

VD_FINDINFO AI 114/14 - 70/2017 vom 8. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_114_14_-_70_2017

FR: VD_FINDINFO AI 114/14 - 70/2017 du 8 mars 2017

IT: VD_FINDINFO AI 114/14 - 70/2017 del 8 marzo 2017

Regeste

MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, REFORMATIO IN PEJUS, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 28 LAI, 17 LPGA, 88a RAI, 88bis RAI

Erwägungen

E. 25

septembre 2014, duplique du 21 octobre 2014 et détermination du 21 novembre 2014. A cette dernière date, le recourant a au surplus fait parvenir un certificat établi le 12 novembre 2014 par le Dr N._____, selon lequel il avait constaté une aggravation de l'état de santé de son patient « depuis environ une année ». H. Le juge instructeur a confié un mandat d'expertise psychiatrique au Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en date du 23 février 2015. Après examen clinique de l'assuré les 8 et 14 avril 2015 et analyse de son dossier, l'expert a communiqué son rapport le 17 avril 2015. Il a estimé que l'assuré ne souffrait d'aucun diagnostic psychiatrique susceptible d'influer sur sa capacité de travail. L'état de santé s'était donc amélioré « au moins depuis le 30 janvier 2012 » et la capacité de travail était entière sur le plan psychique. Les parties ont eu l'opportunité de se déterminer sur le rapport du Dr Z._____. L'OAI a modifié ses conclusions initiales par écriture du 12 mai 2015, proposant la réforme de la décision entreprise au détriment de l'assuré, en ce sens que le quart de rente versé fût supprimé, son état de santé ne représentant « plus une entrave à sa capacité de travail ». Par pli du 11 juin 2015, l'assuré a mis en doute la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr Z._____, estimant que ce dernier avait procédé à diverses constatations factuelles erronées et contestant avoir tenu certains propos retranscrits dans le rapport du 17 avril 2015. Il a persisté dans ses précédentes conclusions, tout en requérant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. L'expert a eu la possibilité de s'exprimer sur les critiques formulées par le recourant et a maintenu les conclusions contenues dans son rapport d'expertise par complément du 6 juillet 2015. L'OAI a réitéré sa position dans la présente cause par écriture du 21 août 2015. Quant à l'assuré, il a invoqué le 23 septembre 2015 un « parti pris » et une « méfiance injustifiée » de la part de l'expert à son encontre, requérant derechef la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique. Etaient annexés une prise de position du Dr T._____ du 31 août 2015 et des documents destinés à attester des soucis de santé de ses enfants. Par pli du 31 mars 2016, le juge instructeur a informé le recourant du risque de reformatio in pejus de la décision entreprise et lui a accordé l'opportunité de retirer son recours. L'assuré s'est déterminé le 20 mai 2016, précisant maintenir son recours et annexant une attestation du 29 avril 2016 du Dr N._____. Ce praticien confirmait la constante dégradation de l'état de santé de son patient et l'organisation d'infiltrations au niveau de la colonne lombaire au vu

de ses douleurs. L'assuré a par ailleurs fait parvenir à la Cour de céans un nouveau bordereau de pièces le

E. 28

juin 2016, contenant de récents rapports médicaux destinés à démontrer la péjoration de sa situation (cf. notamment : rapports de la Dresse Q._____, médecin généraliste et homéopathe, des 6 octobre 2015, 25 mai 2016 et 9 juin 2016, du Dr W._____, spécialiste en anesthésiologie, des 16 et 29 mars 2016 des suites des infiltrations réalisées dans la colonne lombaire, ainsi que du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, du 22 juin 2016). Le recourant a derechef fait valoir la nécessité d'une nouvelle expertise. L'OAI s'est pour sa part référé à ses précédentes conclusions par pli du 4 août 2016. A la demande du magistrat instructeur, Me Boschetti a communiqué à la Cour de céans la liste des activités déployées pour le compte de son mandant en date du 17 octobre 2016. Les faits et les arguments des parties seront repris ci-après dans la mesure utile. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) In casu, le recours formé le 4 juin 2014 contre la décision de l'OAI du 2 mai 2014 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Sont litigieux en l'occurrence le taux d'invalidité du recourant, respectivement l'appréciation de sa capacité de travail, et son droit à une rente d'invalidité, dans le contexte de la procédure de révision d'office initiée par l'intimé dès février 2013. 3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Selon la jurisprudence, le point de départ temporel pour examiner une éventuelle modification du degré d'invalidité dans le contexte d'une procédure de révision est la dernière décision entrée en force qui se fonde sur un examen matériel du droit avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5). Les communications – au sens de l'art. 74ter let. f RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) – peuvent servir de base de comparaison dans le temps

dès lors qu'elles résultent d'un examen matériel du droit (TF [Tribunal fédéral] 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1, in : SVR 2010 IV n° 4, p. 7 ; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065, p. 833).

b) L'art. 88a al. 1 RAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A teneur de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : - let. a : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; - let. b : rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner. Lorsque la suppression d'une rente est envisagée par la suite d'une reformatio in pejus, celle-ci ne peut être décidée que pour l'avenir, conformément aux art. 17 LPGA et 88bis al. 2 let. a RAI, soit au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Cas échéant, le recourant devra expressément être rendu attentif à la possibilité d'une réforme à son détriment et à la possibilité de retirer son recours (TF I 946/05 du 11 mai 2007 consid. 4.5 ; TFA I 278/02 du 24 juin 2002 consid. 3d ; I 225/99 du 25 février 2000 consid. 3, publié in : VSI 2000 p. 310 ; s'agissant de la possibilité devant être accordée au recourant de retirer son recours, voir également : art. 61 let. d LPGA). Il y a lieu de préciser que la règle de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI s'applique par analogie lorsqu'une rente réduite est supprimée ou diminuée dans une procédure judiciaire au détriment de l'assuré : la suppression ou la diminution de la rente prend effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification du jugement (ATF 136 V 45 consid. 6.1 ; 107 V 17 consid. 3b).

