquelettiques avec une lombalgie basse sur spondylose et facettarthrose L4-L5 et lombosacrée avec association d'une douleur de la péri-hanche droite sur insertionite trochantérienne ainsi que des douleurs mécaniques des genoux liées à une chondropathie (usure du cartilage) fémoro-tibiale interne modérée. Il proposait une médication phytothérapeutique ainsi qu'un traitement de physiothérapie.

A la demande du SMR, le Dr G.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 4 décembre 2017, précisé que, sur la base des éléments médicaux au dossier, l'assuré ne disposait pas d'une capacité de travail complète dans son activité professionnelle habituelle depuis le dernier trimestre 2015, sans pouvoir se prononcer plus en détail sur la capacité de travail de celui-ci.

Par avis du 9 janvier 2018, la Dre T.\_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volet psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne compte tenu du fait que la symptomatologie douloureuse diffuse présentée par l'assuré faisait penser à une atteinte douloureuse chronique de type trouble somatoforme douloureux qui demandait une évaluation pluridisciplinaire respectant les critères de la jurisprudence en matière d'affections psychosomatiques.

L'assuré s'est soumis à des examens rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne qui ont eu lieu respectivement les 21 août, 23 août et 26 septembre 2018 à la Clinique R.\_\_\_\_\_ (Clinique R.\_\_\_\_\_). Les experts ont retenu, dans leur rapport consensuel du 26 septembre 2018, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) qui, selon eux, était la cause majeure, voire exclusive, de l'incapacité de travail. Les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie

et psychothérapie et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, ont précisé ce qui suit :

« Les plaintes de l'assuré sont focalisées sur d'une part les douleurs intenses, répondant mal aux antidouleurs localisées au niveau des membres inférieurs au niveau des plantes et au niveau lombaire bas. Parallèlement il existe un état d'asthénie et d'abattement tel que l'assuré passe l'essentiel de son temps en position couchée. Si jusqu'à la survenue du trouble endocrinien, l'assuré était parvenu à adapter son poste de travail pour pouvoir maintenir une activité salariée, la survenue des difficultés hormonales dans le courant de l'année 2015 épuise ses ressources adaptatives, il vit depuis lors de manière recluse, ne trouvant plus l'énergie de se livrer à d'autres activités que celles de se nourrir, se laver ou se rendre en consultation chez l'un ou l'autre de ses thérapeutes.

L'approche clinique nous met face à un assuré collaborant non revendicateur, authentique. On est frappé par son aspect déconditionné, son obésité, il n'exhibe aucun comportement démonstratif, il paraît épuisé. L'examen de l'appareil locomoteur, confronté aux différents examens paracliniques, biologiques et radiologiques que nous avons pu consulté ne permettent en aucun cas d'expliquer l'origine des douleurs. Outre (sic) les diagnostics somatiques mentionnés ci-dessous nous sommes donc confrontés à un état douloureux chronique diffus (R52.9) que ne sous-tend aucune lésion organique claire. L'approche clinique psychiatrique écarte la présence de manifestations psychotiques florides, de trouble de l'humeur ou de trouble cognitif. On est cependant frappé par le caractère envahissant de ce syndrome douloureux qui affecte tous les aspects de la vie de cet assuré qui engendre une détresse manifeste. L'effondrement des ressources est tel qu'il s'en remet à son épouse qui satisfait pratiquement la totalité de ses besoins personnels. »

Les experts ont conclu à une capacité de travail nulle quel que soit le domaine professionnel envisagé depuis le début de l'année 2016.

A noter que sur le plan somatique, l'experte K.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 21 août 2018, les diagnostics de troubles dégénératifs du rachis dorso-lombaire (M19.88) et de tendinobursite trochantérienne bilatérale (M70.6).

