

## VD\_GERICHTE ZD09.024241 vom 11. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.024241](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.024241)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.024241 du 11 juillet 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.024241 del 11 luglio 2011

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 340/09 - 195/2011 CO UR DE S ASSURANCES S  
OCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 11 juillet 2011

\_\_\_\_\_ Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE Juges : Mmes  
Thalmann et Pasche Greffier : Mme Parel \*\*\*\*\* Cause pendante entre : D. \_\_\_\_\_, à  
Lausanne, recourant, représenté par Me Yves Hofstetter, avocat à Lausanne et OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé  
\_\_\_\_\_ Art. 4, 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. D. \_\_\_\_\_, né le 3 mai 1966, originaire de Croatie (ci-après : l'assuré),  
a notamment travaillé en qualité d'ouvrier boucher pour la société R. \_\_\_\_\_ jusqu'à la fin  
de l'année 2003. Le 8 juillet 2004, il a déposé une demande de prestations d'invalidité pour  
adultes. Le rapport après IRM du poignet gauche établi par la Dresse X. \_\_\_\_\_,  
spécialiste FMH en radiologie, le 28 juillet 2003, conclut à la présence d'une petite touche  
de synovite, sans liquide intra-articulaire, localisée à la face palmaire de l'articulation  
radio-cubitale distale, ainsi que d'un kyste synovial palmaire, mesurant près de 1,5 cm de  
long, aux dépens de l'articulation radio-scaphoïdienne. Selon un rapport d'expertise établi le  
29 juillet 2003 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne,  
à la demande de l'assureur perte de gain de son employeur, l'assuré présente un trouble  
somatoforme douloureux sous la forme de douleurs ostéo- articulaires  
musculo-squelettiques médicorporelles gauches et une monoarthrite du poignet gauche.  
Dans son appréciation du cas, l'expert relève notamment ce qui suit : "M. D. \_\_\_\_\_ est  
un patient de 37 ans, qui a présenté sans facteur déclenchant particulier une tuméfaction  
douloureuse spontanée de son poignet gauche le 17 février 2003, constatée objectivement  
par son médecin traitant le Dr V. \_\_\_\_\_, à l'origine d'un arrêt de travail à 100 % dès le 18  
février 2003. Le bilan sanguin effectué le 18 juillet 2003 s'est révélé normal, sans syndrome  
inflammatoire, tandis que des mesures conservatrices alliant du repos et des antalgiques  
n'ont pas eu d'impacts sur la symptomatologie, persistant des douleurs chroniques de son  
poignet gauche et des tuméfactions localisées récurrentes de la styloïde cubitale. Depuis  
cette période, les symptômes du poignet gauche se sont étendus au membre supérieur  
gauche principalement à l'humérus proximal et à l'épaule, symptomatologie fluctuante, mais  
principalement aggravée à la mobilisation du membre supérieur gauche et de l'épaule en fin  
de geste, tandis que des symptômes similaires de tuméfaction douloureuse, mais de façon  
plus discrète, sont apparues du côté droit. En plus de ces symptômes, mais déjà pré-existant  
à l'arrêt de travail de février 2003, le patient signale des irradiations fugaces douloureuses  
des cuisses et des mollets prédominant du côté

- 3 - gauche, dysesthésies des membres inférieurs associées à une fatigabilité à la marche  
entraînant parfois des lâchages. L'examen clinique est rassurant, sans trouble neurologique  
des membres. Il n'y a pas altération de la mobilité rachidienne ou des articulations, à

l'exclusion d'une douleur mal systématisée à la palpation de l'épaule gauche se prolongeant au bras, sans signes locaux parlant pour une arthrite, et un testing de la coiffe des rotateurs normal, tandis que le patient signale des douleurs mal systématisées de son épaule en fin de geste, non reproductible. Les articulations périphériques, principalement des mains et des doigts, sont calmes, sans signes d'arthrites ou de ténosynovites à l'exclusion d'une voussure de la styloïde cubitale gauche, avec des douleurs reproductibles à la palpation et en fin d'amplitude, lors des mobilisations impliquant le poignet gauche. On retrouve une clinique similaire de douleurs à la palpation de la styloïde cubitale du côté droit, sans voussure constatée à ce niveau. (...) Du point de vue thérapeutique, la présence objective d'une tuméfaction globale localisée, s'inscrit dans le cadre d'une affection de type mécanique. Elle justifie dès lors l'instauration d'un traitement alliant une infiltration locale d'un mélange d'anesthésiant et de Cortisone, complété par des AINS per os, et le port d'une attelle palmaire de type Futuro. Du point de vue rhumatologique seul théorique, il n'y a pas de contre-indication à ce que M. D. \_\_\_\_\_ reprenne son activité professionnelle antérieure, en fonction de l'évolution locale, 3 semaines après l'infiltration assortie des mesures conservatrices. Par ailleurs, ni l'examen clinique ni l'anamnèse ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes dont souffre l'assuré (douleurs hémicorporelles gauches et douleurs fugaces des membres inférieurs principalement), leurs intensités et leurs retentissements sur son fonctionnement actuel. Le mode de présentation et l'évocation à l'anamnèse d'une fatigue chronique et de douleurs mal systématisées globales de la musculature et de son squelette prédominant hémicoporel gauche, nous oriente vers un trouble somatoforme douloureux persistant. Ce jugement serait révisé en cas d'atteintes similaires objectives, telle que visualisée au poignet gauche, à d'autres localisations ostéo-articulaires. En ce cas, il serait nécessaire de présenter l'assuré à un spécialiste en rhumatologie, en réalisant au préalable une scintigraphie osseuse." L'expert précise que la capacité de travail de l'assuré dans son activité actuelle d'ouvrier boucher est nulle, mais qu'en fonction de l'évolution objective, sa capacité de travail sera de 100 % environ 3 semaines après l'instauration des mesures conservatrices d'infiltration intra-articulaire de son poignet gauche, complétée par le port d'une attelle palmaire de type Futuro. Il estime que, dans une activité épargnant les mouvements répétitifs du poignet et de la main gauche et le port de charge, la capacité de travail est de 100 %. S'agissant de la présence d'une éventuelle comorbidité psychiatrique associée, il relève que l'assuré mentionne une