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). d) Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, 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 (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 3.7 de l'arrêt cité). La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans

la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGa). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'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. (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et référence citée). 5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées). De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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_410/2014 précité consid. 3.3). b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de

fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). c) Par ailleurs, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 6. a) En l'espèce, s'agissant de l'état de santé somatique du recourant, l'expertise réalisée par le spécialiste en rhumatologie mandaté par l'OAI-BS, le Dr G._____, avait mis en évidence une seule atteinte à la santé objective, à savoir une hernie discale L4-L5. Cette atteinte à la santé engendrait des limitations fonctionnelles uniquement dans l'exercice d'activités lourdes et exigeantes pour le rachis. Dans des activités légères à moyennes, exemptes de flexions ou de torsions de la colonne et permettant l'alternance des positions, l'assuré conservait la possibilité de travailler à plein temps sans baisse de rendement (cf. rapport d'expertise du Dr G._____ 31 mars 2005). b) A l'occasion de la procédure de révision entamée sur demande de l'assuré le 6 septembre 2010, les médecins traitants du recourant ont certes annoncé de nouvelles atteintes à la santé, à savoir des discopathies L5-S1 et une hernie discale médiane C5-C6. Ils n'ont toutefois fait état d'aucunes limitations fonctionnelles spécifiques du fait de ces problématiques, l'accent étant systématiquement porté sur la nécessité d'une prise en charge psychiatrique dans le contexte de la symptomatologie douloureuse alléguée par leur patient (cf. en particulier : rapport de la Dresse J._____ du 17 décembre 2010 et du Dr K._____ du 8 février 2011). Le SMR, dans son avis du 18 avril 2011, n'avait au demeurant pas constaté de modifications de la situation somatique de l'assuré, renvoyant aux précédentes appréciations médicales réunies par l'OAI-BS. Sur la base de cet avis, la décision du l'OAI-VD du 30 janvier 2012 est en entrée en force, n'ayant pas fait l'objet de

contestation subséquente de l'assuré. c) Au stade de la procédure de révision d'office débutée en février 2013, on relève que le Dr N. _____ a relevé les mêmes atteintes à la santé somatique que ses confrères aux termes de ses différents rapports à l'attention de l'OAI-VD. Il a exclusivement évoqué l'aggravation des douleurs et de la problématique psychiatrique (cf. rapport de ce praticien du 29 mai 2013 et attestation du 5 mars 2014). d) Il en est allé de même par devant la Cour de céans, le Dr N. _____ s'étant limité à relater une péjoration de l'état de santé de son patient sans autre précisions, ainsi que la nécessité de procéder à des infiltrations compte tenu des douleurs alléguées (cf. correspondance du Dr N. _____ du 29 avril 2016 au mandataire de l'assuré et attestation du 20 mai 2016). Ces documents, au demeurant évoquant des faits postérieurs à la décision querellée, ne permettent dès lors pas de déterminer la survenance d'atteintes à la santé organique objectives. Quant aux autres pièces produites par le recourant, on ne voit pas que les explications de la Dresse Q. _____, communiquées les 6 octobre 2015 et 9 juin 2016 en lien avec la mise en œuvre d'un traitement homéopathique contre les douleurs, soient de nature à modifier le constat ci-avant. L'unique document relatant de nouvelles atteintes à la santé somatique dans le cas du recourant émane en définitive du Dr V. _____, lequel a énuméré une série de diagnostics après avoir reçu l'assuré à sa consultation le 31 mai 2016. Son rapport, daté du 22 juin 2016, n'est cependant d'aucun secours à l'assuré dans la cadre de la présente procédure puisqu'il se rapporte à des éléments largement postérieurs à la décision entreprise. A la date de cette dernière, soit le 2 mai 2014, il faut ainsi considérer que l'état de santé somatique de l'assuré ne s'était pas substantiellement modifié depuis la précédente décision de l'OAI-VD du 30 janvier 2012. Partant, force est de conclure que l'exercice d'une activité lucrative légère, sans efforts pour le rachis, demeurerait à la portée du recourant dans la mesure définie par le Dr G. _____.

7. a) Du point de vue psychique, divers diagnostics ont été évoqués dans le cas du recourant par ses psychiatres traitants, singulièrement ceux d'un syndrome somatoforme persistant, de trouble dépressif récurrent, étayé par des épisodes sévères, et/ou de troubles de la personnalité (cf. rapports de la Dresse L. _____ du 22 février 2011, du Dr P. _____ du 30 juillet 2013 et du Dr T. _____ du 4 mars 2014). Vu ces éléments, en particulier la présence d'une importante symptomatologie douloureuse non objectivée, il s'est imposé de procéder à une expertise judiciaire psychiatrique, dont le mandat a été confié au Dr Z. _____. Le rapport corrélatif du 17 avril 2015 contient une appréciation détaillée du cas de l'assuré, libellée en ces termes : « [...] Appréciation diagnostique Au terme de son évaluation, le soussigné retient un épisode dépressif atypique (F32.8) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) . Un trouble dépressif récurrent peut être admis comme probable, au vu de ce qu'on peut lire au dossier. L'assuré n'a pourtant plus le seuil diagnostique d'un épisode dépressif même de degré léger. · Episode dépressif atypique Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles de l'humeur qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs (majeurs) sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules. La CIM-10 et le DSM-IV-TR ont des critères diagnostiques superposables. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique. La lettre B mentionne une première catégorie de symptômes. Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins

pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3). A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6) et de la modification de l'appétit avec une variation du poids en conséquence (7). C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère: - L'épisode léger suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes cités à la lettre B et d'au moins un des symptômes cités à la lettre C pour atteindre au moins quatre symptômes. - L'épisode dépressif moyen suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes des critères B et la présence de plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes. - L'épisode dépressif sévère requiert la présence des trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes. Dans le cas présent, le dossier retenait au départ des mouvements dépressifs de peu de sévérité qui ont été référés au concept de trouble de l'adaptation. D'autres évaluations n'ont pas retenu de pathologie dépressive comme l'expertise F. _____ du 03.12.2004. Depuis son arrivée en Suisse romande, l'intéressé a reçu un diagnostic de trouble dépressif récurrent dont l'épisode est parfois qualifié de moyen parfois de sévère. L'appréciation P. _____ n'a pas retenu de trouble dépressif. Le soussigné n'a a priori pas de raison de mettre en doute les appréciations des collègues qui ont examiné l'intéressée et validé des épisodes dépressifs à l'époque. Il n'admet pourtant pas que ce sujet ait présenté un épisode dépressif sévère sur la durée. Il n'y a en effet jamais eu notion d'un risque suicidaire imminent ni d'un comportement tellement préoccupant que l'intéressé ait dû être examiné en urgence, hospitalisé, voire hospitalisé en milieu psychiatrique. Le traitement de la dépression est toujours resté ambulatoire. Il n'a jamais été particulièrement lourd. L'assuré n'a jamais eu un suivi conséquent et continu par un médecin psychiatre en dehors d'une courte période auprès de Mme le Dr L. _____ en 2010-2011. Actuellement, M. B. _____ rapporte bel et bien une symptomatologie dépressive. Celle-ci comprend les symptômes cardinaux que sont la tristesse, la perte d'intérêt et la fatigue anormale. Elle comprend des difficultés à penser, à se concentrer et des oublis. Il y aurait des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit, sans qu'on sache si cette dernière est corrélée à une perte de poids. Ce qui pose problème est tout de même la présentation générale de l'intéressé. S'il y a des éléments de détresse psychosociale, l'assuré peut aussi sourire et se montrer détendu en séance. Il garde toujours le focus de l'entretien. Il n'y a pas de difficultés à penser et à se concentrer. M. B. _____ reste vif. Il fait face lorsqu'il est confronté à certaines de ses contradictions. Cette présentation est tout de même en discordance avec l'importance des plaintes du registre dépressif. Pour le soussigné le tableau actuel n'a rien de typique. Il ne correspond pas à ce à quoi on est en droit à s'attendre pour un épisode dépressif, quelles que soient les origines et la culture de l'intéressé. L'épisode actuel doit être qualifié d'atypique, comme l'autorise la CIM-10 sous le code F32.8. Il n'est pas exclu que l'intéressé ait présenté des épisodes dépressifs francs dans le passé, au vu de ce qu'on peut lire au dossier. On peut dès lors admettre que M. B. _____ présente bel et bien un trouble dépressif récurrent. Le tableau clinique actuel n'est pourtant plus celui d'un épisode dépressif franc. On n'a plus le seuil diagnostique d'un tel épisode si l'on confronte les plaintes à ce qui est objectivement

constaté. On pourrait aussi parler de rémission partielle en lieu et place du qualificatif d'atypique qu'a préféré le soussigné. · Syndrome douloureux somatoforme persistant En 1989, la classification internationale des maladies (CIM) a introduit le sous-chapitre des troubles somatoformes dans celui des « Troubles névrotiques, troubles reliés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » qui portent les codes F40 à F48. Le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) y trouve sa place parmi le trouble de somatisation, le trouble somatoforme indifférencié, le trouble hypochondriaque et le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme. Le chapitre mentionne encore les troubles résiduels que sont les autres troubles somatoformes (F45.8) et le trouble somatoforme sans précision (F45.9). La CIM-10 définit le syndrome douloureux somatoforme persistant en passant par les étapes diagnostiques A et B figurant au Tableau 1 ci-après. Tableau 1 : Le syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10, 1989) A. Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient. B. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), d'un trouble de l'humeur (affectif) (F30-F39), d'une somatisation (F45.0), d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), ou d'un trouble hypochondriaque (F45.2). Dans le cas présent, la douleur reste la plainte principale de l'intéressé. Elle est décrite par lui comme intense et constamment maximale. Elle s'accompagne d'un sentiment de détresse. S'il y a quelques bases organiques aux plaintes douloureuses, ces dernières sont tout de même en forte discordance avec leur socle somatique objectif. Il est par conséquent justifié de retenir le critère A du tableau 1 ci-dessus. Il n'y a par ailleurs pas ici d'épisode dépressif suffisamment typique et sévère sur la durée pour qu'il doive exclure un syndrome douloureux somatoforme persistant ou une autre entité du chapitre des troubles somatoformes. Il n'y a pas d'arguments pour une schizophrénie ou un trouble apparenté. Il n'y a pas les critères diagnostiques d'un autre trouble somatoforme. On ne peut par conséquent pas retenir les critères d'exclusion prévus à la lettre B du tableau 1 ci-dessus. Au vu de ce qui précède et à l'instar de récents intervenants au dossier, le soussigné retient le syndrome douloureux somatoforme persistant. · Autres pathologies psychiatriques L'expert a recherché un trouble anxieux spécifique (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, obsessions et compulsions). Il n'en a pas trouvé. Il n'y a rien pour un problème avec les substances psychoactives ou les conduites alimentaires. Il n'y a aucun argument pour un trouble psychotique. Il n'y a pas d'indices pour une atteinte cérébro-organique. L'assuré a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent, d'après les informations à disposition. En dehors de problèmes scolaires, rien n'indique qu'il se soit montré particulièrement instable tant sur le plan personnel que professionnel. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit d'écarter une telle pathologie. On peut en tous les cas réfuter un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi. Il est par ailleurs vrai que l'intéressé est très démonstratif. Il exprime fortement ses douleurs. Il est possible que ce comportement corresponde à des traits hystériques marqués. Le soussigné considère qu'on doit aussi tenir compte d'une composante culturelle où les manifestations extérieures de la souffrance sont un comportement usuel et toléré. Le soussigné ne se rallie certainement pas à la personnalité histrionique retenue par l'expertise F._____ de 2004. Elle n'a d'ailleurs été retenue que dans ce rapport d'expertise. Appréciation asséculologique Au terme de son évaluation, le soussigné retient un épisode

