

## VD\_FINDINFO AI 403/08 - 281/2011 vom 23. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_403\\_08\\_-\\_281\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_403_08_-_281_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 403/08 - 281/2011 du 23 mai 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 403/08 - 281/2011 del 23 maggio 2011

### Regeste

SUREXPERTISE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, AFFECTION PSYCHIQUE, MALADIE MENTALE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, ADMISSION DE LA DEMANDE | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 LAI, 17 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 69 al. 2 RAI, 69 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.05.2011 AI 403/08 - 281/2011

SUREXPERTISE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, AFFECTION PSYCHIQUE, MALADIE MENTALE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, ADMISSION DE LA DEMANDE | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 LAI, 17 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 69 al. 2 RAI, 69 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 403/08 - 281/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES  
\_\_\_\_\_ Arrêt du 23 mai 2011

\_\_\_\_\_ Présidence de M. Jomini Juges : MM. Monod et  
Perdrix, assesseurs Greffière: Mme Favre \*\*\*\*\* Cause pendante entre :

X. \_\_\_\_\_, à Morges, recourant, représenté par Me Suzette Chevalier, avocate à Genève, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 4 al. 1, art. 28 LAI; art. 69 RAI; art. 6, art. 7, art. 8 LPGA E n f a i t : A. X. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1963, originaire de Macédoine, est arrivé en Suisse en 1987. Il y a travaillé d'abord comme ouvrier agricole puis comme maraîcher (responsable des cultures en serre), au service d'une entreprise de Yens. Souffrant de lombalgies et de sciatalgies, il a dû arrêter le travail pour des raisons médicales en novembre 2001 et il a été licencié en juillet 2002. Le 15 novembre 2002, il a déposé une demande de prestations AI, qui a été traitée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: Office AI). L'Office AI a recueilli différents rapports médicaux, en particulier ceux établis par des médecins traitants de l'assuré, et différents rapports des médecins du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) (notamment un rapport d'examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique du 17 juillet 2007). Il a aussi organisé un stage d'orientation professionnelle, qui a été effectué auprès du Centre d'Intégration Professionnelle de Genève (ci-après: CIP) à partir du 15 novembre 2004 et jusqu'au 6 mars 2005 (avec un stage en entreprise du 17 janvier au 3 février 2005, lequel s'est déroulé de manière correcte selon un rapport du CIP du 3 mars 2005). La mesure a été interrompue prématurément - la démarche de reclassement aurait dû durer jusqu'au 22 mai 2005 - car l'assuré ne s'estimait pas capable de travailler en entreprise à cause de ses limitations fonctionnelles. Le 14 février 2008, l'Office AI a communiqué à l'assuré un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Les éléments principaux de la motivation de ce préavis sont les suivants :

" Après examen des pièces médicales de votre dossier par le Service médical régional, force est de constater que dans une activité adaptée de type sédentaire, permettant la variation de positions, à faibles charges physiques, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous et cela dès le 22 avril 2002. [...] - détermination du revenu d'invalidé, sur la base des statistiques ESS : 58'008 fr. 07 par an] Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève à 51'307 fr. 26. Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant: Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible: sans invalidité 55'200 fr. avec invalidité 51'307 fr. la perte de gain s'élève à 3'893 fr. = un degré d'invalidité de 7.05% Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. [...] Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelles qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert." B. L'assuré – désormais représenté par son avocate – a présenté des objections. L'Office AI a demandé de nouveaux avis aux médecins du SMR qui avaient examiné l'assuré en 2007. Ces deux médecins (Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et O.\_\_\_\_\_, psychiatre) ont confirmé leurs appréciations antérieures. Le 17 juin 2008, l'Office AI a rendu une décision formelle de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. La motivation de cette décision correspond à celle du préavis du 14 février 2008. C. Le 14 août 2008, X.\_\_\_\_\_ a recouru auprès du Tribunal des assurances contre la décision négative de l'Office AI. Il conclut à l'annulation de cette décision ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 14 novembre 2001. Il se prévaut des avis de ses médecins traitants, sur le plan psychiatrique et somatique, selon lesquels il présenterait une incapacité de travail en raison d'atteintes physiques associées à un trouble somatoforme douloureux et à un état dépressif chronique, et il estime que le rapport des médecins du SMR, sur lequel l'Office AI s'est fondé, est à la fois incomplet et incohérent. Dans sa réponse du 7 octobre 2008, l'Office AI propose le rejet du recours et la confirmation de sa décision. La cause est traitée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. D. Une expertise médicale pluridisciplinaire a été ordonnée par le juge instructeur. Elle a été confiée à des médecins rattachés au bureau romand d'expertises médicales (BREM) à Vevey. Le rapport d'expertise, déposé le 17 mai 2010, est signé par les Drs D.\_\_\_\_\_, rhumatologue, J.\_\_\_\_\_, psychiatre, et K.\_\_\_\_\_, neurologue. Les diagnostics retenus par les experts sont les suivants (p. 103) : "A.5.1 Diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail · Syndrome lombovertébral après cure d'hernie discale et spondylodèse L5-S1 avec probable instabilité segmentaire résiduelle M48.8 · Cervicarthrose M47.8 · Gonarthrose gauche post-ménisectomie prédominant au compartiment externe M17.1 · Episode dépressif moyen F32.10 · Anxiété généralisée F41.1 · Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 Depuis quand sont-ils présents? Pour les troubles psychiques, depuis 2002-2003 selon les données du dossier. A.5.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail? · Obésité E 66.9 · Hypothyroïdie E 03.9." A propos de l'influence des atteintes sur la capacité de travail, les experts ont notamment exposé ce qui suit (p. 104) : "1. Limitations

(qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Les limitations retenues au SMR le 5 juin 2007 nous paraissent d'actualité en ajoutant la limitation pour la position fixe de la tête ci-dessous: · éviter les charges de plus de 10 kg de manière répétée et de 15 kg occasionnelles; · éviter la position statique assise plus de 45 min à une heure; · éviter la position debout en piétinement plus de 15 min; · éviter le travail en porte-à-faux ou en antéflexion du tronc; · éviter la position à genoux, accroupie à répétition ou plus de 30 min d'affilée; · éviter les longs déplacements (plus d'une heure d'affilée en voiture ou à la marche); · éviter les terrains irréguliers; · éviter la position fixe de la tête plus de 30 minutes d'affilée. Au plan physique et psychique Diminution de 40% de la capacité de travail, dans toute activité. Cf. supra (Discussion) pour la motivation de cette opinion." Les experts se réfèrent ci-dessus au rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 5 juin 2007, qui mentionnait les limitations fonctionnelles suivantes : "Pas de port de charge supérieure à 10 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier la position assise/debout, pas de position statique debout au-delà de 10 à 15 minutes, diminution du périmètre de marche à environ 3/4 d'heure, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition. Pas d'activité sur terrain instable, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition. De façon globale, toute forme d'activité de type sédentaire permettant les variations de position et ne nécessitant pas le port de charges lourdes à répétition. Aucune du point de vue psychiatrique." Dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire, le chapitre « Discussion / aspect psychiatrique » (p. 90 à 96) a la teneur suivante : "Diagnostic: Le tableau clinique ressortant des données du dossier et du présent examen comprend plusieurs aspects. En premier lieu des douleurs chroniques et multiples dont les répercussions fonctionnelles excèdent ce qu'on pourrait attendre au vu des seules atteintes somatiques objectives. Il existe par ailleurs un syndrome dépressif et anxieux. Nous discuterons aussi l'hypothèse d'un trouble de la personnalité, diagnostic évoqué dans le dossier, les idées de préjudice exprimées et le problème de l'utilisation des opiacés. Examinons chacun de ces points successivement. Selon les données du dossier, au début de l'évolution les douleurs étaient parfaitement corroborées par les atteintes objectives, et jusqu'en 2002 il n'y a pas de mention de discordance entre trouvailles objectives et plaintes subjectives. Il n'y a pas non plus d'évocation de composante psychologique ou psychiatrique. C'est à partir de mars 2002 (rapport du Dr [...], neurochirurgien) qu'un écart entre signes objectifs et symptômes subjectifs est relaté pour la première fois dans le dossier. Et à partir de mars 2005 (rapport Dr [...] et [...]) est mentionnée dans le dossier l'existence de troubles psychiatriques (épisode dépressif moyen, somatisation) et d'un traitement spécialisé. Selon ces données, les troubles psychiatriques seraient apparus en 2003. Un conflit survenu entre M. X. \_\_\_\_\_ et son employeur concernant l'appréciation de la «lourdeur» (physique) des tâches confiées par ce dernier à l'expertisé semble avoir marqué une étape dans l'évolution des plaintes et notamment l'apparition d'une composante psychique. Ce conflit est mentionné en mars 2002 (rapport du Dr [...]), et paraît avoir aussi détérioré la relation thérapeutique entre l'expertisé et son médecin d'alors, à qui M. X. \_\_\_\_\_ reproche d'avoir pris le parti de son employeur contre lui. Cette «épine irritative» semble encore bien active aujourd'hui dans l'esprit de l'expertisé puisque celui-ci a insisté sur cet épisode lors du présent examen. En conclusion, le tableau douloureux chronicisé constaté actuellement comprend une part somatique et une part non explicable par les atteintes physiques, cette part étant présente depuis 2002. Le tableau douloureux, toutes composantes confondues, a motivé des demandes de soins répétées et importantes.

