

VD_FINDINFO AI 508/08 - 36/2011 vom 8. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_508_08_-_36_2011

FR: VD_FINDINFO AI 508/08 - 36/2011 du 8 novembre 2010

IT: VD_FINDINFO AI 508/08 - 36/2011 del 8 novembre 2010

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 08.11.2010 AI 508/08 - 36/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 508/08 - 36/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2010

_____ Présidence de M. Dind Juges : MM. Pittet et Zbinden, assesseurs Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : B. _____, à Clarens, recourant, représenté par Me Tarkan Göksu, avocat à Fribourg, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI E n f a i t : A. B. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1959, travaillait depuis le 21 août 2000 en qualité de collaborateur d'exploitation pour K. _____. Son contrat de travail a été résilié au 31 janvier 2008. Le 13 novembre 2006, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr P. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Montreux et médecin traitant de l'assuré. Le 19 janvier 2007, ce praticien a posé les diagnostics de céphalées tensionnelles chroniques, de syndrome vertébral lombaire récidivant sur troubles statiques du rachis et d'état dépressif, puis retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 13 janvier 2006. Les pièces médicales suivantes ont notamment été versées au dossier: - Un courrier du 17 décembre 1997 de la Dresse W. _____, spécialiste FMH en neurologie à Montreux, retenant un status neurologique normal, notamment s'agissant de la colonne cervicale, de l'auscultation carotido-crânienne, des nerfs crâniens et des voies longues. - Un rapport du 18 novembre 2004 du Dr M. _____, spécialiste FMH en neurologie à Vevey, retenant un examen neurologique normal, sous réserve d'une sensibilité cervicale et de migraine. - Des rapports des 15 décembre 2005, 13 février 2006 et 24 avril 2006 du Dr F. _____, du service de neurologie du CHUV, retenant la présence de probable migraine chronique, de céphalées chroniques et d'état dépressif. - Un rapport du 21 mars 2006 du département d'imagerie médicale de l'Hôpital Riviera à Montreux, démontrant suite à une IRM cérébrale le 20 mars 2006 la présence de foyers leucodystrophiques bilatéraux, posant le diagnostic de foyers de démyélinisation, l'absence de masse occupant de l'espace, et la présence de petites formations polypeuses dans les récessus inférieurs des sinus maxillaires. - Un rapport du 5 septembre 2006 de la Dresse Z. _____, cheffe de clinique au secteur psychiatrique de l'Est vaudois à Clarens, posant le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de céphalées, puis relevant notamment que les symptômes dépressifs pouvaient s'expliquer par une