dépressif atypique (F32.8) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) . Un trouble dépressif récurrent peut être admis comme probable, au vu de ce qu'on peut lire au dossier. L'assuré n'a pourtant plus le seuil diagnostique d'un épisode dépressif même de degré léger. Dans le cas présent, on est dans la situation d'un « syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ». Il convient par conséquent d'effectuer une appréciation clinique puis d'examiner un certain nombre de points particuliers.

· Appréciation clinique La présentation de l'assuré peut valoir pour une souffrance. Elle vaut aussi pour une majoration de la symptomatologie. Il n'y a guère de doute là-dessus au vu de la variation de l'expression douloureuse suivant le contexte et de l'important décalage entre le comportement de l'assuré en situation de consultation médicale et dans celle où il ne se croit pas observé. Le tableau clinique actuel paraît dès lors plus relever d'un comportement anormal de malade que de troubles mentaux stricto sensu. Il ne devrait dès lors pas être corrélé à une quelconque incapacité de travail psychiatrique.

· Points nécessitant un examen particulier Dans un contexte de troubles somatoformes ou de troubles apparentés, le mandat d'expertise impose d'examiner un certain nombre de points particuliers. La comorbidité psychiatrique est l'un des points à considérer. De façon générale, elle doit être grave, typique, indiscutable sur le plan diagnostique et avoir valeur incapacitante en soi pour qu'elle puisse être envisagée de façon indépendante de ce que désigne déjà le trouble somatoforme en termes de limitations potentielles. Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique actuelle est un épisode dépressif atypique. Au vu de ce qu'il a objectivement constaté, le soussigné peut affirmer qu'on n'a plus le seuil diagnostique d'un véritable épisode dépressif. On ne peut par conséquent pas parler de comorbidité sévère et chronique. En cas de trouble somatoforme, le deuxième critère à considérer est celui de l'intégration sociale (et de la vie et des capacités relationnelles des sujets en cause). Certains sujets souffrant de troubles somatoformes graves perdent leurs contacts sociaux et leurs capacités relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur famille. Ils ne sortent quasiment plus. Ils n'ont plus d'amis. Ils n'ont plus de visites. Ils se désintéressent des médias et de l'actualité. Ils vivent cloîtrés dans leur chambre allant jusqu'à éviter les repas avec leurs proches. Ils peuvent inverser leur rythme nyctéméral, vivant la nuit et dormant de jour, afin d'être davantage isolés. Pour le soussigné, de telles situations vont dans le sens d'un trouble somatoforme gravissime et ont d'ailleurs pour règle une comorbidité psychiatrique le plus souvent sévère. Questionné à ce sujet, M.

B._____ affirme immédiatement qu'il n'a pas d'amis. Il garde néanmoins de bons contacts dans sa famille. Il garde des liens avec ses sœurs et son frère dont il a voulu se rapprocher en déménageant en Suisse romande. Il garde des liens ses proches au Maroc. Questionné sur ce point précis, il finit par admettre qu'il a visité sa mère au Maroc « il y a un mois ». L'assuré garde par ailleurs de bonnes capacités relationnelles. Il peut se montrer ouvert et chaleureux. Son affectivité se module sur ce qui se passe en séance. Il n'a aucune difficulté de contact. Au vu de ce qui précède, on ne peut certainement pas affirmer que l'intéressé ait perdu ses capacités d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme ou de troubles apparentés, on constate que l'assuré ne souffre pas d'une affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations figurant au dossier. S'il y a une anémie, celle-ci n'est en rien sévère. Elle n'est probablement que peu ou pas symptomatique. Elle va probablement être corrigée par des mesures simples dès que le médecin traitant, informé par l'expert, mettra en place ce qui doit l'être. On pourrait admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les plaintes de l'intéressé durent

