

## **VD\_GERICHTE ZD09.001140 vom 21. Mai 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-05-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.001140](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.001140)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.001140 du 21 mai 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD09.001140 del 21 maggio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Comorbidité psychiatrique importante (gravité, acuité, durée)? La dysthymie/dysphorie n'est pas une comorbidité grave.

#### **E. 3**

Perte d'intégration sociale (dans toutes les manifestations de la vie)? Non, même si une partie est réduite volontairement, il existent toujours des relations sociales diverses.

#### **E. 4**

Etat psychique cristallisé (sans évolution possible au plan thérapeutique)? C'est les convictions de l'assuré qui sont cristallisées.

#### **E. 5**

Processus défectueux de résolution de conflit? Hypothèse psychanalytique difficile à vérifier.

#### **E. 6**

Echec de traitements conformes aux règles de l'art? Non.

#### **E. 7**

Attitude coopérative de la personne (effort et motivation)? Non (ou que partielle)

#### **E. 8**

Divergences entre symptômes décrits et comportement observé? Oui [...]

- 16 - Après pondération des tous les éléments, un aspect invalidant de la partie affective et de la partie douloureuse doit être nié. Si nous faisons le résumé de l'ensemble des observations, descriptions extérieures, manifestations démonstratives, incohérences et objectivations, nous constatons la présence d'un processus d'invalidation de longue date. Depuis de nombreuses années, les efforts thérapeutiques et de réinsertion sont invalidés et l'assuré montre à son entourage professionnel, sa famille (et à lui-même) à quel point il se sent incapable pour tout. Dans un tel processus, chaque insuffisance corporelle ou psychique même partielle nourrit chez la personne la conviction d'être sévèrement malade. Chaque étape du déconditionnement (physique, psychique, personnel, social, etc...) renforce et «cimente» encore la notion antérieure d'un dysfonctionnement. Finalement, comme ici, on est en face d'une conviction immuable. Mais un tel processus est aussi autoentretenu. Même si il est parti initialement d'un dysfonctionnement physique/psychique ou médical, nous nous trouvons maintenant très majoritairement dans des éléments extramédicaux et des manifestations comportementales qui frisent le caricatural. Avec la durée de l'observation et le cadrage effectué, nous nous sommes trouvés ensuite devant une

beaucoup plus grande normalité que la première présentation faisait croire. VIII. Diagnostic et conclusions Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostic psychiatrique actuellement 1. Dysthymie/dysphorie (F34.1 CIM-10), 2. Majoration de symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0 CIM-10) dans 3. un processus d'invalidation très avancé. Nous nous trouvons donc, après analyse approfondie, très proches de ce que l'expert précédent a constaté. Si, parfois, la notion de dysthymie donne lieu à retenir une incapacité de travail d'ordre de 20-30% (alternativement diminution de rendement du même ordre), ce diagnostic est ici contrebalancé par le fait de la majoration de symptômes. De ce fait, sur un plan assécurologique, nous ne retenons aucune notion d'incapacité de travail ni diminution de rendement. Nous nous trouvons très proches du constat antérieur, il n'y a aucune raison à retenir un autre taux". d) Se déterminant le 8 décembre 2009 sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr M. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2009, l'OAI estime que ce rapport, dont il résulte que la capacité de travail du recourant a toujours été entière sur le plan psychiatrique, remplit tous les