surcharge psychogène liée aux troubles somatiques, sans pouvoir écarter la composante psychique des céphalées. Le 11 juillet 2006, cette spécialiste a retenu que l'état dépressif justifiait une incapacité de travail de 100%. - Un rapport du 11 septembre 2006 du Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne à Lausanne, selon lequel l'assuré présentait vraisemblablement un trouble somatoforme douloureux chronique, avec une comorbidité psychiatrique sous forme d'état dépressif. Le cas a été soumis au Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), qui en date du 22 août 2007 a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, afin, compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu par le Dr C._____, de se prononcer sur l'importance de la comorbidité psychiatrique et sur les critères de gravité selon Meyer-Blaser. Le 16 janvier 2008, l'assuré a été soumis à un examen effectué par le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Sion. Dans son expertise du 17 janvier 2008, ce dernier a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant possible et de trouble dépressif majeur (état actuel moyen) chronique. Il n'a pas retenu d'incapacité de travail psychiatrique et s'est fondé notamment sur l'argumentation suivante: "En conclusion, il y a beaucoup d'arguments pour le syndrome douloureux somatoforme persistant. Le seul doute vient de certains rapports neurologiques qui n'excluent pas formellement les bases organiques, puisqu'il est question de céphalées mixtes d'origine migraineuse et tensionnelle . Il est important de rappeler ici que, pour la CIM-10, les céphalées de tension sont un motif d'exclusion du syndrome douloureux somatoforme persistant. Pour cette raison, le soussigné est contraint de porter le qualificatif de possible au trouble somatoforme qui pourrait être retenu ici. [...] Dans le cas présent, on a manifestement la tristesse et la perte d'intérêt la plupart du temps tous les jours et depuis de nombreux mois. On a donc les deux critères cardinaux de la dépression. On a d'autres signes et symptômes. Il s'agit du ralentissement, de la baisse de l'estime de soi, de la fatigue, de la fatigabilité, de la perte d'appétit et de l'insomnie, même si elle est reliée aux douleurs. Bref, on a les critères requis pour un épisode dépressif. Le nombre et l'intensité des symptômes le classe dans la catégorie moyenne. La chose est confirmée par l'échelle de dépression de Hamilton qui cote à 25, le 16.01.2008. Pour le solde, il n'y a pas d'éléments pour un trouble de la personnalité grave et invalidant. La recherche d'autres troubles de l'axe I (trouble anxieux, abus de substances) est restée vaine. La comorbidité psychiatrique de ce trouble somatoforme est donc un seul trouble dépressif majeur (état actuel moyen) qu'on peut qualifier de chronique, selon DSM-IV-TR, puisqu'il dure vraisemblablement depuis plus de deux ans, sans rémission. [...] Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique n'est pas grave. Il s'agit d'un trouble dépressif majeur (état actuel moyen) dont la sévérité n'a pas en soi valeur incapacitante. Une partie de la symptomatologie dépressive est d'ailleurs contaminée par le problème douloureux (insomnie, perte du plaisir, diminution de l'appétit, etc.). On ne peut donc pas lui conférer les critères d'acuité requis par la jurisprudence pour qu'il s'agisse d'une comorbidité à prendre manifestement en compte dans l'évaluation assécurologique. Par ailleurs, le réseau social reste consistant. Il y a les amis de travail. Il y a une famille qui tient et qui vient en appui de ce sujet. On ne peut pas dire qu'il y ait perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. On peut admettre que ce sujet a résisté aux traitements effectués selon les règles de l'art. Il y a pourtant des doutes sur l'observance thérapeutique, les taux plasmatiques de Dafalgan (paracétamol) ne correspondant pas à ce qu'on doit attendre de la médication que l'assuré dit avoir prise le jour de l'examen. La demi-vie de ce médicament est de l'ordre de 4-5 heures. Avec une prise régulière et 1 gr à 6 heures, 8 heures et 14 heures le jour du prélèvement effectué vers 16 heures 30, on devait s'attendre à un taux

plasmatique de l'ordre de 0.10 à 0.20 mmol/l. La situation paraît fixée, puisque les choses évoluent maintenant depuis de nombreuses années, les céphalées remontant pour le sujet à 1980. Dans la mesure où on retient le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'évaluation finale est difficile. L'impression est celle d'un sujet qui s'est progressivement fragilisé, devenant de moins en moins apte à répondre aux sollicitations du monde du travail. Il a réagi par des symptômes fonctionnels et des plaintes douloureuses chroniques qui ont quelque part légitimé l'adoption d'un statut d'invalidé, sans qu'il y ait notion de simulation. Il n'est pas exclu que le tout repose sur une problématique personnelle ou relationnelle qui n'a pas été dite jusqu'ici. Si on applique les critères requis par la jurisprudence, on n'a pas la comorbidité sévère, ni les quatre critères cumulés avec une intensité telle qu'ils justifient l'exception donnant valeur incapacitante à un trouble somatoforme. Pour ce motif, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Dans une optique d'évaluation globale, il subsiste tout de même un doute puisque les rapports des neurologues n'ont jamais exclu formellement que les céphalées de l'assuré n'aient pas de base organique probante. Le soin est laissé à votre Office d'éventuellement compléter l'instruction du dossier par un avis neurologique se prononçant sur ce point délicat.