depuis des années. On ne peut par contre pas admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art. L'expertisé n'est pas observant de son traitement médicamenteux et de son traitement antalgique. Le suivi psychiatrique a toujours été irrégulier. Certains sujets souffrant de troubles somatoformes ou de troubles apparentés ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité. Dans le cas de M. B. _____, le soussigné considère que ce critère ne peut pas être retenu. L'intéressé garde tout de même une vie sociale minimale. Il dit conduire. Il dit aller à la mosquée. Il a pu voyager seul au Maroc. En séance, il peut sourire et se montrer détendu. Il module son activité sur ce qui se passe dans la relation avec l'examineur. La présentation de l'intéressé n'est certainement pas figée. · Conclusion En conclusion et en considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné n'est pas légitimé à retenir une incapacité de travail dans ce cas. Sur le plan médico-théorique, l'assuré devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et de réintégrer le monde ordinaire du travail en plein. Evolution de l'état de santé de M. B. _____ depuis le 30.01.2012 Pour répondre à la question de l'évolution depuis le 30.01.2012, date de la décision d'octroi d'un quart de rente (et du refus d'augmentation de cette dernière), l'expert doit se référer aux rapports médicaux figurant au dossier. On sait que l'intéressé rapporte quant à lui qu'il va de plus en plus mal tant sur le plan de la dépression que sur celui des douleurs. · Rapports médicaux de 2010 au 30.01.2012 En date du 21.09.2010, les collègues de la consultation [...] posaient un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique à côté du syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce qui est décrit au dossier peut valider l'épisode dépressif et ce degré de sévérité. Dans son rapport médical du 22.02.2011, la consœur L. _____ retient cette fois un épisode dépressif sévère à côté du syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce qu'elle décrit valide les trois symptômes cardinaux d'un tel épisode ainsi que cinq autres items secondaires. Il n'y a a priori pas de raison de mettre en doute l'appréciation diagnostique de cette consœur. · Rapports médicaux depuis le 30.01.2012 En date du 30.01.2012, l'assuré s'est vu refuser une augmentation de rente et est resté dès lors au bénéfice du quart de rente dont il bénéficiait jusque-là. On trouve depuis lors les rapports médicaux ci-après. Rapport N. _____ du 29.05.2013 Le rapport du 29.05.2013 du confrère N. _____, médecin de famille de l'intéressé, mentionne un syndrome douloureux chronique global et un état anxio-dépressif persistant avec symptômes de la lignée psychotique. Si ce confrère annonce une péjoration des symptômes douloureux, on ne retrouve pas d'arguments concrets pour une aggravation de la pathologie somatique et psychiatrique de M. B. _____. Le fait qu'il y ait une lourde antalgie n'est pas déterminant, sachant les doutes légitimes qu'on peut avoir sur l'observance de M. B. _____. Le rapport N. _____ sur le formulaire pour personnes impotentes du 06.05.2013 et celui non daté de l'été 2013 vont dans le même sens. Rapports P. _____ en 2013 Le rapport du confrère psychiatre P. _____ de l'été 2013 ne retient pas d'épisode dépressif. Ce spécialiste note un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). S'il y a trouble dépressif récurrent, le dernier épisode devait alors être en rémission. Ce document valide par conséquent une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Le rapport P. _____ du 05.11.2013 envisage une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée sans l'argumenter. Le soussigné considère qu'on ne peut guère tirer de conclusions de cette appréciation lapidaire qui a pu

être avancée pour une reprise progressive après une longue interruption de l'activité professionnelle. Rapport T. _____ - S. _____ du 04.03.2014 Dans un rapport du 04.03.2014, signé de M. S. _____, psychologue et psychothérapeute et Mme le Dr T. _____, nouveau médecin psychiatre traitant de M. B. _____, on peut lire les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptomatologie psychotique (F33.2) et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Pour l'expert, ce rapport n'est de loin pas convaincant. On ne comprend déjà pas pour quel motif il n'y a plus de syndrome douloureux somatoforme persistant constamment retenu au dossier jusque-là. Le libellé diagnostique est par ailleurs incorrect. Ce rapport ne procède pas selon la démarche médicale usuelle d'une anamnèse factuelle, de la description des plaintes et des signes de la maladie, du diagnostic et de son argumentation et de l'évolution en termes de signes et symptômes avec un traitement donné. Si l'on se réfère aux données à disposition, l'anamnèse T. _____ - S. _____ comporte des erreurs. L'accident de 1996 a essentiellement touché le genou gauche et accessoirement généré des douleurs lombaires. L'évolution est allée vers des douleurs généralisées sans base organique probante et non pas vers de seules dorsalgies. L'interprétation que « cet état de santé physique a eu des répercussions sur son état psychologique » n'a guère de consistance dans ce cas, puisqu'il n'y a que peu ou pas de socle organique aux plaintes douloureuses de l'intéressé. L'affirmation que ces douleurs « résistent à tous les traitements » aurait justifié le préalable d'une vérification de l'observance des prescriptions médicamenteuses dont M. B. _____ est l'objet. Elle n'a pas été effectuée. Cette affirmation est par conséquent peu crédible. Le trouble de personnalité n'est pas argumenté. Le fait qu'il soit noté comme « sans précision » conforte le soussigné qu'il s'agit d'une appréciation diagnostique fragile puisqu'elle est justement « sans précision ». Pour qualifier un épisode dépressif de sévère, il faut « trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes », comme le soussigné l'a développé en page 13 de ce rapport médical. On ne retrouve rien de tel ici. La description clinique T. _____ - S. _____ permettrait tout au plus de retenir deux critères à savoir la perte d'intérêt (aigri, négatif) et la baisse de l'estime de soi (impuissant, auto-dévalorisant). Ce tableau clinique décrit peut tout au plus valider un état dépressif atypique ou en rémission partielle. La conclusion ne répond pas à la question de l'évolution des troubles psychiatriques de l'intéressé. Le rapport T. _____ - S. _____ mentionne que « l'état de santé physique du patient attesté par son médecin traitant et les différents chirurgiens ne s'est guère amélioré avec les années. Les problématiques socio-familiales, l'état psychologique du patient se sont dégradés avec le temps ». L'expert comprend dès lors que l'état de santé physique est stationnaire. Les problématiques socio-familiales et l'état psychologique ne peuvent pas être assimilés à une maladie au sens biomédical et leur aggravation ne vaut pas en soi pour une aggravation de l'atteinte à la santé. Dans les faits, le rapport T. _____ - S. _____ pourrait avoir été rédigé par le psychologue et cosigné par Mme le Dr T. _____ que l'assuré dit n'avoir vu qu'une seule fois pendant 20 minutes. Le soussigné n'est d'ailleurs pas persuadé que l'assuré ait rencontré cette consœur, sachant qu'il a affirmé et confirmé au soussigné qu'il s'agissait d'un homme. Ce rapport essentiellement psychologique du 04.03.2014 ne documente certainement pas une aggravation de l'atteinte à la santé de l'assuré. Il décrit en fait un tableau clinique proche de ce que décrivait le Dr P. _____ en 2013 et de ce qu'a observé le soussigné au cours de la présente évaluation. Rapport N. _____ du 05.03.2014 Le rapport médical N. _____ du 05.03.2014 à l'avocat de l'assuré argumente une aggravation de l'atteinte à la santé de M. B. _____. Cette argumentation se fonde sur