La part fonctionnelle est apparue dans un contexte de problèmes psycho-sociaux significatifs (conflit professionnel), et le tableau douloureux n'a pas été vraiment modifié par les nombreux traitements appliqués (médicaments, physiothérapie, chirurgie, jusqu'à la prescription d'opiacés). L'ensemble de ces éléments fait retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4). Le diagnostic de somatisation est évoqué par les psychiatres de Prangins. Il ne paraît pas adapté ici puisque les plaintes somatoformes sont ici presque exclusivement de type douloureux, alors que dans la somatisation elles sont variées et concernent plusieurs systèmes, surtout les systèmes digestif et uro-génital. La présence d'une sensation subjective de faiblesse du membre supérieur droit lors du présent examen n'est que partiellement confirmée par les constatations objectives. En effet la parésie est inconstante et, en partie en tout cas, sous le contrôle de la volonté (cf. examen neurologique). Le caractère inconstant est confirmé par son absence lors du second examen par la Dresse D. \_\_\_\_\_, alors qu'il avait motivé des investigations neurologiques au CHUV après le premier examen au BREM, investigations qui n'avaient rien donné. Pour le moment, les plaintes concernant une éventuelle parésie du bras droit sont donc insuffisamment consistantes pour justifier le diagnostic de trouble dissociatif (de conversion). L'évolution dira si ce phénomène devient plus cohérent, ce qui impliquerait alors que le trouble somatoforme deviendrait «indifférencié» et pas seulement «douloureux». En l'état, ce phénomène est sans répercussions fonctionnelles significatives. Pour ce qui est du syndrome dépressif son existence est reconnue par tous les psychiatres ayant eu à examiner l'expertisé, et il est présent lors de notre examen. Dans le dossier une controverse porte sur l'intensité (sévérité) de la dépression. Les psychiatres traitants (Prangins, Dr G. \_\_\_\_\_) retiennent un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, la présence de ce syndrome étant un critère de gravité en cas de dépressions moyennes. Le terme de dépression «extrême» est même mentionné par le Dr G. \_\_\_\_\_ (rapport de 2008). Les médecins de l'AI diagnostiquent pour leur part une dépression nettement moins grave, une dysthymie, c'est-à-dire une dépression n'atteignant pas la gravité d'un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10, mais de longue durée, deux ans au moins. Rappelons ici que la notion de dépression «extrême» n'est pas un diagnostic standard mais un résultat de psychométrie. L'instrument de mesure de la dépression de Beck évoqué par les Drs N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ en 2008 est un questionnaire rempli par le patient. Son résultat ne dit en soi rien ni du diagnostic ni de sa sévérité, qui est affaire d'appréciation clinique. Ce résultat psychométrique indique seulement que le patient perçoit (ou déclare percevoir) ses symptômes comme gravissimes. C'est un élément d'appréciation sur l'état subjectif du patient. Les éléments subjectifs du patient doivent toujours, en clinique comme en expertise, être mis en perspective avec les éléments objectifs. Dans leur rapport du 12.08.2008, les Drs N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ relatent quelques signes objectifs dépressifs (voix monocorde, mimique pauvre, un certain ralentissement cognitif). Mais ces signes sont peu nombreux et ne permettent pas, sur la base de cette description, de retenir un épisode dépressif sévère. D'autant que le même rapport signale chez le patient de la colère contre les médecins et l'AI qui le maltraitent et ne reconnaissent pas sa souffrance. Ce trait est contradictoire avec une dépression sévère, où le patient dirige habituellement ses sentiments négatifs vers lui-même et non vers les autres, tant il a la conviction d'être sans valeur au point d'estimer normal d'être maltraité. Pour ce qui est de l'examen actuel, il met en évidence la triade symptomatique classique de la dépression selon la CIM-10 : baisse de l'humeur, baisse de l'énergie et baisse du plaisir. A ces symptômes s'ajoutent des plaintes associées, corollaires habituels du syndrome dépressif: sentiment d'incapacité, pessimisme,