Conclusions En conclusion, on est face à un assuré d'origine turque dont l'histoire est sans histoire jusqu'au début des années 90, même si des céphalées sont déjà retenues par lui au début des années 80. Progressivement se sont imposés des troubles fonctionnels et les céphalées parfois qualifiées de mixtes (migraineuses et de tension). Si ces dernières n'ont pas de socle somatique probant, on est alors dans le champ du syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans l'optique d'une évaluation globale, il subsiste tout de même un doute puisque les rapports des neurologues n'ont jamais exclu formellement que les céphalées de l'assuré n'aient pas de base organique probante. Le soin est laissé à votre Office d'éventuellement compléter l'instruction du dossier par un avis neurologique se prononçant sur ce point délicat. Selon la CIM-10, les céphalées de tension sont un des motifs d'exclusion du syndrome douloureux somatoforme persistant. En examinant les critères requis par la jurisprudence et en les appliquant strictement, il n'y a pas aujourd'hui d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Le soussigné peut être formel sur ce point. On devrait donc pouvoir exiger que l'assuré reprenne son activité antérieure. Dans les faits, la chose apparaît comme peu vraisemblable, au vu de l'adoption durable d'un comportement d'invalidé. D'un point de vue psychiatrique, le soussigné n'a pas de proposition thérapeutique à faire. Un suivi spécialisé n'a guère de sens. Il a été tenté par des personnes compétentes et n'a pas donné de résultats probants. L'assuré n'en voit d'ailleurs guère l'utilité. Sur le plan professionnel, la situation apparaît comme dépassée. Le soussigné n'a pas non plus de propositions à faire. En l'absence d'affection organique curable, on doit par conséquent admettre que cette situation ne va guère se modifier" Dans un avis médical du 12 février 2008, le médecin du SMR a requis un complément d'information au Dr F._____, afin de savoir si les céphalées dont se plaignait l'assuré étaient l'expression d'un trouble somatoforme douloureux persistant ou s'ils résultaient d'une cause organique, et le cas échéant laquelle. Le 5 avril 2008, le Dr F._____ a indiqué que l'assuré avait été examiné en 2005 et 2006, la dernière fois le 17 avril 2006, et que le diagnostic de céphalées chroniques dans le cadre d'un état dépressif avait été retenu, précisant qu'une cause organique avait été écartée. Il a ajouté qu'il ne lui était plus possible de procéder à un complément d'expertise, proposant l'établissement d'une expertise par un tiers. Dans un rapport médical du 5 mai 2008, le Dr V._____, du SMR, n'a pas posé de diagnostic du ressort de l'AI et a retenu une capacité de travail exigible de 100% dans

l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Se référant à l'expertise du Dr L. _____ et au complément apporté par le Dr F. _____, il a indiqué en résumé que l'assuré présentait les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif majeur, état actuel moyen. Il a précisé que les plaintes douloureuses n'avaient pas d'explication biomédicale ni psychiatrique spécifique, que la comorbidité psychiatrique n'avait pas en soi de valeur incapacitante et que les céphalées n'avaient pas de cause organique. B. Par projet de décision du 9 mai 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente, en raison d'absence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Le 27 mai 2008, l'assuré a contesté ce projet de décision, faisant part de son intention de prendre contact avec son médecin traitant et demandant des explications complémentaires. Dans un courrier du 20 juin 2008, l'OAI a exposé à l'assuré la teneur de la jurisprudence au sujet des critères permettant de déterminer le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux persistants (ATF 130 V 352). Il lui a également remis copie du rapport du 5 avril 2008 du Dr F. _____. Le 10 juillet 2008, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 5 juillet 2008 du Dr P. _____, décrivant les différents examens médicaux subis par l'assuré ainsi que son traitement médicamenteux, attestant que l'intéressé avait montré une assiduité à son travail aussi longtemps que possible malgré les douleurs et malaises ressentis, puis constatant, malgré les nombreuses consultations spécialisées et le suivi adéquat de diverses thérapies, l'échec des mesures entreprises et l'absence de rémission durable. Sur cette base, l'assuré a demandé à ce que son dossier soit réexaminé par l'OAI. Dans un avis médical du 27 août 2008, le Dr V. _____ a retenu que le rapport précité du Dr P. _____ ne contenait aucun élément médical nouveau de nature à modifier la position du SMR. Par décision du 5 septembre 2008, l'OAI a refusé le droit à la rente, motif pris de l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Se référant à l'expertise du Dr L. _____ et à l'avis du SMR, il a retenu que la comorbidité psychiatrique, dans le cadre du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif majeur, n'avait pas de valeur incapacitante et que les facteurs de gravité n'étaient pas réunis. Il a également retenu que, selon les indications du Dr F. _____ ayant fait suite à l'expertise du Dr L. _____, les céphalées dont souffrait l'assuré n'avaient pas de cause organique. C. Par acte du 10 octobre 2008, l'assuré a recouru contre cette décision et conclu, avec suite de dépens, à l'annulation de celle-ci, à l'octroi d'une rente entière et éventuellement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction, en particulier afin d'ordonner une expertise neurologique en vue d'établir si les céphalées avaient une base organique. L'assuré allègue souffrir de céphalées intenses depuis plusieurs années, ayant fait l'objet de plusieurs consultations médicales, de nombreux examens auprès de spécialistes et d'un traitement médicamenteux soutenu. Invoquant une constatation incomplète des faits, il soutient que le courrier du 5 avril 2008 du Dr F. _____ ne permet pas de se prononcer sur le caractère organique des céphalées, étant donné que ce médecin n'avait plus été consulté par l'intéressé et qu'il se basait sur des documents datant de deux ans, de sorte que la situation neurologique reste confuse. Se référant aux critères permettant de déterminer le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux persistants (ATF 130 V 352), il se prévaut d'un processus maladif depuis 1989 sans rémission des douleurs, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires malgré ses efforts pour surmonter ses douleurs. Il affirme ensuite que tous les rapports médicaux, à l'exception du psychiatre, le Dr L. _____, confirment la présence d'une invalidité. Dans sa réponse du 18 décembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours et au

maintien de la décision attaquée. Il relève qu'une expertise neurologique n'est pas nécessaire dans la mesure où différents examens neurologiques avaient été effectués et qu'aucune cause organique n'avait pu être attribuée aux céphalées de l'assuré. Au sujet du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, il soutient que l'expertise du Dr L. _____ permet de conclure à l'absence d'une comorbidité psychiatrique et précise que les autres critères ne sont pas remplis, en l'absence de perturbation de l'équilibre psycho-social dans toutes les manifestations de la vie, ajoutant au sujet du traitement médicamenteux que l'intéressé n'observe pas les doses thérapeutiques prescrites. Il en déduit que le trouble somatoforme douloureux dont souffre l'assuré ne doit pas être considéré comme étant invalidant. D. En réplique du 19 février 2009, le recourant a conclu à la mise en œuvre d'une expertise neurologique en vue d'établir si les céphalées ont une base organique. Il reprend ses arguments au sujet du caractère organique des céphalées, ajoutant que le Dr L. _____ s'était prononcé en faveur d'un complément d'investigation neurologique. Pour le trouble somatoforme douloureux, il soutient que les autres critères (en dehors d'une comorbidité psychiatrique) ne sont pas cumulatifs, un seul étant suffisant, puis réitère ses arguments. Dans sa duplique du 13 mars 2009, l'OAI conteste qu'un seul critère reconnu par la jurisprudence permette de reconnaître qu'un trouble somatoforme douloureux soit reconnu comme invalidant, puis doute qu'un assuré puisse présenter les quatre critères sans présenter en même temps une comorbidité psychiatrique. En date du 31 mars 2009, le recourant maintient ses conclusions et ses arguments, puis ajoute qu'il n'appartient pas au Dr L. _____, mais au juge, d'apprécier si les critères requis par la jurisprudence sont remplis. Le 3 juin 2009, le recourant dépose de nouvelles pièces médicales, notamment un rapport d'examen sanguin du 12 avril 2009, plaidant selon lui en faveur d'une expertise neurologique. Le 29 juin 2009, l'OAI fait valoir que ces pièces ne justifient pas de nouveaux examens neurologiques et confirme ses conclusions. Le 23 juillet 2009, le recourant dépose un certificat médical du 11 juillet 2009 du Dr P. _____, attestant qu'il souffre toujours de graves troubles physiques et psychiques, sans amélioration malgré de nombreuses tentatives de traitement, l'assuré restant en incapacité de travail totale. Par courrier du 6 août 2009, l'OAI relève que ce certificat n'apporte aucun élément nouveau et renvoie à ses précédentes écritures. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, 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 a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison 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'assurance-invalidité, 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 c. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). 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 le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 c. 11.1.3; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci 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 c. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). c) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 252 c. 2.2.3). 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 c. 1.2; TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 c. 3.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 c. 2.2.3; 131 V 49 c. 1.2). 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. A cet égard, on retiendra, au premier plan, 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 132 V 65 c. 4.2.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2). 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), 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, 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 c. 4.2.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2; TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 c. 3.2).

3. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI. Invoquant une constatation incomplète des faits pertinents, le recourant soutient que le courrier du 5 avril 2008 du Dr F. _____ ne permet pas de se prononcer sur le caractère organique des céphalées, réclamant sur ce point la mise en œuvre d'une expertise neurologique.

a) Selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 c. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 122 II 464 c. 4a; 122 III 219 c. 3c; 120 Ib 224 c. 2b; TF 9C_699/2009 du 24 février 2010 c.4.2).

b) Dans son expertise du 17 janvier 2008, le Dr L. _____ a relevé que certains rapports neurologiques n'excluaient pas formellement les bases organiques, puisqu'il était question de céphalées mixtes d'origine migraineuse et tensionnelle, ajoutant que les céphalées de tension sont un motif d'exclusion du syndrome douloureux somatoforme persistant. Sur ce point, il a laissé le soin à l'OAI d'éventuellement compléter l'instruction du dossier par un avis neurologique. Le médecin du SMR a alors requis un complément d'information afin de savoir si les céphalées dont se plaignait l'assuré étaient l'expression d'un trouble somatoforme douloureux persistant ou s'ils résultaient d'une cause organique, et le cas échéant laquelle. Le 5 avril 2008, le Dr F. _____ a indiqué que l'assuré avait été examiné en 2005 et 2006, la dernière fois le 17 avril 2006, et que le diagnostic de céphalées chroniques dans le cadre d'un état dépressif avait été retenu, précisant qu'une cause organique avait été écartée; il a ajouté qu'il ne lui était plus possible de procéder à un complément d'expertise, proposant l'établissement d'une expertise par un tiers. Si les explications du Dr F. _____ peuvent sembler limitées, on relèvera que ce