Elle a également relevé ce qui suit :

« L'examen clinique est frappant par l'important déconditionnement musculaire et par l'excellente collaboration de l'assuré qui a aucun moment n'oppose de résistance ou de comportement démonstratif. Les signes de Waddell pour la lombalgie sont absents et on ne retrouve pas de points de fibromyalgies. Au final on se trouve devant un état douloureux chronique diffus auquel s'associent des lombalgies sur troubles dégénératifs et des

tendinobursites trochantériennes, étant (sic) douloureux qui ne paraît être expliqué par aucune lésion organique. Cet état douloureux entraîne des limitations dans toutes les activités de sa vie quotidienne. On soulève la cohérence entre la présentation, les plaintes de l'assuré et sa description de sa vie quotidienne. »

Enfin, la Dre K. \_\_\_\_\_ a conclu son rapport du 21 août 2018 en ces termes :

« M. B. \_\_\_\_\_ a interrompu toute activité professionnelle depuis janvier 2016 en raison de l'aggravation d'un état douloureux chronique diffus et d'une fatigue par des troubles hormonaux. Cet état douloureux chronique diffus évolue depuis des années, et s'est aggravé depuis deux ans. Depuis l'assuré avoue rester la plupart du temps allongé, incapable de s'adonner à quelque activité que ce soit. Même si aucun substrat clair aux douleurs ne peut être mis en évidence, l'incapacité de travail de l'assuré est manifestement totale, en raison de cet état douloureux, et ce dès janvier 2016. »

Au plan psychiatrique, l'expert X. \_\_\_\_\_, a, quant à lui, précisé ce qui suit dans son rapport du 23 août 2018 :

« Un trouble F68.0 « majoration de symptômes physique pour des raisons psychologiques » n'est pas retenu. Il n'existe pas d'attitude histrionique avec recherche de l'attention d'autrui. Il n'existe pas de plaintes sur-rajoutées.

[...]

Un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 est retenu.

Il existe dans ce cas un degré de gravité fonctionnelles constituée d'une importante atteinte à la santé qui contraint un sujet à ne quasiment plus pouvoir rien faire tant d'un point de vue personnel que social et professionnel.

Cet assuré alité quasiment 22 heures / 24 n'a quasiment plus de contacts sociaux, n'appartient à aucune société et ne fait quasiment plus rien de ses journées.

[...]

Il est actuellement dépassé dans ses capacités résiduelles et a consommé la quasi intégralité de ses ressources. Le contexte social en lui-même n'est pas mauvais chez un assuré qui n'a pas contacté d'importantes dettes et qui est marié à une infirmière massothérapeute indépendante.

Il n'y a pas d'idées de préjudice ou de recherche de compensation financière.

Epuisé, M. B. \_\_\_\_\_ est désormais incapable de s'adapter à des règles et routines, à des changements ou à une flexibilité. Il ne peut plus mettre en œuvre ses compétences spécifiques de tapissier-décorateur ou d'infirmier. La capacité d'endurance fait clairement défaut. La capacité à pouvoir nouer des liens tant en termes familiaux que de vie de groupe fait là aussi défaut M. B. \_\_\_\_\_ ne parvenant même plus à honorer les rares invités ou l'anniversaire de sa petite-fille Il n'effectue plus aucune activité spontanée. Cet assuré peine à se déplacer.

Pour toutes ces raisons je retiens une incapacité totale de travail.

Il est illusoire d'imaginer que cet assuré puisse reprendre une quelconque activité professionnelle. Son état est préoccupant et sévère.

Il l'est probablement depuis 2016, période de la fin de compensation des phénomènes algiques.

Le tableau clinique m'est apparu cohérent. Il n'y a pas de discrédance entre les plaintes de l'assuré et ce que j'ai pu observer objectivement à l'examen.

Le pronostic est mauvais du fait même de la sévérité de l'atteinte globale à la santé de cet assuré. »

Dans un avis du 5 décembre 2018, la Dre L. \_\_\_\_\_ du SMR a préconisé de réinterroger les médecins de la Clinique R. \_\_\_\_\_ en leur posant les questions suivantes :

« **Conclusion :**

[..]