culpabilité, idéation suicidaire, diminution du sommeil, de l'appétit, de la libido et de la mémoire. Tenant compte du nombre et de la durée des symptômes, le diagnostic d'épisode dépressif peut être retenu et non celui de dysthymie. Pourtant la mauvaise corrélation entre les symptômes et les signes objectifs doit faire nuancer l'appréciation de la gravité de la dépression. On constate en effet que les signes objectifs sont peu nombreux et peu prononcés : hormis une tristesse occasionnellement perceptible (larmes aux yeux) et une expression du visage morose, il n'y a pas vraiment d'autres signes objectifs, comme une altération de l'état général, la négligence de l'hygiène corporelle et de l'habillement, une perte de poids importante, un ralentissement moteur ou vocal. Il n'y a pas de culpabilité irrationnelle. L'investissement du monde extérieur est au moins en partie conservé, contrairement à ce qu'on voit dans la dépression sévère. Il concerne notamment, mais pas seulement, les êtres chers (le fils cadet notamment). L'investissement soutenu de consultations médicales diverses (spécialistes de la douleur à Lausanne, médecin généraliste à Genève, psychiatre à Montreux) va dans le même sens. Le ressentiment exprimé contre des tiers, à qui l'expertisé reproche de méconnaître sa souffrance, est également atypique d'une dépression sévère. La prise de poids malgré l'allégation d'une inappétence chronique relativise cette dernière. Les troubles cognitifs subjectifs sont importants, mais objectivement, les troubles constatés (oublis sélectifs de données essentielles de la vie familiale) ne correspondent pas à une atteinte mnésique typique. En conclusion, si on met en perspective les éléments objectifs et les plaintes subjectives, force est de reconnaître que ces dernières l'emportent nettement. La mauvaise concordance entre la sévérité des plaintes subjectives et celle des constatations objectives amène à nuancer la gravité du syndrome dépressif. Il paraît raisonnable de considérer que l'expertisé souffre d'un épisode dépressif moyen et non pas sévère. Il s'agit d'un trouble qui est devenu chronique car il n'y a pas d'évidence de rémission clinique depuis le document de Prangins de mars 2005. Le syndrome somatique de la dépression au sens de la CIM-10 n'est probablement pas présent. En effet il manque les marqueurs importants de ce syndrome, comme l'horaire typique de la tristesse et de la fatigue, le ralentissement moteur et verbal (ou l'agitation), la perte de poids. Du point de vue du trouble dépressif, le diagnostic que nous retenons est donc celui d'épisode dépressif moyen, probablement sans syndrome somatique (F32.10). Il existe une composante anxieuse (tension, irritabilité, nervosité, ruminations soucieuses, tremblements, sensation de chaud-froid) qui paraît assez significative pour justifier un diagnostic spécifique d'anxiété généralisée (F41.1). Les psychiatres traitants mentionnent le diagnostic de trouble de la personnalité, diagnostic qui n'a pas été retenu par les médecins du SMR. Les médecins de Prangins évoquent en 2005 et en 2008 un trouble mixte de la personnalité, en 2007 (hospitalisation) un trouble émotionnellement labile type impulsif; le Dr G. \_\_\_\_\_ (avril 2010) [mentionne] un trouble de la personnalité obsessionnelle. Selon le rapport de Prangins, le trouble de la personnalité serait relativement sévère et handicaperait l'expertisé quant à sa capacité à s'adapter aux nouvelles situations, ceci probablement en rapport avec une enfance difficile et carencée. Pour notre part nous constatons que depuis plusieurs années l'expertisé a adopté un comportement dépendant, en particulier par rapport à son entourage proche. Nous ne comprenons pas les raisons de ce virage dans sa vie, car il ne peut pas être mis sur le compte des seuls problèmes physiques. Toutefois il paraît peu probable que ce comportement reflète un trouble de la personnalité au sens clinique. En effet, un tel trouble correspond à une fragilité psychique structurelle, significative et durable. Il se manifeste par des troubles émotionnels et/ou relationnels à répétition dès la fin de l'adolescence et durant toute la vie adulte. Rien dans l'histoire clinique de l'expertisé ne

laisse supposer qu'il a présenté de tels problèmes avant le début de l'affection actuelle, alors que l'expertisé avait largement dépassé la trentaine. Aucun document ne l'atteste, sa biographie ne montre pas de difficultés majeures dans la vie sociale, sentimentale ou professionnelle avant 2002, et lui-même déclare n'avoir eu aucun problème d'ordre psychologique avant les troubles actuels. Les données du dossier et les constatations actuelles montrent un patient exprimant souvent le sentiment d'être victime de la malveillance des autres, qu'il s'agisse de son ancien employeur, de son ancien médecin, des experts, de l'AI, etc. Ces idées de préjudice ne nous ont pas semblé organisées en un système de pensée inébranlable et systématique comme on le verrait en cas de trouble délirant. Dernier aspect du tableau clinique: depuis 2007 M. X. \_\_\_\_\_ est sous prescription d'opiacés sur recommandation des spécialistes de la douleur. Bien qu'il ne veuille ou ne puisse se passer des opiacés alors que, selon ses propres dires, ceux-ci n'ont pas vraiment diminué l'intensité des douleurs et sont grevés d'effets indésirables significatifs (troubles cognitifs et digestifs), le diagnostic de dépendance aux opiacés n'est pas approprié. En effet, même si l'expertisé est bel et bien dépendant du produit, comme la substance lui est prescrite régulièrement et légalement, l'expertisé n'endure pas de syndrome de sevrage et n'est pas obligé de se comporter de manière socialement nocive ou dangereuse pour se procurer la substance. En résumé, sur le plan psychiatrique nous retenons les diagnostics CIM-10 suivants: - épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) - anxiété généralisée (F41.1) - syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Répercussions sur la capacité de travail: En principe l'épisode dépressif moyen et l'anxiété généralisée ne sont pas des troubles suffisamment sévères pour diminuer la capacité de travail de manière significative et durable. Il existe toutefois dans le cas de M. X. \_\_\_\_\_ des facteurs d'aggravation des limitations dues à la dépression et à l'anxiété. Le premier facteur est le cumul du trouble anxieux avec le trouble dépressif, troubles dont les effets se renforcent en diminuant tous deux l'énergie disponible. La durée du trouble dépressif est un autre facteur aggravant. A la longue, une dépression persistante finit par miner la motivation et affaiblir l'élan vital du patient. Autre facteur négatif, la présence d'un trouble douloureux chronique dont une partie est organique et ne semble pas accessible aux thérapeutiques, pourtant lourdes, instaurées successivement depuis près de dix ans. La présence de douleurs chroniques, quelle que soit leur origine, renforce la baisse de motivation et de concentration due à la dépression et à l'anxiété. Le troisième facteur défavorable est la prescription continue d'opiacés. La présence des opiacés aggrave sans doute la sensation de fatigue due à la dépression et à l'anxiété en induisant de la somnolence. Des troubles cognitifs (troubles de l'attention) peuvent en résulter. Il est donc probable que le cumul des troubles psychiques et physiques (une partie des douleurs est fondée sur des atteintes objectives) exerce une influence négative sur les capacités énergétiques, motivationnelles et cognitives de l'expertisé. Nous estimons à 40% la diminution de la capacité de travail due à la conjonction des troubles psychiques et physiques. Cela dans toute activité car les troubles limitants, en tout cas la part psychique qui est ici prédominante, ne sont pas liés à un contexte professionnel particulier. En ce qui concerne spécifiquement le syndrome douloureux somatoforme persistant, les aspects de la jurisprudence se présentent comme suit (résumé d'éléments descriptifs présentés plus haut dans divers paragraphes de l'expertise): - comorbidité psychiatrique: présente sous la forme d'un trouble dépressif et anxieux chronique d'intensité moyenne, présent depuis environ cinq ans - atteintes physiques: les douleurs sont en partie, mais en partie seulement, explicables par des atteintes physiques objectives; voir les volets somatiques de l'expertise

pour plus de détails - intégration sociale: selon ses affirmations, l'expertisé n'a plus d'activité lucrative depuis 2002 et il affirme avoir perdu ses activités sociales antérieures, notamment la pratique du football comme entraîneur de juniors; en revanche il est bien intégré à son cercle proche, puisque son fils est, selon l'expertisé, très dévoué à son père et se mobilise (et mobilise des amis à lui) pour prendre en charge par exemple les nombreux déplacements de l'expertisé chez divers médecins, dispersés à la ronde (Lausanne, Genève, Montreux, alors que l'expertisé est domicilié à Morges) - évolution: la part somatoforme des douleurs est apparue vers 2002 et n'a pas été influencée de manière significative par les nombreuses mesures thérapeutiques mises en place sur le plan ambulatoire et hospitalier, y compris la prescription d'opiacés depuis 2007 - «état psychique cristallisé»: si l'on entend par là un état stationnaire sans évolution significative pendant des années, ni en mieux ni en pire, alors on peut probablement dire que l'état psychique de l'expertisé est «cristallisé» depuis 2005 ; en effet, en comparant les données du dossier à l'état actuel, on constate que l'état psychique est resté à peu près inchangé depuis lors, aussi bien pour ce qui est du trouble dépressif que du trouble douloureux - capacité de surmonter les effets des douleurs: la douleur étant une expérience purement subjective, il est impossible pour quiconque, y compris un expert, de se représenter à quoi correspond le vécu douloureux d'une autre personne ; tout au plus peut-on dire que le trouble dépressif et anxieux, en diminuant dans une certaine mesure les capacités énergétiques et motivationnelles de l'expertisé, diminue dans la même mesure la capacité de l'expertisé de surmonter ses douleurs pour mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. Perspectives thérapeutiques et pronostic: Les troubles psychiques, apparus progressivement entre 2002 et 2005, sont devenus chroniques malgré le traitement spécialisé instauré depuis 2005, incluant la prescription d'un antidépresseur, l[...] (d'autres molécules ont été essayées) et une psychothérapie de soutien. L'observance du traitement paraît bonne au vu du taux plasmatique mesuré de l'antidépresseur prescrit. Les troubles psychiques peuvent donc être considérés comme chroniques et résistants au traitement. Au vu de cette évolution, il n'y a pas d'indice perceptible laissant espérer une amélioration significative de l'état clinique, et par conséquent de sa capacité de travail, dans un délai prévisible. Si l'évolution devait montrer que les idées de préjudice s'organisent en un système de croyances irréalistes et inébranlables (idées délirantes), alors la situation devrait être réévaluée sans délai car cela pourrait avoir d'importantes répercussions aggravantes sur la capacité de travail." La conclusion du chapitre « Discussion / aspect somatique » de l'expertise pluridisciplinaire (p. 102) a la teneur suivante : "Au terme du présent examen somatique, nous n'avons pas retenu d'autre diagnostic que celui de discopathies dégénératives rachidiennes étagées, chez un ancien footballeur et travailleur de force, opéré à l'étage L5-S1 sans succès, présentant également des discopathies cervicales, des atteintes dégénératives débutantes des genoux. Le pronostic établi en 2006 par le premier expert rhumatologue, le Dr [...] s'est confirmé et nous nous trouvons devant un tableau de douleurs chroniques irréductibles. Ces dégénérescences discales étant symptomatiques, elles justifient des limitations fonctionnelles et contre-indiquent les activités physiques moyennes à lourdes depuis novembre 2001. Nous nous rallions aux conclusions du SMR sur le point des limitations fonctionnelles qui comportaient déjà une limitation pour la position à genoux ou accroupie et de l'exigibilité restante dans une activité adaptée. Nous ne voyons pas de raison médicale somatique aux échecs des mesures de réadaptation, ni d'évolution justifiant une aggravation déterminante biomécanique depuis l'examen du SMR, susceptible de diminuer l'exigibilité dans une activité adaptée au plan strictement somatique. Au terme de leur discussion

consensuelle les experts somaticiens (rhumatologue-interniste et neurologue) et l'expert psychiatre reconnaissent une incapacité de travail partielle, dans une activité physiquement adaptée, à la hauteur de 40% pour les raisons évoquées par l'expert psychiatre (ci-dessus) à partir de 2002-2003. Ces raisons peuvent donner une explication aux échecs des mesures de réadaptation qui visaient une pleine exigibilité dans une activité adaptée. La lecture des actes du dossier ne nous permet pas de donner une date plus précise rétroactivement de cette diminution d'exigibilité dans une activité adaptée." L'opération « à l'étage L5-S1 », mentionnée ci-dessus, est une intervention chirurgicale, pour une discopathie L5-S1 avec mise en place d'une fixation semi-rigide par Dynesys, qui a eu lieu le 18 octobre 2005 au service de neurochirurgie des HUG à Genève. E. Invité à se déterminer sur ce rapport, l'Office AI a, le 13 août 2010, exposé qu'il confirmait sa position, fondée sur le rapport d'examen SMR du 17 juillet 2007, à savoir l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, dès le mois d'avril 2002. L'Office AI se réfère à un avis du SMR du 11 août 2010 et résume ainsi ses critiques contre les conclusions des experts du BREM : "Les experts retiennent une diminution de la capacité de travail de 40% due à la conjonction des troubles psychiques et physiques. Il existe un syndrome douloureux chronique qui ne répond cependant pas formellement au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et qui ne présente pas de comorbidité psychiatrique incapacitante, puisque les experts ne retiennent pas le trouble de la personnalité, que l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique fait partie du syndrome douloureux chronique et que, finalement, l'anxiété généralisée n'est pas détaillée et repose essentiellement sur des plaintes de l'assuré, mais qui n'ont pas été vérifiées lors de l'examen clinique puisqu'on peut lire sous le status psychiatrique: anxiété: «très légers tremblements des extrémités en position debout. Pas de sudation excessive visible, ni d'autres signe objectif d'anxiété, notamment pas de rituel de vérification lors de l'examen». Il n'y a en définitive aucune atteinte psychiatrique invalidante." Le recourant a déposé ses déterminations sur l'expertise le 30 septembre 2010. Il a produit de nouveaux rapports médicaux qui, selon lui, relèvent plus de gravité dans l'atteinte sur le plan psychiatrique que ce qu'avaient retenu les experts du BREM. Le recourant a exposé qu'il avait été hospitalisé pour des motifs psychiatriques du 7 juin au 2 juillet 2010 à l'Hôpital de Prangins (motifs de l'admission, selon un rapport du 27 août 2010 des médecins de cet hôpital psychiatrique : symptomatologie anxio-dépressive avec des idées suicidaires et des propos hétéroagressifs, diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques). Se référant à cette évolution de son état de santé, le recourant requiert un complément d'expertise sur le volet psychiatrique, par les médecins du BREM, compte tenu des éléments qui ont été observés ou mis en évidence après le dépôt du rapport d'expertise du 17 mai 2010. L'Office AI a pris position sur ces nouveaux rapports médicaux le 10 décembre 2010 ; il a produit un avis du SMR (signé par les Drs O.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_), ainsi libellé : "Sur la base des documents mis à disposition, nous constatons une aggravation de l'état psychique de l'assuré (hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de Prangins du 7.6.2010 au 2.7.2010) et une deuxième hospitalisation aurait eu lieu au mois de septembre 2010, d'après la lettre du Dr G.\_\_\_\_\_ adressée au Tribunal cantonal. Ainsi suite à l'expertise médicale effectuée par le BREM (examen rhumatologique et psychiatrique du 25.1.2010 et neurologique du 28.1.2010) dont le compte-rendu a été adressé au Tribunal cantonal le 17.5.2010, l'assuré a présenté une aggravation de son état de santé psychique ayant nécessité deux hospitalisations en milieu spécialisé. Pour ces motifs, son état de santé psychique doit être considéré comme étant non stabilisé." E n d r o i t : 1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

2. Le recourant demande l'octroi d'une rente d'invalidité et il se plaint, en résumé, d'une mauvaise appréciation de son état de santé par l'Office AI.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions 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). Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 — partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) — cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449). D'autres versions antérieures de ces dispositions pourraient éventuellement s'appliquer au présent litige, compte tenu de la date de dépôt de la demande de prestations. Il n'est toutefois pas nécessaire de les mentionner plus précisément ici, dès lors qu'elles avaient, matériellement, la même portée que les normes citées ci-avant dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, sous réserve de la question de l'échelonnement des rentes une fois admis un taux d'invalidité de 40 %.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne

également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) En l'occurrence, il y a lieu de se fonder sur les résultats de l'expertise médicale pluridisciplinaire qui a été ordonnée au cours de la procédure judiciaire. Cette expertise correspond aux exigences prévues par la jurisprudence et elle fournit une appréciation en fonction de l'évolution de l'état de santé du recourant durant les nombreuses années qu'a duré la procédure administrative ; les experts ont en particulier pris en considération tous les rapports médicaux antérieurs figurant au dossier. Le recourant n'a pas critiqué de manière concluante le contenu de l'expertise. Dans ses déterminations, il a invoqué surtout des évolutions postérieures de son état de santé, en été 2010, et il a produit un avis de son psychiatre traitant (Dr G. \_\_\_\_\_) qui ne contient que des considérations rapides ou d'ordre général. Quant aux critiques de l'Office AI à propos des conclusions des experts – soit à propos du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant chez un sujet ne présentant pas, selon cet Office, de comorbidité psychiatrique invalidante –, elles ne sont pas propres à affaiblir la valeur probante de l'expertise, comme cela sera exposé plus bas. d) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49; 132 V 65 consid. 4.2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive, existence d'un état psychique « cristallisé »), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Cependant, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de

grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65; 130 V 352; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées). e) Les experts ont retenu une conjonction des troubles psychiques et physiques, en constatant, sur le plan somatique, des dégénérescences discales, avec un tableau de douleurs chroniques irréductibles. Ces douleurs sont donc explicables par des atteintes physiques objectives, ce qui n'est pas contesté par l'Office AI. C'est à propos de la nature ou de degré de la comorbidité psychiatrique que l'Office AI ne partage pas l'avis des experts. S'agissant de cette appréciation de la gravité de l'atteinte – dont le tribunal doit examiner s'il existe une vraisemblance prépondérante qu'elle est réalisée –, l'analyse globale des experts n'apparaît pas critiquable ; ils relèvent en particulier la longue durée du trouble et ils le décrivent en fonction des critères de la jurisprudence (cf. supra, consid. 2d). Dans cette situation où il y a une divergence d'appréciation entre les experts judiciaires et les médecins du SMR, mais sans que ces derniers n'amènent d'éléments objectifs permettant de remettre en cause les conclusions des experts, il se justifie de donner la préférence à l'avis des experts. f) Les experts ont évalué, sur la base de leurs constatations médicales, l'incapacité de travail à 40 %, même dans une activité physiquement adaptée. Ils ont toutefois renoncé à donner des indications précises au sujet du début de la période d'incapacité partielle, en retenant que la lecture des actes du dossier – lequel paraît pourtant contenir tous les rapports médicaux disponibles – ne permettait de faire rétroactivement une appréciation plus détaillée. Dans les conclusions de l'expertise, les experts somaticiens et l'expert psychiatre exposent toutefois que l'incapacité à 40 % existait « à partir de 2002-2003 » ; mais dans le chapitre concernant l'évaluation psychiatrique, il est fait mention d'un état psychique « cristallisé », c'est-à-dire « stationnaire sans évolution significative pendant des années, ni en mieux ni en pire », depuis 2005. Dès lors qu'il faut tenir compte, selon la jurisprudence concernant le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, de la « cristallisation » de l'état psychique (cf. supra, consid. 2d), c'est cette dernière date qui est déterminante. Comme l'expert a renoncé à être plus précis, il faut considérer que l'incapacité de travail à 40 %, dans toute activité même adaptée aux limitations fonctionnelles, est médicalement attestée dès le milieu de l'année, soit le 1<sup>er</sup> juillet 2005. Dans ces conditions, la date de l'ouverture du droit à la rente doit être fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2006 (cf. supra, consid. 2a). g) En excluant tout droit à une rente d'invalidité en fonction d'une évaluation de l'état de santé du recourant qui s'est révélée non probante vu l'expertise médicale pluridisciplinaire, et en ne tenant donc pas compte d'une incapacité de travail du recourant dans toute activité à 40 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005, l'Office AI a établi les faits de manière inexacte ou incomplète, puis apprécié la situation en violation du droit fédéral. Il convient donc d'annuler la décision attaquée, pour les motifs précités, et de renvoyer la cause à l'Office AI pour nouvelle décision (cf. art. 90 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). L'Office AI devra procéder à une nouvelle comparaison des revenus, avec et sans invalidité, afin de déterminer le taux d'invalidité ; il actualisera les chiffres retenus dans la décision attaquée, en fonction du taux d'incapacité de travail et de l'abattement à appliquer sur le revenu d'invalidité – lequel pourra le cas échéant être supérieur à 10 %, vu les constatations des experts médicaux. Cette solution est plus expédiente qu'un complément d'instruction par la Cour de céans et la fixation précise du droit à la rente dans un arrêt du Tribunal cantonal ; il incombe en effet au premier chef aux offices AI d'évaluer l'invalidité et l'impotence, ainsi que de déterminer les mesures de réadaptation, en mettant en œuvre d'office toutes les mesures d'instruction

nécessaires (cf. art. 57 al. 1 let. e et f LAI). L'Office AI ne pourra pas revenir, au détriment du recourant, sur les points déjà décidés, soit principalement le taux d'incapacité de travail de 40 % (au moins) dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005. Par ailleurs, pour la détermination du revenu sans invalidité, les données fournies par le précédent employeur restent déterminantes (55'200 fr. de revenu annuel en 2002). 3. Les évolutions de l'état de santé du recourant depuis le 17 juin 2008 – date de la décision objet du présent recours – devront être prises en considération par l'Office AI, qui appliquera le cas échéant les règles sur l'aggravation (cf. notamment art. 88a al. 2 RAI). De même, comme le taux d'invalidité du recourant est manifestement supérieur à 20 %, il incombera à l'Office AI d'examiner si des mesures d'ordre professionnel doivent être mises en œuvre – ce qui n'exclut pas le cas échéant un droit à la rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, pour autant que le degré d'invalidité soit supérieur à 40 %. 4. Il s'ensuit que le recours doit être admis, que la décision attaquée doit être annulée et que l'affaire doit être renvoyée à l'Office AI pour nouvelle décision au sens des considérants (cf. consid. 2 supra, en particulier let. f et g). Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice. Le recourant, représenté par un avocat mandaté par son assurance de protection juridique, a droit à des dépens, à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité (cf. ATF 135 V 473) Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 17 juin 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à payer au recourant X. \_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Le président : La greffière: Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Suzette Chevalier (pour M. X. \_\_\_\_\_) ■ 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 :

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