médecin, spécialiste en neurologie au CHUV, avait examiné à plusieurs reprises l'assuré, soit les 12 décembre 2005, 13 février 2006 et 24 avril 2006, à chaque fois pour des consultations spécialisées des céphalées. Dans son dernier rapport, le 24 avril 2006, il avait alors posé le diagnostic de céphalée chronique d'origine indéterminée dans un contexte d'état dépressif, et relevé qu'on se trouvait dans une impasse thérapeutique avec une absence de réponse à tous les médicaments proposés. On se rappellera du reste que les Drs W. _____ (courrier du 17 décembre 1997) et M. _____ (rapport du 18 novembre 2004), tous deux spécialistes en neurologie, ont retenu un examen neurologique normal. Dès lors, l'avis du Dr F. _____, compte tenu également des indications médicales décrites ci-dessus, permet de retenir que les céphalées ne résultent pas d'une cause organique. Il n'est pas déterminant, contrairement à ce que soutient le recourant, que ce médecin n'avait plus été consulté par l'intéressé et qu'il se basait sur des documents datant de deux ans. Si le Dr F. _____ avait dans un premier temps retenu le diagnostic de céphalée chronique d'origine indéterminée ou probable céphalée de tension chronique (rapport du 13 février 2006), seul celui de céphalée chronique d'origine indéterminée dans un contexte d'état dépressif a ensuite été retenu (rapport du 24 avril 2006). Du reste, le recourant ne se réfère pas à d'autres documents médicaux convaincants permettant de déduire que les céphalées ont une cause organique et partant de remettre en cause l'avis du Dr F. _____. On ajoutera que le rapport du 24 avril 2006 de ce spécialiste résulte d'examens approfondis sur le plan neurologique, se fonde sur l'anamnèse de l'assuré, mentionnant en particulier l'IRM effectuée le 20 mars 2006, mentionne la description de plaintes subjectives puis comporte une appréciation médicale claire et des conclusions dûment circonstanciées et étayées, de sorte qu'il emporte valeur probante. Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise neurologique. 4. Le recourant se prévaut de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, qui remplit selon lui les différents critères posés par la jurisprudence pour le reconnaître comme étant invalidant selon l'AI. a) Dans son rapport du 11 septembre 2006, le Dr C. _____ a posé le diagnostic vraisemblable d'un trouble somatoforme douloureux chronique, avec une comorbidité psychiatrique, sous forme d'état dépressif, relevant l'utilité d'un avis psychiatrique. Le 19 janvier 2007, le Dr P. _____ a ensuite retenu la présence de céphalées tensionnelles chroniques, d'un syndrome vertébral lombaire récidivant sur troubles statiques du rachis et d'un état dépressif. La Dresse Z. _____ a pour sa part attesté d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (rapport du 5 septembre 2006). Ces différents rapports, de même que ceux produits jusqu'à fin 2007, ne permettent cependant pas de se prononcer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux que semblait présenter le recourant. C'est pourquoi le SMR, à juste titre, a requis une expertise. Dans son expertise du 17 janvier 2008, le Dr L. _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant possible et de trouble dépressif majeur (état actuel moyen) chronique, avant de nier la présence d'une incapacité de travail psychiatrique. En résumé, l'expert a retenu que le recourant ne présentait pas une comorbidité psychiatrique invalidante et que les autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis. Le 5 avril 2008, le Dr F. _____ a indiqué qu'une cause organique au diagnostic de céphalées chroniques dans le cadre d'un état dépressif avait été écartée. Sur cette base, dans un rapport du 5 mai 2008, le Dr V. _____ a relevé que l'assuré présentait les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de troubles dépressif majeur, état actuel moyen, précisant que les plaintes douloureuses n'avaient pas

d'explication biomédicale ni psychiatrique spécifique, que la comorbidité psychiatrique n'avait pas en soi de valeur incapacitante et que les céphalées n'avaient pas de cause organique. b) En premier lieu, le Dr L._____ a posé le qualificatif de possible au diagnostic de trouble somatoforme douloureux, relevant que les céphalées de tension sont un motif d'exclusion d'un tel trouble et que, dans le cas présent, certains rapports neurologiques n'excluaient pas formellement les bases organiques des céphalées. Cela étant, compte tenu de l'affirmation du 5 avril 2008 du Dr F._____ selon laquelle une cause organique avait été écartée et notamment des avis neurologiques figurant au dossier, on retiendra que les céphalées ne résultent pas d'une cause organique (consid. 3b ci-dessus), de sorte que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux peut être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante. Compte tenu de l'état psychique de l'assuré, l'expert a retenu que la comorbidité psychiatrique du trouble somatoforme était un seul trouble dépressif majeur (état actuel moyen) qu'on pouvait qualifier de chronique, selon DSM-IV-TR, puisqu'il durait vraisemblablement depuis plus de deux ans, sans rémission. Il a ensuite exposé que la comorbidité psychiatrique n'était pas grave, relevant qu'il s'agissait d'un trouble dépressif majeur (état actuel moyen) dont la sévérité n'avait pas en soi valeur incapacitante. Au vu des autres rapports médicaux figurant au dossier, qui ne se prononcent pas réellement sur cette question, on retiendra donc que le recourant ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, et entraînant une invalidité au sens de la jurisprudence en la matière (consid. 2c ci-dessus). On ne voit donc pas de raisons de s'écarter de l'avis circonstancié du Dr L._____. S'agissant des autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux, l'expert a relevé que le réseau social de l'assuré restait consistant, avec les amis de travail et une famille en appui. Dans ces conditions, on ne saurait dire qu'il y ait une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et il semble même que l'assuré dispose d'un environnement psychosocial intact. Si le Dr L._____ a ensuite relevé que l'expertisé avait résisté aux traitements effectués selon les règles de l'art, il a signalé des doutes sur l'observance thérapeutique, compte tenu des taux plasmatiques de Dafalgan, de sorte qu'on peut se demander si l'assuré a réellement témoigné d'une attitude coopérative, malgré le fait qu'il ait subi plusieurs traitements et examens depuis plusieurs années. Enfin, quand bien même le Dr L._____ ne se prononce pas textuellement sur la présence ou non d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive) et d'affections corporelles chroniques, on peut tout de même lui faire confiance lorsqu'il affirme clairement que font défaut les quatre critères cumulés avec une intensité telle qu'ils justifient l'exception donnant valeur incapacitante à un trouble somatoforme. L'expert a du reste formellement relevé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail psychiatrique et qu'on pouvait exiger de l'assuré la reprise de son activité antérieure. c) On peut se demander si, comme l'affirme le recourant, un seul des critères reconnu par la jurisprudence (consid. 2c ci-dessus) peut le cas échéant permettre de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux. Quoi qu'il en soit, au vu de la position affirmée du Dr L._____, que rien au dossier ne permet de contredire valablement, on retiendra que le recourant n'est pas atteint dans sa capacité de travail. Il n'est en effet nullement démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il présente un ou des critères avec une telle acuité que l'exercice d'une activité ne serait pas exigible de sa part, cela contrairement aux indications de l'expert. Du reste, il ne faut pas perdre de vue le principe posé par la jurisprudence selon lequel il existe une présomption (en l'occurrence réfragable, mais qui doit être démontrée) que les troubles

somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 c. 1.2; TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 c. 3.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2). d) Dès lors, conformément à l'expertise ci-dessus, on retiendra que le trouble somatoforme douloureux affectant le recourant n'a pas d'incidence sur sa capacité de travail, qui reste donc entière. Au demeurant, l'expert s'est fondé sur une anamnèse détaillée (notamment familiale, personnelle et actuelle), la prise en compte des plaintes subjectives, des examens sous forme de tests psychologiques, une appréciation du cas claire et dûment étayée ainsi que des conclusions motivées et convaincantes, de sorte qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à ses conclusions. Pour le surplus, on relèvera que les éléments médicaux produits par le recourant après le dépôt de son recours, dans la mesure où il peut en être tenu compte dans la présente procédure, ne sont pas de nature à modifier ce qui précède. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1; 129 V 4 c. 1.2; 121 V 362 c. 1b; TF 9C_216/2010 du 31 mars 2010 c. 1; TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 c. 3.2). 5. En conséquence, on retiendra que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail ni d'invalidité, en dépit du trouble somatoforme douloureux dont il est atteint. La cause étant suffisamment instruite pour être jugée, il n'y a pas lieu d'ordonner de nouvelle mesure d'instruction. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 6. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ceux-ci doivent être fixés à 250 fr., vu l'ampleur de la procédure, montant qui correspond à l'avance de frais effectuée par le recourant. b) Vu l'issue du litige, il n'y a 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). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 5 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant B._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Tarkan Göksu, avocat à Fribourg (pour B._____) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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