- La Dresse O. \_\_\_\_\_ dans son expertise de juin 2016 donne une description de la vie quotidienne qui objective des ressources chez l'assuré : elle retient d'ailleurs une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques sans répercussion sur la CT [capacité de travail]. Comment expliquez-vous votre distanciation de cet avis et pour quelles raisons objectives ?
- Les éléments au dossier évoquent une aggravation courant 2017, ce que relève également la rhumatologue dans son rapport d'expertise ; le rapport d'expertise psychiatrique ne contient pas d'informations sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré entre 2016 et le jour d'expertise. Peut-on retenir une aggravation et la perte des ressources de l'assuré en octobre 2017 ? »

Dans un rapport complémentaire d'expertise du 8 janvier 2019, le Dr X. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit.

« Les éléments recueillis actuels qui nous ont amené à retenir le diagnostic de :

#### Syndrome somatoforme douloureux persistant F45.4

La description de ses activités quotidiennes alléguée par l'assuré re trouve (sic) un mode de vie reclus, quasiment grabataire, alité 22 heures sur 24 chez un expertisé qui ne fait quasiment rien de ses journées dans un contexte de réduction uniforme de ses activités dans tous les domaines de l'existence.

Il ne nous est pas possible de rejoindre la position d'une CT entière telle que retenue en 2016.

[...]

2016 est ce qui nous est apparu être un point d'inflexion dans la CT de l'assuré.

Il n'y a pas de distanciation vis-à-vis de ce qui a pu être cliniquement observé en 2016 tant en terme diagnostique que de la CT, il ne s'agit pas d'une contre-expertise mais d'une évaluation réalisée deux ans plus tard.

Les ressources que nous avons eu à considérer nous sont apparues comme anéanties. Elles ont pu être plus efficaces deux ans auparavant mais nous ne pouvons apprécier que ce qui nous avons observé de manière consensuelle en 2018.

Il existe un autre point d'inflexion de la CT relevé en 2017, également relevé en rhumatologie, il peut être considéré, au sens de la vraisemblance prépondérante, plus significatif que le pondérateur « probablement depuis 2016 ».

Il ne s'agit là que de vraisemblance prépondérante et non de certitude absolue, l'aggravation et la perte des ressources de l'assuré dès Octobre 2017 peut donc aussi être admise. »

Par courriel du 18 janvier 2019, l'assuré a écrit notamment ce qui suit (sic):

« Concernant les questions qui ressortent vis-à-vis d'une partie du rapport de la Doctoresse O.\_\_\_\_\_. La Doctoresse O.\_\_\_\_\_ dans l'entretien m'a demandé quelles étaient mes activités que je faisais avant mon arrêt de travail dans le cadre familial et mes réponses ont été écrites de la manière a (depuis mon arrêt de travail). [...] Mon activité depuis mon arrêt de travail consiste à être couché entre 20 et 23 heures sur 24, tant mon épuisement m'empêche de faire les activités habituelles tel que repassage, préparation des repas, achats du quotidien. Je ne faisais que ma toilette, manger, aller au wc. Mes rendez vous médicaux, je n'en faisais qu'un par journée et le matin, car après mon épuisement est tel que je devais me reposer et récupérer un peu d'énergie. Voilà ce que j'arrivai à faire depuis janvier 2016 [...] »

Une transaction a été signée les 8 et 26 janvier 2019, par laquelle l'assureur perte de gain de l'assuré s'est engagé à lui payer les

indemnités journalières pour la période allant du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 2 décembre 2017.

Dans un rapport SMR du 22 février 2019, la Dre L.\_\_\_\_\_ a mentionné ne pas comprendre sur quelle base s'appuyait l'expert psychiatre pour faire remonter l'IT [incapacité de travail] à début 2016 lorsqu'une spécialiste psychiatrique retenait une capacité de travail entière en juin 2016 pour un trouble qui n'atteignait de loin pas la gravité décrite lors de l'expertise de la Clinique R.\_\_\_\_\_. Elle a en outre considéré que l'expert psychiatre n'amenait pas d'élément objectif pouvant justifier sa position 2 ans plus tard, relevant que, selon lui, l'aggravation et la perte des ressources de l'assuré dès octobre 2017 pouvait être admise.