- 17 - critères posés par la jurisprudence pour que pleine valeur probante lui soit reconnue. Il préavise dès lors pour le rejet du recours. Se déterminant le 18 janvier 2010 sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr M. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2009, le recourant relève que l'expert a constaté la présence d'un processus d'invalidation de longue date. Si, à l'examen du syndrome douloureux somatoforme persistant, dont il admet la notion, l'expert arrive à la conclusion que celui-ci ne serait pas invalidant, l'expert se substituerait ce faisant au juge en effectuant sa propre appréciation des critères jurisprudentiels établis par le Tribunal fédéral, ce qui ne serait pas admissible. Selon le recourant, la question à résoudre à ce jour, et qui doit l'être par le juge et par lui seul, est celle de savoir si, à la lumière notamment des critères dégagés par la jurisprudence, le recourant est en mesure de fournir l'effort de volonté raisonnablement exigible en vue de surmonter les effets de sa symptomatologie douloureuse. Pour résoudre cette question, le juge se doit d'examiner l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, en indiquant les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. Or en l'espèce, selon le recourant, les deux rapports établis respectivement les 2 juillet 2005 et 13 juin 2006 par quatre spécialistes de l'UPA attestent d'une forte dégradation de l'état psychiatrique du recourant; selon ces documents, l'incapacité de travail du recourant est totale et une reprise de travail semble illusoire; le rapport médical du 13 juin 2006 diagnostique clairement chez le recourant un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques conduisant à une incapacité de travail de 100%. A tout le moins, une dysthymie/dysphorie a été diagnostiquée chez le recourant par le dernier expert en date. La réalité d'une comorbidité psychiatrique chez le recourant serait ainsi établie. Par ailleurs, au vu du contenu des pièces au dossier, la comorbidité psychiatrique présente chez le recourant pourrait être qualifiée d'importante compte tenu de sa durée et de son acuité, le fait d'avoir souffert d'un épisode dépressif sévère accompagné de symptômes psychotiques et de se trouver actuellement à tout le moins atteint de

- 18 - dysthymie démontrant que les troubles psychiques atteignent une certaine gravité. Quant aux autres critères posés par la jurisprudence pour admettre le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et dans la réintégration d'un processus de travail, ils seraient également réalisés en l'espèce. En effet, le recourant se trouverait depuis plus de 10 ans dans un processus maladif sans aucune rémission durable, la symptomatologie allant au contraire s'aggravant et le status psychique étant aujourd'hui

décrit comme «immuable» par l'expert M.\_\_\_\_\_. Le recourant aurait en outre clairement subi une perte d'intégration sociale depuis le développement de ses difficultés médicales, étant en retrait de toute vie sociale hormis celle qui s'impose à lui, soit celle de sa famille et de sa belle- famille, ne recherchant pas le contact et passant ses journées «à ne rien faire». Enfin, tous les traitements suivis à ce jour par le recourant auraient été sans effets et la status psychiatrique serait au contraire allé s'aggravant; l'état psychique du recourant serait aujourd'hui cristallisé, ce que confirme l'expert, le requérant ayant fui dans sa maladie et se trouvant aujourd'hui dans un processus d'invalidation très avancé. Le recourant estime que l'ensemble des pièces du dossier, appréciées en droit, doivent conduire à la conclusion qu'il a droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, il requiert qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques soit ordonnée et confiée au Centre d'expertise multidisciplinaire de la Policlinique universitaire.

e) Le 20 janvier 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'expertise psychiatrique judiciaire ayant été administrée, il n'était pas donné suite à la requête présentée derechef par le recourant et tendant à nouveau à la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire à confier au Centre d'expertise multidisciplinaire de la Policlinique universitaire de Lausanne. Il a en outre informé les parties que la cause

- 19 - était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée 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 cantonale 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 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA), et répondant aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment) par Z.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 28 novembre 2008 par l'OAI.

- 20 - S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Aux termes de l'art. 8 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. 1er in fine LAI). En vertu de l'art. 7

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. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à

- 21 - savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 349 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). 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

- 22 - 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. 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, 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 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_149/2008 du 27 octobre 2008 consid. 2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il

- 23 - faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4). d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. 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; Pratique VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le

- 24 - 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 desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 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 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2; TF 9C\_183/2008 du 18 mars 2009 consid. 5.2). Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée

- 25 - importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006 consid. 5.8.2). 3. a) En l'espèce, il ne ressort pas des pièces du dossier que le recourant aurait subi sur le plan somatique une aggravation de son état de santé, susceptible d'entraîner une modification de son degré d'invalidité (cf. consid. 2b supra), depuis la première décision de refus de rente du 4 décembre 2002, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 2 juin 2004 (cf. lettre A.j supra). En effet, il ressort du rapport médical établi le 19 septembre 2008 par le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service de Neurologie du CHUV, qu'une IRM lombaire effectuée le 11 août 2008 ne montrait que des discopathies chroniques L4-L5 et L5-S1 sans hernie discale et sans conflit radiculaire notamment avec la racine L4 à droite, de sorte que ce spécialiste ne trouvait pas d'explication des symptômes et des troubles de l'assuré par des faits appartenant au champ médical somatique (cf. lettre B.e supra). b) Il convient ainsi d'examiner si, depuis la première décision de refus de rente du 4 décembre 2002, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 2 juin 2004 (cf. lettre A.j supra), l'état de santé du recourant s'est aggravé, de manière à entraîner une modification de

son degré d'invalidité (cf. consid. 2b supra), sur le plan psychiatrique. En raison des divergences notables entre les constatations et conclusions des médecins de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon d'une part, qui suivent le recourant à leur consultation depuis février 2005 et ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, existant depuis 1998 et entraînant une incapacité de travail