- 4 - fatigue chronique, une asthénie et des troubles du sommeil liés à ses douleurs, ceci s'inscrivant dans son trouble somatoforme douloureux, mais qu'il n'est pas possible de préjuger d'un état dépressif. Dans un rapport médical du 17 novembre 2003 au Dr V. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, la Dresse Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, relève qu'une infiltration locale en regard de la styloïde cubitale a été effectuée par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, le 5 septembre 2003, une attelle d'immobilisation du poignet étant prescrite en même temps. Cette infiltration a permis de calmer la tuméfaction et la douleur en relation avec; par contre, les douleurs diffuses dans tout le bras gauche persistent. Le patient décrit également des douleurs irradiant sur le thorax, dans les régions scapulaires et dans les jambes surtout à gauche. A l'examen ostéo-articulaire, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ constate une contracture douloureuse à la palpation à l'insertion des muscles para- cervicaux gauches sur l'occiput, une contracture du trapèze gauche et une douleur à la palpation du segment dorsal autour de D4 en épi-épineux et para-épineux gauches. Le reste de l'examen est en ordre, de même que l'examen neurologique. Dans son appréciation, elle indique que

l'anamnèse et l'examen clinique la mettent directement en face d'un problème de syndrome douloureux chronique, en relevant que si l'assuré est tout à fait sincère dans ses réponses, il n'arrive pas à comprendre ce qui lui arrive. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ précise que, bien que les douleurs cervico-dorsales trouvées à l'examen ne soient pas vraiment gênantes, elle a prescrit des séances de physiothérapie pour voir si la mobilisation des segments était en relation avec certaines parties de la symptomatologie. Malheureusement, le but n'a pas été atteint, l'assuré se plaignant toujours, après 4 séances, de sa symptomatologie et de l'impossibilité de travailler avec les douleurs. Elle conclut que, sur le plan rhumatologique, il n'y a aucune pathologie évidente et surtout pas une pathologie empêchant une reprise de travail. Sur le plan psychologique en revanche, elle est d'avis qu'il y a actuellement une impossibilité pour l'assuré de sortir de son schéma et qu'une évaluation ou un soutien psychologique pourrait éventuellement l'aider.

- 5 - Dans un rapport d'expertise établi le 20 janvier 2004 à la demande de l'assureur perte de gain de l'assuré, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indique que, hormis les douleurs diffuses, fluctuantes et migrantes de sa musculature et de son squelette, l'assuré se plaint de fatigue chronique et de troubles du sommeil liés aux algies. Il ne dit pas être déprimé, a du plaisir à se promener et à voir des amis quand il se sent bien. Il relève que le faciès de l'assuré porte le masque de la fatigue, que sa mimique est mobile, le ton de sa voix bien modulé et qu'il est légèrement anxieux mais garde sa capacité à sourire. Il partage bien le focus d'attention et se montre collaborant. Son discours est cohérent, peu fluide, dans un français approximatif. Son insight est peu développé, tout comme ses capacités de verbalisation et de mentalisation. Son mode de pensée est opératoire et sa vie imaginaire et fantasmatique pauvre; il fait une fixation sur ses algies et n'arrive pas à se remettre en question. Selon l'expert, la thymie de l'assuré est légèrement abaissée mais il n'y a pas de mise en évidence d'un état dépressif patent, soit ni abattement, sentiment de dévalorisation, d'inutilité ou de culpabilité. Il ne constate pas non plus d'éléments de la ligne psychotique, tels que délires ou hallucinations. Il n'y a pas de troubles formels de la pensée ni de désorganisation conceptuelle, pas de troubles digressifs ni de troubles dissociatifs. L'expert pose les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de troubles somatoformes, sans précision (F45.9). Dans la discussion, il relève que, venu en Suisse à 17 ans pour mieux gagner sa vie, l'assuré a travaillé assidûment en restant confiné à des emplois subalternes et peu valorisants. Son manque de capacité de verbalisation et de mentalisation l'a conduit à développer des douleurs diffuses sans précision, le corps devenant le réceptacle de ses désillusions et de son désarroi. L'assuré présente en parallèle une dysthymie, soit un état dépressif chronique d'intensité insuffisante pour entraîner une incapacité de gain. Cette entité peut, selon l'expert, être considérée comme une co-morbidité très faible à son trouble somatoforme. En conclusion, il estime que le traitement de l'assuré est adéquat, le pronostic sur le plan psychique étant réservé eu égard au trouble somatoforme. La capacité de travail dans l'emploi actuel

- 6 - (remplissage de différentes saucisses alimentaires) est de 100 % actuellement sur le plan psychique; il en va de même dans une autre activité tenant compte du niveau de formation de l'assuré. Dans un rapport médical du 26 mars 2004 adressé au Dr V.\_\_\_\_\_, la Dresse N.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré, relève notamment ce qui suit : "Je ne reviens pas sur les antécédents personnels ni médicaux, qui vous sont bien connus; je vous rappelle que M. D.\_\_\_\_\_ a reçu la lettre de son assurance perte de gain lui indiquant l'arrêt de leurs prestations au 6 janvier dernier et proposition d'inscription au chômage. Déjà

très préoccupé par le fait que les examens médicaux effectués jusqu'à ce jour ne permettaient pas l'explication de l'intensité ni de la localisation de ses douleurs, le patient a été profondément affecté par cette lettre, ne comprenant pas que l'assurance puisse mettre fin aux indemnisations, alors qu'il n'est pas encore guéri et n'a pas retrouvé sa capacité de travail. M. D. \_\_\_\_\_ ne constate aucune amélioration de ses douleurs. Il semble qu'elles ne répondent pas au traitement médicamenteux. Il en est de même pour son état dépressif. Le patient accuse une baisse constante et progressive de son énergie vitale, du plaisir et de l'intérêt pour toutes ses activités habituelles, une fatigabilité, une diminution de l'appétit et des troubles du sommeil. Son discours témoigne d'une déception et d'une dévalorisation conséquentes, d'une baisse importante de son estime de soi et de la confiance en lui et autrui, du repli sur lui avec tendance à l'isolement et d'importants sentiments d'impuissance, d'injustice et de l'agressivité en particulier envers le Dr [...], qu'il tient responsable de la décision récente de son assurance perte de gain. Il dit être devenu peu tolérant même pour la moindre frustration et quasi constamment tendu et nerveux. M. D. \_\_\_\_\_ a de la peine à s'occuper de ses enfants. En ce qui concerne sa relation conjugale, elle se dégrade progressivement, car leur dialogue dévie de plus en plus en disputes d'une part, et d'autre part son épouse commence à s'épuiser par les réveils fréquents la nuit pour lui prodiguer des massages ou tout simplement lui tenir compagnie, ceci en plus de l'écoute et du soutien qu'elle lui apporte dès le début de sa maladie. Concernant la prise en charge psychiatrique, le patient bénéficie d'entretiens hebdomadaires, dont le but est d'avoir son espace à lui pour exprimer sa souffrance, afin d'en dégager la famille et éventuellement parvenir à travailler sur des conflits intrapsychiques refoulés et leur expression corporelle. Il est régulier et utilise pleinement ces entretiens pour verbaliser son mal-être. (...) Les entretiens permettent de mettre en évidence une structure de personnalité à traits narcissiques et histrioniques, avec une pensée opératoire et une importante alexithymie. Il est donc compréhensible qu'il présente une conscience morbide partielle, une tendance à la projection et à se reposer sur l'autre.

- 7 - Sur le plan thérapeutique, M. D. \_\_\_\_\_ a aussi bénéficié d'un changement de l'antidépresseur afin d'obtenir une certaine distance vis-à-vis de ses symptômes. Il a récemment pris contact avec le service d'ergothérapie de l'Hôpital de [...] pour une prise en charge afin de travailler sur son estime et sa confiance. (...) Dans un rapport médical du 10 août 2004 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en onco-hématologie, a posé comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré un trouble somatoforme douloureux, et comme diagnostic n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail un état dépressif chronique. Il a indiqué que son patient était en incapacité totale de travail depuis le 18 février 2003, qu'il suivait un traitement physiothérapeutique, pharmacologique et psychothérapeutique, que l'activité professionnelle exercée jusqu'ici n'était plus exigible, mais qu'une autre activité évitant les travaux physiques et lourds ainsi que le froid était encore exigible. Dans un rapport médical du 28 septembre 2004, la Dresse N. \_\_\_\_\_ pose comme diagnostic affectant la capacité de travail de l'assuré un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques tout en précisant qu'il est difficile de déterminer le début de l'épisode car il était insidieux. La psychiatre décrit son patient comme un homme de corpulence moyenne, faisant son âge, s'exprimant dans sa langue maternelle. Son corps est crispé, sa démarche légèrement boiteuse, son visage sombre. Son langage est simple et son discours cohérent. Il présente un important abaissement de l'humeur et un léger ralentissement psychomoteur, une importante anxiété, une irritabilité, une ahnédonie avec

tendance à l'isolement et repli sur soi, une diminution de sa propre estime et de la confiance en soi. Elle note aussi un sentiment de déception et de méfiance face aux médecins, ainsi qu'un sentiment d'avoir été lésé par son ex-employeur et son assurance perte de gain. Il n'y a pas mise en évidence de symptômes de la lignée psychotique ni de troubles des fonctions supérieures. Pas d'idées suicidaires. L'assuré exprime difficilement ses émotions et présente une faible capacité d'introspection. Sa conscience morbide est partielle. Dans son esprit, un homme doit être

- 8 - fort, sans faiblesse et garant du bien-être de sa famille. Même s'il est conscient de son mal-être, il ne peut pas concevoir qu'il puisse présenter une maladie psychique. Pour lui la dépression est une faiblesse et non une maladie. D'ailleurs sa priorité est de connaître l'origine de ses douleurs afin de comprendre ce qui lui arrive. Selon la psychiatre, le trouble psychiatrique que présente l'assuré ne lui permet pas une gestion adéquate de l'activité exercée jusqu'ici, car "faute de douleurs permanentes et de manque de motivation et d'énergie, il n'est pas en mesure de fournir l'effort nécessaire et recourt à ses mécanismes de défense et vers une régression. L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible mais une activité adaptée à ses problèmes de santé lui permettrait d'améliorer son estime et sa confiance en soi; elle préconise une évaluation complète de la situation de son patient par l'OAI. Dans le questionnaire à l'employeur, la société R.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait travaillé à son service du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2003 en qualité d'ouvrier (aide au poussoir, lavage des caisses et pendaison des lards) pour un salaire mensuel de 3'700 francs; au 1er janvier 2004, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait touché un salaire mensuel de 3'750 francs. Dans un avis médical du 22 novembre 2004, la Dresse K.\_\_\_\_\_ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, après avoir rappelé la teneur des éléments médicaux figurant au dossier, indique ce qui suit : "Appréciation : il n'y a pas de traits de personnalité prémorbides, une co-morbidité psychiatrique de dépression dont l'intensité va de non significative à sévère et absence de perte d'intégration sociale. La dépression sévère a été diagnostiquée lors de la suppression des prestations de l'assurance maladie et non durant les huit mois où elles étaient versées. L'assuré varie la localisation des douleurs d'un examen rhumatologique à l'autre. La physiothérapie et l'ergothérapie ont échoué. Du point de vue psychiatrique, nous nous rallions aux conclusions de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, le point de vue rhumatologique ne souffrant pas de contradictions." Par décision du 26 juillet 2005, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité. Il a retenu en substance que, si l'assuré avait été en

- 9 - incapacité totale de travail du 17 février 2003 au 30 septembre 2003, il disposait depuis le 1er octobre 2003 d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité industrielle légère comme la surveillance d'un processus de fabrication. L'intéressé n'exerçant plus d'activité professionnelle, l'OAI a calculé son degré d'invalidité en comparant le revenu qu'il percevait précédemment (revenu sans invalidité) avec celui qu'il pourrait théoriquement percevoir dans une activité adaptée (revenu avec invalidité). Après abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles, le manque à gagner ainsi calculé était de 0 fr., ce qui correspond à un degré d'invalidité de 0 %. Par acte du 7 septembre 2005, complété le 10 octobre 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision en faisant valoir que son état de santé psychique ne lui permettait pas d'exercer une quelconque activité professionnelle. Par décision sur opposition du 12 février 2007, l'OAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 26 juillet 2005. Il a considéré en substance que, selon l'avis médical du SMR du

22 novembre 2004, le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par l'expert Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 janvier 2004 n'était pas incapacitant dans la mesure où il n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique importante au sens de la jurisprudence et que l'appréciation médicale de sa psychiatre, qui retenait un épisode dépressif sévère dans son rapport médical du 28 septembre 2004, ne pouvait remettre en cause l'avis médical du SMR puisqu'elle ne se prononçait pas sur sa capacité de travail. B. Le 2 juin 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré a demandé à l'OAI la "réouverture" du dossier de son patient, en faisant valoir une modification défavorable de l'état de santé de ce dernier portant sur une évolution diabétique importante et compliquée ainsi que sur des problèmes cardiovasculaires.

- 10 - Le 12 juin 2008, D. \_\_\_\_\_ a formellement déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance invalidité. Dans un rapport médical du 7 juillet 2008, la Dresse N. \_\_\_\_\_ retient comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) ainsi qu'une probable modification durable de la personnalité. Elle expose que son patient apporte des indications identiques à celles décrites dans son premier rapport : des douleurs dans le bras gauche, faiblesse dans les jambes et dans les bras, baisse de l'énergie, fatigue continuelle, nervosité, irritabilité, troubles du sommeil et importante baisse de l'intérêt et du plaisir, en relevant que, selon le patient, ses douleurs sont la cause principale de sa dépression. Au vu de l'état psychique de l'assuré et de son évolution chronique, la psychiatre émet un pronostic plutôt mauvais. Elle estime que l'activité professionnelle exercée précédemment n'est plus exigible en raison des douleurs, de la faiblesse dans les bras et les jambes, de la baisse importante des forces physiques, de la fatigabilité et de l'état dépressif qui réduisent de façon considérable son rendement. Elle considère en outre que l'état psychique actuel de l'assuré diminue de façon notable sa capacité de gestion d'un poste de travail, car ce dernier est la source d'une angoisse importante puisqu'il le met face à ses limites psychiques et qu'il risque d'accroître ses mécanismes de défense et de le conduire vers une régression. Dans un rapport médical du 10 juillet 2008, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en diabétologie, retient comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un diabète de type I, d'apparition lente existant depuis novembre 2005. Il précise que le suivi médical est assuré en parallèle avec le Dr F. \_\_\_\_\_, lui-même se cantonnant dans une fonction de diabétologue, polarisé sur l'équilibration du diabète qui n'est actuellement pas bonne. Au cours de la dernière année, il a fallu entreprendre une intensification insulinaire au point qu'actuellement l'assuré doit faire au minimum 3 injections d'insuline par jour. En ce qui concerne la capacité de travail, il indique ne pas avoir établi d'incapacité de travail et ne pas pouvoir se prononcer sous cet angle. Les restrictions à une activité

- 11 - professionnelle consistent, sur le plan diabétologique, à la nécessité d'horaires réguliers de jour. Dans un rapport médical du 28 août 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_ indique comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail : un diabète mal contrôlé malgré une insulinothérapie de type 2, un syndrome douloureux chronique type fibromyalgique sur déconditionnement physique et psychique et des douleurs chroniques au poignet gauche. Il suit l'assuré depuis le 31 octobre 2005 et estime que son patient ne peut plus exercer l'activité de boucher mais dispose encore d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit alternant différentes positions, évitant la marche en terrain irrégulier ou de monter sur une échelle, les positions accroupie et à genoux ainsi que le port de charges de plus de 5 kilos. Il recommande un poste de travail

très calme, sans fatigabilité. A ce rapport étaient jointes les copies des avis médicaux que lui avait précédemment adressés le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie. Il résulte de l'avis médical du 18 avril 2007 de ce spécialiste que l'assuré présente une discrète athérosclérose diffuse avec un flux légèrement ralenti sur l'IVA et une très discrète hypokinésie apico-antérieure à la ventriculographie pouvant s'inscrire dans un contexte de maladie de la microcirculation en relation avec le diabète. Dans un avis médical SMR du 16 septembre 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, fait notamment état de ce qui suit : "Lors de cette deuxième demande de prestations AI, son médecin traitant, le Dr F.\_\_\_\_\_ allègue une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique : Aggravation du diabète de type II devenu insulinodépendant, troubles cardiaques et aggravation du syndrome douloureux chronique. Sur le plan psychiatrique, la Dresse N.\_\_\_\_\_ fournit un certificat médical en date du 07.07.08 attestant d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique dans un contexte de probable modification de la personnalité. Les rapports médicaux mis à disposition au dossier médical permettent d'écarter le problème somatique diabétique comme

- 12 - invalidant, selon le diabétologue traitant, cette atteinte à la santé n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail hormis la nécessité de pouvoir s'alimenter de façon régulière, contrôler la glycémie et effectuer des injections d'insuline en fonction. Sur le plan cardiaque, des investigations complètes par coronographie et tests d'effort sous Thallium ont permis d'écarter une atteinte cardiologique à caractère incapacitant chez cet assuré. Le syndrome douloureux chronique (de type fibromyalgique) a déjà été écarté comme atteinte à la santé à caractère incapacitant lors de la première instruction du dossier médical. En dernier lieu, nous nous trouvons actuellement en présence d'une aggravation à caractère psychiatrique, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique selon le médecin psychiatre traitant. Ce diagnostic a évolué par rapport au premier certificat fourni par ce médecin qui ne retenait à l'époque qu'un trouble somatoforme douloureux, sans comorbidité d'ordre psychiatrique à caractère incapacitant de longue durée. Pour répondre aux critères de la jurisprudence actuelle, je propose d'effectuer un examen SMR psychiatrique pour déterminer les atteintes à la santé d'ordre psychiatrique qui pourraient avoir une influence sur la capacité de travail de cet assuré." L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique le 9 octobre 2008 par la Dresse O.\_\_\_\_\_ du SMR. Le rapport d'examen, daté du 30 octobre 2008 et contresigné par la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin chef, mentionne notamment les éléments suivants : "(...) Vie quotidienne L'assuré se lève à 7h00 – 7h30, il boit un café, prend le petit déjeuner et ses médicaments. Pendant la matinée, il sort faire une promenade seul ou avec son épouse. Il se décrit comme fatigué après 10 à 15 minutes de marche, il a besoin de se reposer et ensuite il continue sa promenade. A midi, il partage le repas préparé par son épouse. Après le repas, il s'allonge pour se reposer et il regarde la télévision. Dans l'après-midi, il fait les commissions (...), seul ou avec son épouse. A plusieurs reprises, il dit "je dis la vérité, ça ce n'est pas une vie". Le ménage est assuré par son épouse. L'assuré a un permis de conduire et il se déplace en voiture. Il s'occupe également de son épouse qui a un permis d'élève conducteur. La visesociale est normale, cependant plus pauvre qu'auparavant. L'assuré a la nostalgie de la période où il jouait au football et avait

- 13 - beaucoup d'amis. Actuellement, il voit régulièrement des connaissances ou des amis. Pendant les vacances, une fois par année, il rentre en Croatie en voiture avec toute sa famille. L'assuré se décrit comme très malade physiquement et incapable de reprendre une

activité professionnelle. L'assuré est ouvert à reprendre une activité légère adaptée à ses problèmes somatiques et même de bénéficier d'une formation dans le cadre de l'AI. (...)

**STATUS PSYCHIATRIQUE** L'assuré est correctement habillé, soigné de sa personne, paraissant son âge, anxieux, collaborant et orienté aux trois modes. A l'examen, nous n'avons pas objectivé de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. La thymie est légèrement triste. L'assuré ne présente pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de diminution du plaisir, de sentiment de dévalorisation, de culpabilité ni de persécution. L'assuré n'a jamais fait de tentative de suicide et ne verbalise pas d'idée suicidaire pendant l'entretien. A l'examen, nous n'avons pas objectivé de symptôme de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Sur le plan anxieux, l'assuré ne présente pas d'angoisse persistante, ni d'attaque de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. Pendant l'examen, il est légèrement anxieux mais nous n'avons pas objectivé d'angoisses. L'assuré ne présente pas d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobies. Il fait les courses dans les supermarchés, seul ou accompagné, se déplace en voiture, arrive à l'examen en train, et monte en ascenseur. Son discours est cohérent, il partage bien le focus d'attention. Nous n'avons pas objectivé de signe floride de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. Dans le contact, l'assuré est ouvert à la relation. L'assuré est un homme fruste, immature et sans moyens d'introspection. Cependant, il présente de bonnes ressources d'adaptation au changement. L'intelligence est dans les limites de la norme.

- 14 - Anamnestiquement, l'assuré se couche vers 22h00 -22h30 et se lève vers 7h30 – 8h00 du matin. L'appétit est normal. Il présente une nette amplification verbale de ses plaintes somatiques avec de "légers" signes de souffrance objectivables pendant une heure d'entretien. Nous avons objectivé des symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant indifférencié. A l'examen, nous n'avons pas objectivé de trouble de la personnalité morbide. **DIAGNOSTICS** - avec répercussion sur la capacité de travail : • AUCUN -sans répercussion sur la capacité de travail : • **DYSTHYMIE D'INTENSITÉ LÉGÈRE (F 34.1) • TROUBLE SOMATOFORME INDIFFÉRENCIÉ (F 45.1) APPRÉCIATION DU CAS (...)** Sur le plan psychiatrique, la Dresse N. \_\_\_\_\_ fournit un certificat médical en date du 07.07.08 attestant d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques dans un contexte de probable modification durable de la personnalité. Le psychiatre ajoute : "il demeure difficile de déterminer le début de l'épisode dépressif car il était insidieux, néanmoins l'assuré a déjà été mis au bénéfice d'un antidépresseur par le Dr V. \_\_\_\_\_ en 2003", et finalement elle atteste une incapacité de travail à 100 % depuis février 2003 bien que l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr L. \_\_\_\_\_ en 2004 ne mette pas en évidence une quelconque maladie psychiatrique à caractère incapacitant. (...) Le 20.01.04, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique effectuée par le Dr L. \_\_\_\_\_ qui retient les diagnostics de dysthymie et trouble somatoforme, sans précision et atteste une capacité de travail exigible de 100 % sur le plan psychique et ce immédiatement. A noter également que l'état de l'assuré n'a jamais nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique, et qu'il bénéficie d'un traitement antidépresseur et hypnotique à des doses incompatibles avec un état dépressif sévère et qu'il a rendez-vous avec son psychiatre traitant à une fréquence d'une fois par mois. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de troubles de la personnalité morbide, de

perturbation de l'environnement psychosocial, d'état de stress post

- 15 - traumatique, de modification durable de la personnalité ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. Nous n'avons pas objectivé de symptômes en faveur d'un épisode dépressif sévère décrit par le psychiatre traitant et qui actuellement est en rémission complète. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Effectivement, l'assuré présente des périodes où il se sent mieux, mais la plupart du temps il se décrit triste, déprimé, fatigué, tout lui coûte et rien ne lui est agréable et il présente des ruminations et dort mal. La dysthymie ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant. Nous avons retenu également le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, envisagé devant des plaintes somatiques multiples, variables dans le temps et persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation : les plaintes ne présentent pas le caractère insistant et dramatique d'une somatisation, sont relativement peu nombreuses, l'absence d'altération des relations interpersonnelles en particulier familiales ou des autres caractéristiques habituellement associées à une somatisation. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité suivants : une comorbidité psychiatrique manifeste, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie, ne sont pas réunis. A l'examen clinique, nous n'avons pas objectivé d'attitude hostile et méfiante envers le monde, de retrait social, des sentiments de vide ou de perte d'espoir, d'impression permanente d'être sur la brèche ni de détachement en faveur d'un diagnostic de modification durable de la personnalité. Par ailleurs, nous n'avons pas objectivé la présence d'un trouble de la personnalité morbide. En conclusion, depuis l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr L. \_\_\_\_\_ en 2004, nous n'avons aucun argument en faveur d'une aggravation de l'état de l'assuré qui ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant de longue durée. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité. Les limitations fonctionnelles psychiatriques Pas de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante (...) Concernant la capacité de travail exigible

- 16 - En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité. (...) " Dans un avis médical SMR du 10 novembre 2008, le Dr W. \_\_\_\_\_ retient notamment ce qui suit : "(...) Sur le plan physique, l'assuré met en avant l'apparition d'un diabète de type II insulino-dépendant associé à une symptomatologie cardiaque sans mise en évidence de pathologie significative aussi bien à la coronarographie qu'au test d'effort sous thallium. En ce qui concerne le trouble psychique par le biais de son psychiatre traitant, l'assuré allègue un état dépressif sévère sans symptôme psychotique, une réévaluation psychiatrique au SMR est réalisée le 9.10.2008. Celle-ci permet d'écartier de façon certaine toute forme d'atteinte psychique à caractère incapacitant de longue durée. Les diagnostics mis en avant par l'expert psychiatre sont toujours un syndrome douloureux somatoforme indifférencié associé à une dysthymie. Ces atteintes à la santé ne sont pas reconnues comme incapacitantes au vu de la jurisprudence actuelle en l'absence de signe de comorbidité. En conclusion : cet assuré présente un statu quo en ce qui concerne son état de santé par rapport au 1er refus de prestations de 2005. Aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant de longue durée n'a été mise en évidence aussi bien dans les rapports des

médecins traitants fournis que par l'expertise psychiatrique réalisée au SMR. De ce fait, il présente toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles établies lors du 1er examen SMR du 22.11.2004." Par projet de décision du 13 novembre 2008, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations d'invalidité de l'assuré en se fondant principalement sur l'avis SMR du 10 novembre précédent, selon lequel il n'y a pas aggravation de l'état de santé de l'assuré, celui-ci conservant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par écriture de Me Yves Hofstetter du 11 décembre 2008, complétée le 29 janvier 2009, l'assuré a contesté le bien-fondé du projet de décision en faisant valoir qu'il était totalement incapable de travailler en raison de ses problèmes de santé. Il a requis l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

- 17 - Par décision du 12 juin 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision et les motifs de celui-ci. C. Par acte du 10 juillet 2009, D. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 12 juin précédent, en concluant à l'annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il fait valoir que la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de fibromyalgie doit être appliquée dans son cas puisqu'il présente un trouble somatoforme douloureux similaire à une fibromyalgie et que, vu les contradictions existant dans les rapports médicaux au dossier, l'intimé ne pouvait pas se fonder sur le seul rapport du SMR pour rejeter sa demande de rente AI mais aurait dû ordonner une expertise indépendante pour déterminer la réelle portée du syndrome somatoforme douloureux sur sa capacité de gain. Le recourant a donc requis une "nouvelle expertise médicale complète". A l'appui de son recours, le recourant a notamment produit une copie du courrier que la Dresse N. \_\_\_\_\_ a adressée à son conseil, Me Hofstetter, le 16 janvier 2009, qui a la teneur suivante : "J'ai bien lu l'examen clinique psychiatrique de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du 09.10.2008. J'ai déjà dit à M. D. \_\_\_\_\_ que je n'ai pas de nouveaux éléments à joindre à mon dernier rapport médical du mois de juillet dernier. A mon avis, le patient a beaucoup de peine d'accepter la dégradation progressive de sa santé et que la médecine actuelle puisse toute de même avoir ses limites. Que dire du rapport des experts de l'AI ? Ils notent bien qu'il déclare "ce n'est pas une vie". Cependant, ils n'ont pas cherché à développer ces propos noirs, d'après eux, répétés à plusieurs reprises. Cela aurait-il montré un abaissement de l'humeur, une anhédonie avec tendance à l'isolement et repli sur soi, une diminution de sa propre estime et de la confiance en soi. Cela aurait-il changé leur diagnostic ? De plus, ils déclarent que sa vie sociale est normale, bien qu'ils constatent qu'elle est plus pauvre qu'auparavant. (...) Chez "une personne fruste, immature et sans moyens d'introspection" une hospitalisation n'aurait pas été d'une grande utilité. La fréquence de nos consultations a été diminuée depuis que le patient est au bénéfice du RI. Les priorités s'adaptent au contexte.

- 18 - En ce qui concerne son traitement médicamenteux psychotrope, il s'agit du troisième antidépresseur que M. D. \_\_\_\_\_ prend actuellement. Aucun n'a eu une efficacité probante chez ce patient. D'ailleurs, les doses élevées de Cipralex ont été très mal tolérées, raison pour laquelle je n'ai pas tenté cette expérience avec son antidépresseur actuel. Bien que des études sur certains antidépresseurs démontent leur utilité dans les douleurs chroniques, mon expérience m'a démontré que cela ne se passe pas chez des personnes immatures et sans moyens d'introspection. Après tout cela, les experts constatent que M. D. \_\_\_\_\_ a de bonnes ressources d'adaptation au changement. J'aimerais bien les connaître, pour les utiliser. Il est aussi étonnant que les experts n'ont pas constaté un discours à connotation paranoïde et ne se soient pas posé la question d'une personnalité

paranoïaque. Moi, je le constate de plus en plus, raison pour laquelle j'évoque un diagnostic de probable modification durable de personnalité. Autant que l'état dépressif est symptomatique, il n'est pas possible de poser ledit diagnostic avec certitude. La dysthymie présente une maladie psychiatrique à caractère invalidant. Cependant, elle peut ne pas être reconnue en tant que telle par l'Office AI. Mon impression est que l'entretien a été conduit de manière à interpréter les constatations qui conduiraient à des diagnostics non invalidants. Tout compte fait, cela reste ma parole contre la leur. (...)" Par déterminations du 10 septembre 2009, l'OAI a conclu au rejet de la requête d'expertise et du recours. Il fait valoir en substance que sa décision est fondée, en ce qui concerne l'état de santé psychique du recourant, sur l'examen clinique auquel a procédé un spécialiste en psychiatrie du SMR (rapport du 30 octobre 2009), auquel il faut reconnaître une pleine valeur probante puisqu'il satisfait aux critères jurisprudentiels en la matière, à savoir qu'il traite de manière complète et circonstanciée les points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires ainsi que des conclusions dûment motivées (ATF 125 V 351). En ce qui concerne les atteintes somatiques du recourant, l'intimé relève que sa décision est fondée sur la prise de position claire du SMR (avis SMR des 16 septembre et 10 novembre 2008) en regard des renseignements médicaux recueillis auprès des médecins traitants du

- 19 - recourant. Cela étant, la situation médicale du recourant est clairement établie et un complément d'instruction apparaît donc inutile. Le 13 octobre 2009, le recourant a informé la cour de céans qu'il maintenait les réquisitions et les conclusions de son recours du 10 juillet 2009. Il fait valoir en substance que la nécessité d'une expertise judiciaire complète réside dans le fait qu'il s'agit non pas de requérir "un nouvel avis médical" au motif que celui du SMR ne répondrait pas à ses attentes, mais de se prononcer sur des faits qui ont été faussement établis, sur la base d'une appréciation erronée des preuves. Pour le surplus, il soutient que le rapport du SMR du 30 octobre 2009 est lacunaire et contradictoire. Par déterminations du 26 octobre 2009, l'OAI a maintenu ses conclusions en indiquant en substance que l'avis des médecins traitants, en particulier celui de la Dresse N. \_\_\_\_\_, avaient été pris en compte par le SMR et que le fait que ceux-ci puissent être d'une opinion contraire à celle du SMR ne suffisait pas pour considérer que les faits avaient été faussement établis et qu'il s'avérait nécessaire de procéder à un complément d'instruction par le biais d'une expertise judiciaire. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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 devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

- 20 - b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c

LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, respectivement sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail du fait des atteintes à la santé qu'il présente. 3. 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

- 21 - 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 (art. 28 LAI). 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 (art. 16 LPGA). 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 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 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. 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

- 22 - (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351

consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). 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 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

- 23 - 4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004

- 24 - consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2; cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2 et réf. cit.). 5. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 12 juin 2008. Après examen des divers rapports établis par les médecins de l'assuré, et à la suite de l'examen clinique psychiatrique auquel a procédé le SMR le 9 octobre 2009, l'OAI a rejeté cette demande en considérant qu'il n'y avait pas eu aggravation de l'état de santé physique et psychique du recourant depuis le rejet de sa première demande de prestations AI. a) Se fondant sur l'appréciation de la Dresse N. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, du 7 juillet 2008, selon laquelle il présente un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) ainsi qu'une probable modification durable de la personnalité le recourant estime que son état de santé psychique ne lui permet plus de travailler dans une quelconque activité. Pour sa part, l'intimé considère que le rapport d'examen clinique de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du SMR du 30 octobre 2008, selon lequel le recourant présente une dysthymie d'intensité légère (F34.1) et un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) sans répercussion sur la capacité de travail, remplit tous les critères posés par la jurisprudence, si bien qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue. Sur le plan somatique, le recourant se contente de réclamer la mise en œuvre d'une expertise "complète" sans toutefois contester formellement les conclusions des médecins du SMR, qu'elles concernent le plan

- 25 - rhumatologique, diabétologique ou cardiologique. De son côté, l'OAI relève d'une part que l'assuré allègue une péjoration de son état de santé physique en raison d'un diabète insulino-dépendant et de problèmes cardiaques, d'autre part que, pour considérer que le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, les médecins du SMR se sont fondés sur les indications médicales et les conclusions des médecins traitants du recourant, soit les Drs M. \_\_\_\_\_, diabétologue, et S. \_\_\_\_\_, cardiologue. b) Au vu de l'ensemble des pièces médicales relatives à l'état de santé psychique de l'assuré, on doit reconnaître au rapport d'expertise psychiatrique SMR de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du 30 octobre 2008 une pleine valeur probante. Il contient en effet une anamnèse complète et un condensé des renseignements tirés du dossier; il fait également état des indications subjectives délivrés par le recourant, ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen psychiatrique et s'achève par une appréciation motivée de la capacité de travail de l'intéressé compte tenu de l'ensemble des renseignements recueillis. La Dresse O. \_\_\_\_\_ a clairement expliqué les motifs pour lesquels elle n'avait pas retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques indiqué par la Dresse N. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 7 juillet 2008 et ceux qui l'avaient conduite à ne retenir aucune affection psychiatrique invalidante, malgré les diagnostics retenus de trouble somatoforme indifférencié et de dysthymie d'intensité légère mais chronique. L'appréciation psychiatrique du SMR est non seulement cohérente, mais elle n'est au demeurant pas remise en cause de manière suffisante par les rapports des autres médecins (rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant et rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 28 août 2008) qui se sont exprimés sur l'état de santé psychique du

recourant. Que la Dresse N. \_\_\_\_\_ ou le Dr F. \_\_\_\_\_ ne partagent pas l'opinion du médecin du SMR en ce qui concerne la gravité des troubles psychiatriques diagnostiqués et leur impact sur la capacité de travail de l'intéressé ne suffit pas à battre en brèche ses conclusions. En effet, au vu de la distinction consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique

- 26 - et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'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 contraire à celle-ci. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expertise (TF I 533/06 du 23 mai 2007, consid. 5.3 et les références). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Alors que la Dresse O. \_\_\_\_\_ s'est, à juste titre, fondé lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6, p. 398 et ss), soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'Organisation mondiale de la santé, 10e révision (CIM-10), pour retenir la présence d'une dysthymie d'intensité légère (mais chronique, F34.1) et celle d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et pour évaluer leur intensité, leurs éventuels liens avec des facteurs contextuels, leur impact clinique et éventuellement handicapant, tant le rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_ que celui du Dr F. \_\_\_\_\_ se contentent d'indiquer les diagnostics retenus (épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques F32.2 et probable modification durable de la personnalité sans précision) après avoir énuméré un certain nombre de symptômes, lesquels, au demeurant, ne permettent pas de conclure à la présence d'un trouble dépressif même léger, ni à celle d'un trouble de la personnalité. En tout état de cause, le rapport d'expertise psychiatrique SMR de la Dresse O. \_\_\_\_\_ a été établi de manière consciencieuse, en tenant compte des opinions émanant des divers médecins qui ont examiné l'assuré et en prenant en considération les plaintes actuelles de l'intéressé. c) Sur le plan somatique, et au vu de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, on doit également reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus à l'avis médical SMR du Dr W. \_\_\_\_\_ du 16 septembre 2008. Se fondant sur les

- 27 - indications médicales délivrées par les Drs M. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, spécialistes des pathologies alléguées, il a expliqué de façon claire et convaincante les raisons pour lesquelles les problèmes cardiaques et de diabète allégués par le recourant comme péjorant son état de santé et sa capacité de travail devaient être considérées comme non invalidantes. Ses conclusions, convaincantes, peuvent être suivies. En effet, dans un rapport du 10 juillet 2008, le diabétologue a clairement indiqué que, si l'équilibration du diabète n'était pas bonne puisqu'il avait fallu entreprendre une intensification insulinique de 3 injections par jour, il n'avait toutefois pas établi d'incapacité de travail et ne pouvait par conséquent se prononcer sous cet angle, tout en relevant que, sur le plan diabétologique, les restrictions à une activité professionnelle consistaient en la nécessité d'horaires réguliers, de jour. Quant au cardiologue, dans un rapport du 18 avril 2007, il a retenu le diagnostic de "discrète athérosclérose diffuse avec flux légèrement ralenti sur l'IVA avec une très discrète hypokinésie apico-antérieure à la ventriculographie pouvant s'inscrire dans un contexte de maladie de la microcirculation en relation avec le diabète", diagnostic qu'il a qualifié lui-même de rassurant. Le fait que le Dr F. \_\_\_\_\_, qui est un généraliste et non un

spécialiste en diabétologie (rapport du 28 août 2008), soit d'avis que le problème diabétique est invalidant parce que très mal contrôlé et estime que la capacité de travail de son patient n'est plus que de 50 % dans une activité adaptée, n'est pas suffisant pour remettre en cause l'évaluation médicale effectuée par le Dr S. \_\_\_\_\_ et les conséquences qu'en a tirées le SMR. d) Au vu de ce qui précède, il faut considérer que la situation médicale du recourant, tant sur le plan physique que psychique, est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il reste à déterminer quelles conséquences elle induit sur les prétentions du recourant. 6. a) Comme on l'a vu au considérant 5 ci-dessus, il ne se justifie pas que la cour de céans s'écarte des conclusions de la Dresse O. \_\_\_\_\_ quant à la présence et à l'impact des troubles psychiques sur la capacité

- 28 - de travail du recourant, de sorte qu'il convient d'admettre que l'affection psychiatrique n'a pas de répercussion sur sa capacité de travail. On relèvera tout au plus que c'est à juste titre que la psychiatre du SMR a considéré que les troubles psychiques présentés par le recourant ne sont pas invalidants et que celui-ci dispose de ce fait d'une pleine capacité de travail. En effet, comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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. 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 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence p. 358). 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

- 29 - 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-38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2). Dans le cas présent, il résulte clairement de l'examen clinique psychiatrique que le recourant ne présente pas, en sus du syndrome

somatoforme, une comorbidité psychiatrique importante, mais seulement une dysthymie, certes chronique, mais légère. Il n'y a par ailleurs ni perte d'intégration sociale, le recourant sortant notamment régulièrement pour se promener, faire des courses ou voir ses amis, ni cristallisation de l'état psychique du recourant. b) En ce qui concerne l'état de santé somatique du recourant, comme on l'a vu au considérant 5c ci-dessus, il n'y a pas non plus de motifs de s'écarter des conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR. Dans ces conditions, la cour de céans retient que le recourant présente un statu quo en ce qui concerne son état de santé par rapport à la décision de refus de prestations du 26 juillet 2005, confirmée par décision sur opposition du 12 février 2007. Aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant de longue durée, du point de vue de l'assurance- invalidité, n'a été mise en évidence aussi bien dans les rapports des médecins traitants que par l'expertise psychiatrique réalisée par le SMR. De ce fait, l'assuré présente toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles établies lors de l'examen du SMR du 22 novembre 2004, et de celles décrites par le diabétologue (horaires réguliers de jour, possibilité de faire des injections d'insuline). L'OAI était donc fondé à rejeter la nouvelle demande de rente déposée par le recourant le 12 juin 2008.

- 30 - 7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée. 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 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Celui-ci ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ils seront toutefois provisoirement supportés par l'Etat. c) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, qui comprend l'exonération de l'avance de frais et la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'avocat qui plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire dans le canton de Vaud peut prétendre à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010; RSV 211.02.3] et aux débours figurant sur la liste des opérations et débours (art. 3 al. 1 RAJ). En l'occurrence, la liste des opérations et débours déposée par l'avocat d'office du recourant annonce 7 heures et demie de travail. Le temps de travail rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat et peut être retenu. Le taux de la TVA était de 7,6 % en 2010, année pendant laquelle, à l'exception d'un courrier, toutes les opérations du conseil ont eu lieu; le taux de la TVA est passé à

- 31 - 8 % dès le 1er janvier 2011. Cela étant, on appliquera le taux de 7,6 % pour les 7 heures 15 consacrées par l'avocat d'office au dossier en 2010 et celui de 8 % pour le quart d'heure restant. Ainsi, Me Hofstetter a droit à 1'305 fr. (7 heures 15 à 180 fr./h), plus TVA à 7,6 %, plus 45 fr. (15 minutes à 180 fr./h) plus TVA à 8 % soit à un montant total de 1'452 fr. 80 (1404 fr. 20 + 48 fr. 60) pour ses honoraires. Par ailleurs, au regard du dossier, il peut aussi prétendre au remboursement des débours par 100 fr., plus TVA à 7,6 %, soit un montant de 107 fr. 60. L'indemnité totale pour les prestations de l'avocat d'office s'élève

ainsi à 1'560 fr. 40, arrondi à 1'560 francs. L'indemnité du conseil d'office est supportée provisoirement par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant ainsi avancé dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service de justice et législation est compétent pour fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. d) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

- 32 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 12 juin 2009 est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant D.\_\_\_\_\_ qui succombe. IV. L'indemnité d'office de Me Yves Hofstetter, conseil du recourant D.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'560 fr. (mille cinq cent soixante francs). V. Il n'est pas alloué de dépens. VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Yves Hofstetter, avocat à Lausanne (pour le recourant), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,

- 33 - - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, par l'envoi de photocopies. L'arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif. 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.