Par courrier du 5 mars 2019 adressé à l'OAI, l'épouse de l'assuré a décrit l'évolution du quotidien de son mari en expliquant qu'il y avait eu une forte aggravation de son état de santé en 2015, suivie à fin 2016 d'un nouveau palier d'aggravation et que dès le début 2016, il y avait eu une tentative d'améliorer son sommeil, en raison des douleurs qui l'empêchaient de dormir, avec un traitement qui avait déclenché des effets paradoxaux avec une agitation psychomotrice majeure, dont il avait mis 6 mois à se remettre sur le plan cognitif ainsi que des adaptations au niveau de son traitement antalgique (rotation d'opiacé) qui avaient été extrêmement éprouvantes provoquant à chaque fois sur une longue durée une exacerbation encore plus importantes des douleurs, péjorant à chaque fois davantage son état général.

En parallèle, l'OAI a, par projet de décision du 5 mars 2019, informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018, en précisant qu'il présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017 et que le délai d'attente d'une année était calculé à partir de cette date.

Dans un document daté du 18 mars 2019, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a attesté que dès janvier 2016, l'affection dont souffrait son patient avait eu des répercussions tant sur sa vie

professionnelle que privée, avec notamment une limitation très importante de ses capacités physiques l'empêchant d'avoir une activité suivie et l'obligeant à se reposer la majeure partie de sa journée (2 heures d'activité par jour maximum au total). Il en découlait une atteinte réelle à sa capacité à assumer les activités de la vie quotidienne et une incapacité de travail totale.

Par courrier du 2 mai 2019, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI du 5 mars 2019, en tant que le point de départ de la rente entière octroyée en sa faveur était le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et non le 1<sup>er</sup> octobre 2017

Le 13 juin 2019, l'assuré a sollicité qu'une décision formelle soit rendue, déjà en ce qui concernait la rente courante.

Par courrier du 26 août 2019, l'assuré a précisé que la rente était due dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et non dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017 comme mentionné dans les précédents courriers.

Le 17 septembre 2019, l'OAI, se référant à un avis juriste daté du même jour, a répondu à l'assuré qu'il y avait lieu de retenir que le début de l'incapacité de travail datait d'octobre 2017, arguant que la Dre O. \_\_\_\_\_ avait estimé sa capacité de travail entière, dans son rapport d'expertise du 19 juillet 2016, pour un trouble qui n'atteignait pas la gravité décrite dans l'expertise pluridisciplinaire du 9 janvier 2018 [recte : 26 septembre 2018].

Par décision du 10 octobre 2019 confirmant le projet du 5 mars 2019, l'OAI a octroyé à l'intéressé une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018.

**B.** Par acte du 30 octobre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que le point de départ de la rente se situe au 1<sup>er</sup> janvier 2017 en lieu et place du 1<sup>er</sup> octobre 2018.

Par réponse du 16 décembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en se référant à l'avis juriste du 17 septembre 2019.

Le recourant n'a pas répliqué.

**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 uniquement sur la question du début du droit à la rente, l'intimé estimant qu'il s'agit du 1<sup>er</sup> octobre 2018 alors que le recourant revendique des prestations dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**3. a)** 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne

droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

**b)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**4.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**5.** 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).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction

déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**6.** En l'espèce, l'intimé a octroyé une rente d'invalidité entière au recourant à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018. Il se réfère, dans sa réponse au recours, à l'avis juriste du 17 septembre 2019, qui lui-même se fonde principalement sur le rapport d'expertise psychiatrique de la Dre O.\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2016, pour justifier comme point de départ d'octroi de la rente la date du 1<sup>er</sup> octobre 2018. Le recourant, pour sa part, estime avoir droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et s'appuie essentiellement sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 26 septembre 2018 par les médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport d'expertise du 19 juillet 2016, la Dre O.\_\_\_\_\_, n'ayant retenu aucun diagnostic invalidant du point de vue psychiatrique, a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité. Or on rappellera que le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI uniquement pour des raisons somatiques, invoquant des douleurs aux jambes, ainsi qu'une perturbation hormonale, liées à la prise de médicaments. On comprend dès lors d'emblée mal pour quelles raisons l'intimé se fonde quasiment exclusivement sur le rapport d'expertise précité pour aboutir à la conclusion que l'incapacité de travail du recourant a débuté en octobre 2017. Cela étant, il convient de relever que ce rapport entre en contradiction avec les constatations faites par les médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_. Les médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_ ont, pour leur part, retenu une incapacité totale de travail du recourant depuis le début de l'année 2016. Ils expliquent de manière circonstanciée quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant en indiquant que son parcours professionnel a été parfaitement linéaire jusqu'à la prescription de la première incapacité de travail en novembre 2015 et qu'il a développé des douleurs des membres inférieurs initialement imputées à un médicament de la classe des statines prescrit au début des années 2000. Ils mentionnent que ces douleurs se sont aggravées malgré l'arrêt définitif de cette classe médicamenteuse, que c'est finalement la survenue

d'un hypogonadisme dans le courant de l'année 2015 qui a décompensé la situation et a abouti à une incapacité de travail totale dès janvier 2016. Ils relèvent notamment la présence de troubles dégénératifs dorsolombaire et d'une tendinobursite trochantérienne bilatérale. Ils soulignent le fait que si jusqu'à la survenue du trouble endocrinien, l'assuré était parvenu à adapter son poste de travail pour pouvoir maintenir une activité salariée, les difficultés hormonales apparues dans le courant de l'année 2015 ont épuisé ses ressources adaptatives, précisant que l'assuré vivait de manière recluse depuis lors, ne trouvant plus l'énergie de se livrer à d'autres activités que celles de se nourrir, se laver ou se rendre en consultation chez l'un ou l'autre de ses thérapeutes. Les médecins de la Clinique R. \_\_\_\_\_ retiennent au final le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant qui est, selon eux, la cause majeure, voire exclusive, de l'incapacité de travail du recourant. Ils expliquent pour quelles raisons ils écartent d'autres diagnostics comme la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, le recourant ne montrant pas d'attitude histrionique avec recherche de l'attention d'autrui, ni ne faisant état de plaintes sur-rajoutées (cf. rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 23 août 2018). A cet égard, on relèvera que le rapport de la Dre O. \_\_\_\_\_ est contradictoire en ce sens que celle-ci indique que le recourant est authentique et qu'il n'existe aucune motivation comme la recherche d'une compensation financière chez lui alors qu'elle retient précisément le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, en mentionnant que l'expertisé présente une nette amplification de ses plaintes somatiques. Il y a ainsi lieu de se rallier à l'appréciation des médecins de la Clinique R. \_\_\_\_\_ quant au diagnostic retenu, lequel a été posé dans les règles de l'art.

Reste à déterminer si l'on peut considérer que ce diagnostic permet de conclure à une incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. A cet égard, différents éléments au dossier viennent appuyer les constatations des médecins de la Clinique R. \_\_\_\_\_. En effet, il ressort tout d'abord du rapport initial établi à l'issue de l'entretien de détection précoce que le recourant invoquait qu'il avait l'impression d'avoir 98 ans, précisant être épuisé « pour 3 fois rien » et qu'il ressentait des douleurs