- 26 - totale dans toute activité (cf. lettres B.b et B.c supra), et de l'expert mandaté par l'OAI d'autre part, qui a posé les diagnostics de dysthymie de degré léger et de névrose de rente, éventuellement de trouble de conversion mixte avec majoration des symptômes, n'ayant jamais entraîné d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique (cf. lettre B.d supra), une expertise psychiatrique judiciaire a été ordonnée et confiée au Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. lettre C.c supra). Le rapport de l'expert, déposé le 17 novembre 2009, repose sur des examens complets et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (cf. consid. 2c supra). Il prend en considération l'ensemble des éléments pertinents du dossier (que l'expert résume en p. 9-12 de son rapport), l'anamnèse et les plaintes subjectives de l'assuré (que l'expert expose en p. 3-5 de son rapport). L'appréciation de la situation médicale, sur la base de constatations cliniques détaillées (que l'expert expose en p. 12-17 de son rapport), est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées (p. 19-24 du rapport). Les raisons pour lesquelles le diagnostic d'épisode dépressif sévère, tel que retenu par les médecins traitants, doit être écarté au profit des diagnostics de dysthymie/dysphorie (F34.1 CIM-10) et de majoration de symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0 CIM-10) dans un processus d'invalidation très avancé, font l'objet d'une démonstration convaincante. Il n'y a dès lors aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire, qui corroborent largement – sur la base d'une étude plus approfondie – celles de l'expert mandaté par l'OAI et doivent être retenues de préférence à celles des médecins traitants, qui apprécient différemment une même situation sans faire état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise (cf. consid. 2c in fine supra). c) Dans la mesure où, comme l'a relevé l'expert judiciaire, il existe un substrat médical retenu, mais où le recourant présente un tableau élargi avec notamment douleurs du dos, bras, jambes, tête et

- 27 - vertiges, qui le conduisent à invoquer la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (cf. lettres C.a et C.d supra), bien que ni ses médecins traitants, ni le Dr P. \_\_\_\_\_, ni l'expert M. \_\_\_\_\_ n'aient retenu un tel diagnostic, il convient encore de préciser que même en admettant théoriquement cette notion, les circonstances qui permettraient d'admettre le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail (cf. consid. 2d supra) n'apparaissent de toute manière pas réalisées en l'espèce. En effet, la dysthymie/dysphorie diagnostiquée par l'expert judiciaire ne constitue tout d'abord pas une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. S'il existe un substrat somatique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, on ne saurait parler d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, l'expert judiciaire ayant mis en évidence un manque de collaboration, avec une non-compliance partielle, et l'existence d'une très large marge thérapeutique supplémentaire qui pourrait positivement influencer l'état du recourant. Il n'existe pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, dans la mesure où, même si une partie est réduite volontairement, il existe toujours des relations sociales diverses. Le fait que la conviction du recourant d'être

sévèrement malade soit qualifiée d'immuable par l'expert judiciaire ne permet pas, au vu des diagnostics posés sur le plan psychiatrique, de parler d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique, au sens où l'entend la jurisprudence (cf. consid. 2d supra). Enfin, les discordances entre les symptômes décrits et le comportement observé, qui ont notamment conduit l'expert judiciaire à retenir le diagnostic de majoration de symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0 CIM-10) – rejoignant sur ce point les conclusions déjà posées précédemment par l'expert mandaté par l'OAI (cf. lettre B.d supra) –, va également dans le sens de l'absence d'une atteinte à la santé

- 28 - invalidante qui seule ouvrirait le droit aux prestations d'assurance (cf. consid. 2d supra). d) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve, comme à l'époque où la première décision de refus de prestations du 4 décembre 2002 avait été rendue, une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. 4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) 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 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). 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).

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