l'augmentation des douleurs avec son corollaire d'une médication antalgique qui a dû être constamment alourdie. Dans les faits, on sait aujourd'hui que l'intéressé ne prend pas correctement ou ne prend pas sa médication antalgique, puisqu'il devrait au moins présenter et se plaindre d'une forte sédation si c'était le cas. Observation de l'expert Ce qu'a enfin constaté le soussigné lors de son évaluation va dans le sens d'une nette diminution de la symptomatologie dépressive. La mauvaise observance du traitement antalgique relativise aussi l'importance de la symptomatologie douloureuse de l'intéressé. Pour l'expert, l'évolution depuis le 30.01.2012 va dans le sens d'une amélioration de l'état de santé de M. B._____. Conclusions En conclusion, M. B._____ est un homme de 50 ans qui présente un tableau clinique de syndrome douloureux somatoforme persistant. Jusqu'en 2011, on peut admettre que ce trouble somatoforme avait sa comorbidité d'un épisode dépressif moyen ou transitoirement sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. Le premier rapport médical de psychiatre qui suit en été 2013 ne retient plus d'épisode dépressif. La suite vaut tout au plus pour un épisode dépressif atypique ou en rémission partielle, soit pour une situation clinique qui se situe en dessous du seuil diagnostique de tout épisode dépressif, même léger. Pour l'expert, l'état de santé de l'intéressé s'est durablement amélioré. On ne retrouve par ailleurs aucun argument pour une aggravation sur le plan somatique depuis le 31.01.2012. Le dossier ne rapporte rien de concret en ce sens. Il n'y a pas eu les investigations ni les modifications de traitement auxquelles on se serait attendu, le cas échéant. L'augmentation de l'antalgie ne devrait pas être prise en compte au vu de ce qu'on sait aujourd'hui de l'observance. En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue psychiatrique, le soussigné n'est pas légitimé à retenir une incapacité de travail dans ce cas. Sur le plan médico-théorique, l'assuré devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et de réintégrer le monde ordinaire du travail en plein. Sur le plan médical, le traitement devra être repensé et coordonné entre les différents intervenants, à la lumière de la présente évaluation. Pour le reste, cette question tombe, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Comme cette situation relève plus d'un comportement de malade que d'une maladie biomédicale stricto sensu, les mesures professionnelles n'ont que peu de chance d'aboutir. L'assuré ne demande d'ailleurs rien en ce sens. Pour le reste, cette question tombe, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Le pronostic strictement psychiatrique n'est pas nécessairement mauvais puisque l'intéressé ne souffre pas de graves troubles mentaux. [...] » Le recourant s'est prévalu de constatations erronées de la part du Dr Z._____ pour dénier toute valeur probante à l'expertise de ce dernier et requérir l'organisation d'une nouvelle expertise psychiatrique. Dès lors, le juge instructeur a sollicité un complément du Dr Z._____ qui a eu l'occasion de s'exprimer comme suit, par pli du 6 juillet 2015, répondant aux critiques de l'assuré : « [...] Suite à votre courrier du 16.06.2015, c'est bien volontiers que je me détermine sur la lettre du 11.06.2015 que vous a adressée l'avocat de l'assuré prénommé. J'ai quant à moi voulu prendre contact avec Mme le Dr T._____ qui vient de reprendre le cabinet médical du Dr P._____ où pratique M. le psychologue S._____ en psychothérapie déléguée. Comme ce changement de médecin responsable est récent, il n'était pas exclu que cette jeune consœur n'ait jamais rencontré l'assuré. Un indice en ce sens pourrait être le fait qu'elle n'a pas donné suite à mon message sur son répondeur de me rappeler au sujet de M. B._____. Quoi qu'il en soit, je confirme quant à moi que l'expertisé m'a dit en consultation que le médecin T._____ était un homme. Après avoir repris mes notes manuscrites, je confirme que M. B._____

m'a dit que tous ses enfants allaient bien avec peut-être un bémol pour le troisième où il a dit un simple « ça va ». Il ne m'a pas parlé d'énurésie nocturne pour deux d'entre eux lors des consultations d'expertise. Je ne considère toutefois pas ces éléments comme déterminants, au vu de ce qui se dégage de l'appréciation globale de l'intéressé. L'assuré a rapporté une bonne entente familiale en ponctuant cette affirmation d'un large sourire. Je ne me souviens pas d'avoir été informé par l'assuré d'une perte de conscience à trois reprises dans un aéroport ni du fait qu'il aurait dû être accompagné par l'un de ses enfants lorsqu'il se rend à la mosquée. Je ne considère toutefois pas ces éléments comme déterminants, au vu de ce qui se dégage de l'appréciation globale de l'intéressé. Je veux bien prendre note que la présentation générale de M. B. _____ serait due aux bons soins de son épouse. J'ai examiné l'assuré à deux reprises. Sa tenue vestimentaire et son hygiène étaient toujours soignées. En cas de certains troubles psychiques graves, il est assez rare que les proches réussissent à obtenir un tel résultat. J'ai quant à moi eu l'impression que l'assuré tenait à avoir une bonne présentation et qu'il ne déléguait rien sur ce plan. Compte tenu de ce que j'ai observé, je conteste le fait que M. B. _____ ne soit pas totalement autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels. J'ai effectivement qualifié les manifestations douloureuses de l'assuré de « théâtrales », ce qui ne valide aucun a priori négatif à l'encontre du sujet en cause. Ce qualificatif est ordinairement utilisé en médecine et fait partie du vocabulaire de la sémiologie médicale, à l'instar des équivalents que sont les adjectifs d'inauthentique ou d'histrionique. Les dosages appropriés ont, entre autres choses, démontré que le tramadol et la morphine ne sont pas détectables dans le sérum de M. B. _____. Comme plusieurs substances sont en cause, il est difficile d'invoquer des particularités métaboliques d'autant plus que la première étape de dégradation de la morphine ne passe pas par le cytochrome P 450. Il est par ailleurs tout à fait exceptionnel que j'effectue un taux sérique des antalgiques majeurs comme la morphine. Si j'ai décidé d'effectuer ces examens qui coûtent cher, c'est parce que la présentation générale d'un assuré parfaitement vigile n'était pas compatible avec de telles doses de calmants. Dans la mesure où j'aurais eu le même dossier que l'avocat de l'assuré, je tiens à relever que le confrère P. _____ n'a pas retenu de dépression dans son rapport médical du 30.07.2013 puisqu'il ne mentionne qu'un trouble de la personnalité non spécifique et un trouble somatoforme persistant. J'ai pour le reste développé clairement en pages 14 et 15 de mon rapport médical du 17.04.2015 pour quels motifs il n'est pas justifié de retenir un épisode dépressif sévère sur la durée. Le mandat que vous m'avez confié consistait, entre autres choses, à déterminer si une aggravation objective de l'état de santé avec impact sur la capacité de travail et de gain de l'assuré était intervenue entre le 30.01.2012 (date de la décision d'octroi d'un quart de rente) et le 02.05.2014 (date de la décision de refus d'entrer en matière sur une demande de révision de droit à la rente). Je n'ai quant à moi pas écarté tous les rapports médicaux « favorables au recourant ». Je les ai passés en revue et examinés de façon critique comme je l'ai effectué pour tous les éléments médicaux à disposition, qu'elle qu'en soit la source. Je suis arrivé à la conclusion qu'il n'y avait aucun argument pour une aggravation de l'état de santé de l'intéressé depuis le 30.01.2012, bien au contraire. Au vu de ce qui précède, je considère que le courrier de l'avocat de l'assuré du 11.06.2015 n'apporte pas d'éléments nouveaux et je maintiens les conclusions de mon rapport d'expertise du 17.04.2015. [...] » b) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées du Dr Z. _____, étant souligné que le rapport d'expertise du 17 avril 2015, accompagné des explications complémentaires du 6 juillet 2015, remplit les requisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce rapport

d'expertise est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation, une discussion très étayée des diagnostics retenus après confrontation de l'ensemble des rapports médicaux émanant des médecins et psychiatres traitants de l'assuré. Ce document aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. On ajoutera en particulier que les précisions apportées le 6 juillet 2015 répondent à satisfaction aux critiques formulées par le recourant. A cet égard, les éléments réitérés par ce dernier le 23 septembre 2015 dans le but de faire douter des conclusions du Dr Z. _____, n'apparaissent aucunement pertinents. En effet, tant les erreurs portant sur le sexe du Dr T. _____ que sur les problèmes de santé dont souffrent les enfants de l'assuré, ne suffisent pas à instiller le doute sur la pertinence des observations cliniques de l'expert ou de ses conclusions. De même, un « parti pris » ou « une méfiance injustifiée » à l'égard du recourant ne ressortent pas des propos de l'expert, ainsi qu'il a d'ailleurs eu l'occasion de le souligner le 6 juillet 2015. Vu ce qui précède, il apparaît manifestement superflu d'ordonner une nouvelle expertise, telle que requise par l'assuré, dans la mesure où on ne voit pas que cette mesure serait de nature à apporter un éclairage nouveau ou différent du cas du recourant. On ne voit pas non plus que l'audition de l'épouse de ce dernier soit susceptible de faire diverger des conclusions médicales de l'expert, de sorte que la requête en ce sens de l'assuré peut également être écartée, par appréciation anticipée des preuves. Par ailleurs, il convient de relever que la prise de position du Dr T. _____ du 31 août 2015 ne justifie pas de se référer aux appréciations de ce praticien au détriment des conclusions du Dr Z. _____. Le psychiatre traitant du recourant s'est en effet limité à observer se sentir « plus à même de [se] prononcer sur son état de santé et sa capacité de travail » au vu de son suivi thérapeutique, « sans pour autant questionner les conclusions de l'expertise ». c) Eu égard enfin au diagnostic de « trouble somatoforme douloureux », auquel il s'agit d'appliquer la récente jurisprudence fédérale rappelée sous considérant 4d supra, on observera certes que le Dr Z. _____ a fait application des critères déterminés anciennement par le Tribunal fédéral. Il n'en demeure pas moins que les observations de l'expert permettent de déduire que le recourant, en dépit de ce trouble, dispose de ressources suffisantes pour lui permettre d'exercer une activité lucrative sans restrictions, en présence d'un contexte social préservé (cf. rapport d'expertise du 17 avril 2015, p. 17 – 18). Sur le plan thérapeutique, on rappellera, à l'instar du Dr Z. _____, que la compliance du recourant a été mise en doute, alors que son traitement devrait « être repensé et coordonné entre les différents intervenants ». Par ailleurs le pronostic n'a pas été qualifié de mauvais par l'expert, en l'absence de grave trouble mental et au vu d'une situation relevant « plus d'un comportement de malade que d'une maladie biomédicale stricto sensu » (cf. rapport d'expertise du 17 avril 2015, p. 27 – 28). Quant à la personnalité de l'assuré, le Dr Z. _____ a expressément exclu un trouble de ce registre, rappelant qu'un trouble de la personnalité « doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte » ce qui n'avait pas été le cas du recourant (cf. rapport d'expertise du 17 avril 2015, p. 17). d) En définitive, il s'agit donc de se rallier à l'avis du Dr Z. _____ et de considérer que l'état de santé psychique de l'assuré s'est substantiellement amendé depuis janvier 2012. Compte tenu désormais de l'absence de toute pathologie psychiatrique de nature à entraver la capacité de travail du recourant, dite capacité peut être fixée à 100% dans une activité légère, ménageant le rachis, telle que résultant de l'évaluation de son état de santé somatique. Vu la réalisation d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA,

survenu postérieurement à janvier 2012, il y a lieu de procéder à une nouvelle détermination du degré d'invalidité du recourant. 8. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C_254/2010 du

E. 29

octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (cf. TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'OFS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidité qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24

juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5).

9. a) En l'occurrence, s'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI-BS avait pris en compte un revenu hypothétique de 55'016 fr. aux termes de sa décision du 25 mai 2005. Ce montant a été retenu sans discussion par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 9 janvier 2008. Dès lors, il apparaît justifié d'actualiser la somme de 55'016 fr. à l'année de référence, soit 2012, au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS), édicté par l'OFS (cf. OFS / Travail et rémunération / Evolution des salaires), pour mettre en évidence un revenu hypothétique sans invalidité déterminant de 60'429 francs.

b) Eu égard au revenu d'invalidité, le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2012, soit 5'210 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2012, TA1, niveau de qualification minimal 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; cf. OFS / Durée du travail dans les entreprises), le revenu mensuel doit être majoré à 5'431 fr., ce qui correspond à un salaire annuel de 65'177 francs. Il s'agit en outre de procéder à une réduction supplémentaire des salaires statistiques. Un abattement maximal de 15% tient compte adéquatement de l'âge de l'assuré, de ses limitations fonctionnelles et de ses difficultés d'intégration. Déduction faite, le revenu annuel d'invalidité déterminant totalise en définitive 55'401 francs.

c) Compte tenu des montants ci-dessus, l'incapacité de gain ascende dès février 2012 à 8,3% ($[(60'429 \text{ fr.} - 55'401 \text{ fr.}) \times 100 / 60'429 \text{ fr.}]$), justifiant la suppression du quart de rente d'invalidité servi jusqu'ici au recourant. Conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI et à la jurisprudence fédérale rappelée supra sous considérant 3b, cette prestation sera effectivement supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification du présent arrêt.

10. Il s'ensuit que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, tandis que la décision querellée doit être réformée dans le sens des considérants ci-dessus, soit au détriment de l'intéressé, ce à quoi il a été dûment rendu attentif (art. 61 let. d LPGA).

a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant

pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Boschetti à compter du 24 mai 2014 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 17 octobre 2016, Me Boschetti a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant et a fait état en tout de 28 heures et 48 minutes, dont 11 heures ont été déployées par un avocat-stagiaire (contrairement aux 9 heures annoncées dans le total estimé). Les opérations comptabilisées entrant dans le champ temporel et matériel du mandat, l'activité de Me Boschetti peut en définitive être arrêtée à 17 heures et 48 minutes au tarif horaire de 180 fr. et 11 heures au tarif horaire de 110 fr. (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent des débours à concurrence de 100 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 4'875 fr. 10 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, tandis que le recourant est rendu attentif au fait qu'il lui incombera de rembourser le montant corrélatif dès que sa situation financière le lui permettra (art. 123 al. 1 CPC). Il appartient au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.