aux jambes 24 heures sur 24 (cf. rapport du 25 février 2016). Le Dr N.\_\_\_\_\_, certes sans se prononcer sur la capacité de travail du recourant, rapporte que le patient décrit tout au long de l'année 2015 la survenue progressive d'un épuisement physique conjointement à la reprise plus marquée de ses douleurs musculaires. Il décrit ne plus arriver à effectuer deux tâches simples durant la journée, être en mesure de rester assis au maximum pendant une heure puis avoir besoin de se reposer de façon prolongée (cf. rapport du 25 août 2016). Le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant, relève que dès janvier 2016, l'affection dont souffre son patient a eu des répercussions tant sur sa vie professionnelle que privée avec une limitation très importante de ses capacités physiques l'empêchant d'avoir une activité suivie et l'obligeant à se reposer la majeure partie de sa journée (cf. rapport du 7 juillet 2016 et attestation du 18 mars 2019). Il a attesté une incapacité totale de travail chez son patient dès janvier 2016. Le Dr G.\_\_\_\_\_ mentionne le dernier trimestre 2015 comme début de l'incapacité de travail sur la base des éléments au dossier (cf. rapport du 4 décembre 2017). L'assureur perte de gain a considéré que le recourant était en incapacité de travail totale depuis janvier 2016 (cf. courrier du 13 juillet 2016). Il ressort même du rapport de la Dre O.\_\_\_\_\_ qu'en 2016, le recourant n'est pas parti en vacances, contrairement aux années précédentes. Tous ces éléments contribuent à rendre la description de la vie quotidienne du recourant à partir de janvier 2016, figurant dans le rapport d'expertise des médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_, comme hautement vraisemblable et conforme à la réalité. Cette description rejoint d'ailleurs celle du Dr N.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 25 août 2016). En revanche, la description du quotidien du recourant faite par la Dre O.\_\_\_\_\_ ne trouve aucune assise et entre en contradiction avec les éléments du dossier. Du reste, cette description a été contestée par le recourant, lequel a soutenu que la spécialiste précitée avait mélangé les indications fournies concernant sa vie quotidienne avant et après l'arrêt de travail (cf. courriel du 18 janvier 2019). Par ailleurs, on relèvera que le rapport de la Dre O.\_\_\_\_\_ ne contient pas d'appréciation globale des atteintes à la santé du recourant et de leurs répercussions sur sa capacité de travail mais uniquement une évaluation de l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique ce qui n'est pas suffisant en l'espèce, compte

tenu des atteintes somatiques présentes chez ce dernier. Le rapport des médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_, en revanche, fournit une appréciation complète de l'état de santé du recourant, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Il doit se voir conférer une pleine valeur probante, dès lors qu'il contient une anamnèse détaillée, tient compte des plaintes du recourant, décrit le contexte médical, apprécie de manière claire la situation médicale et fournit des conclusions motivées. A cet égard, on relèvera encore que l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_ quant au fait qu'un point d'inflexion pouvait être admis dès octobre 2017 (cf. rapport du 8 janvier 2019) n'enlève rien au caractère probant du rapport d'expertise du 26 septembre 2018. En effet, le Dr X.\_\_\_\_\_ ne fait qu'admettre une aggravation de l'état de santé du recourant à partir d'octobre 2017, ce qui ne signifie pas encore que celui-ci disposait d'une capacité de travail avant cette date. Le rapport précité respecte en outre la procédure probatoire structurée applicable en matière de troubles psychiatriques dès lors que les experts se prononcent au moyen des indicateurs pertinents, tels que le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte, le contexte social et les ressources mobilisables et qu'ils procèdent à un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie du recourant.

En définitive, il convient de se rallier à l'avis des médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_, dont le rapport d'expertise a pleine valeur probante, et de retenir qu'après dix-huit ans de douleurs, le recourant n'a plus été en mesure de compenser ses phénomènes algiques, ayant épuisé toutes ses ressources, et que l'incapacité de travail totale remonte, au stade de la vraisemblance prépondérante, au mois de janvier 2016.

**7.** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 (conformément à l'art. 28 al. 1b LAI).

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. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 10 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B.\_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B.\_\_\_\_\_ le montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :