

VD_GERICHTE ZD11.004143 vom 13. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.004143

FR: VD_GERICHTE ZD11.004143 du 13 juillet 2011

IT: VD_GERICHTE ZD11.004143 del 13 luglio 2011

Erwägungen

E. 1

Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique, Monsieur [...] présente indubitablement une incapacité à un engagement physique lourd, à une station assise ou debout prolongée, aux ports réguliers de charges de plus de 8 kg et de travailler en force avec les bras au dessus du niveau du moignon des épaules. Sur le plan psychique et mental Sur le plan social

- 11 - Aucune.". Dans un rapport SMR du 28 juillet 2010, le Dr [...] a retenu les éléments suivants : "Cet assuré de 52 ans, marié, n'a pas de formation et travaillait comme chauffeur à la Voirie de Rolle. Il est en IT depuis janvier 2008 en raison d'abord de douleurs et impotence fonctionnelle des 2 épaules, ainsi que de la rechute d'un trouble dépressif récurrent à la suite de ces problèmes articulaires. Il avait été opéré à l'épaule droite en 2007 pour rupture de la coiffe ; en janvier 2008, il est opéré à gauche pour la même raison. En mars 2008, on met en évidence un canal cervical étroit C5-C6 avec myélopathie. Enfin, en janvier 2009, à la suite de l'apparition d'une sciatique S1 droite déficitaire sur hernie discale L5-S1 droite, il subit une hémilaminectomie droite ; les lombosciatalgies vont cependant persister. Sur le plan psychiatrique, malgré la persistance de symptômes dépressifs, l'assuré pourrait suivre des mesures de réinsertion, selon son psychiatre traitant Dr F. _____, mais l'assuré s'en déclare incapable. Un examen multidisciplinaire CEMED a été demandé pour déterminer de manière globale les limitations fonctionnelles et la CT exigible. Cet examen effectué par les Drs Z. _____, rhumatologue, W. _____, neurologue, et V. _____, psychiatre, a confirmé l'existence d'atteintes incapacitantes des épaules et du rachis (cervical et lombaire), avec les limitations fonctionnelles de la page 1 ; sur le plan psychiatrique, s'il y a eu un épisode dépressif en 2008, il n'y a plus, au moment de l'expertise, de psychopathologie incapacitante. La CT, si elle est nulle comme chauffeur poids lourds, est en revanche entière dans une activité adaptée.". B. Le 25 août 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de sa demande de prestations AI. Sur la base des constatations du SMR, l'office a considéré qu'une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de la part de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 8 kg, pas de travaux lourds, pas de travaux avec les

- 12 - membres supérieurs au dessus de l'horizontale, alternance des positions assise et debout). Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'il réunissait les conditions du droit au placement. Dans une lettre datée du 16 septembre 2010, sous la plume de son avocat Me Claudio Venturelli, l'assuré s'est opposé à ces deux notifications. Dans un courrier du 8 octobre 2010, le Dr F. _____ rappelle qu'il suit l'assuré depuis avril 2008, que le diagnostic retenu est celui d'un état dépressif moyen à sévère apparaissant dès les années 90 et s'aggravant nettement dès 2006-2008. Selon le psychiatre, les

répercussions psychiatriques sur l'incapacité de travail sont invalidantes, peut-être pas à 100 %, mais en tout cas à 50 %. De surcroît, le psychiatre ne voit pas dans quelle activité adaptée l'assuré pourrait reprendre un travail. C. Le 8 décembre 2010, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations AI identique à son projet de décision du 25 août 2010. Dans une lettre d'accompagnement datée du 9 décembre 2010, l'OAI a considéré qu'aucun élément du dossier n'était de nature à faire douter de la valeur probante des conclusions du CEMed et a refusé de surseoir à la décision jusqu'à réception du rapport de contre-expertise. D. Agissant par son mandataire, l'assuré a recouru le 31 janvier 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente AI entière lui soit octroyée, subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, dans le sens des considérants.

- 13 - E. La réalisation d'une expertise psychiatrique privée a été confiée au Dr [...] G. _____, psychiatre FMH. Dans son rapport du 29 mars 2011, il souligne les éléments suivants : "6. Diagnostics psychiatriques selon CIM-10 : Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F 33.2. Commentaire : On peut discuter de la récurrence de ce trouble qui semble avoir existé en 1991, puis dès 2008. Afin de rendre compte du fait que Monsieur [...] semble avoir pu se rétablir entre deux épisodes dépressifs ayant donné lieu à des traitements psychiatriques, du moins en apparence, nous avons opté pour ce diagnostic qui signifie au moins deux épisodes distincts. Il se pourrait cependant, et c'est même plus probable, qu'il s'agisse d'un seul épisode dépressif depuis 1991, jamais complètement remis, en rapport avec le deuil des frères que Monsieur [...] n'a pas pu faire. Rappelons qu'il s'agit d'un deuil complexe puisque d'autres personnes innocentes ont trouvé la mort dans cette embuscade et que Monsieur [...] peut s'attribuer une responsabilité causale dans ce drame. Quant à la sévérité de l'épisode dépressif actuel, nous estimons qu'il s'agit clairement d'un épisode sévère au sens de la CIM-10. Non seulement, Monsieur [...] remplit les critères diagnostics (humeur dépressive constante, tristesse, perte d'envie et de plaisir aux choses agréables, idées de mort, incapacité de projection dans le temps, troubles du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire cliniquement manifestes, agitation psychomotrice, etc), mais en plus nous estimons que la détresse subjective et les conséquences familiales et sociales sont importantes. Tenant compte des troubles du comportement et de l'absence de perspective d'amélioration, un diagnostic de trouble de la personnalité après une longue maladie est possible, mais nous estimons que notre recul est trop court pour affirmer valablement un tel diagnostic. 7. Discussion

- 14 - Il s'agit d'un homme de 55 ans, issu d'un milieu relativement aisé et qui disposait des ressources intellectuelles suffisantes pour accomplir une scolarité supérieure. Après s'être engagé dans la police, Monsieur [...] a connu une première déception en raison de la situation politique de son pays qu'il a fini par fuir. Il a vécu durant plusieurs années en Libye où il a travaillé comme chauffeur poids-lourds. En Suisse, il a travaillé comme employé de voirie dans la récolte des déchets, puis comme chauffeur poids-lourds dans le même service. La vie de Monsieur [...] semble avoir basculé au moment où il perd deux frères dans une embuscade en 1991 alors qu'ils transportaient des passagers dans le car que Monsieur [...] avait acheté. A l'heure actuelle, Monsieur [...] n'a pas encore fait le deuil de cette perte et semble souffrir de sentiments contradictoires et complexes, de colère, d'impuissance, de tristesse et de sentiments de culpabilité. Monsieur [...] se sent incompris

par sa compagne et par ses enfants et il perd peu à peu ses amis. Déjà depuis sept à huit ans, il devient irritable, impulsif voire agressif. Il rapporte des troubles de la concentration lorsqu'il conduisait encore le camion-poubelle de la voirie. Il se trompait de parcours, perdait son porte-monnaie et les clés de sa voiture, avait même oublié une fois sa voiture et était rentré en train. Il décompense finalement lorsqu'il ne dispose plus de son travail pour échapper à ses ruminations constantes. En effet, au fil des années, son état physique se dégrade et il subit trois opérations aux épaules entre 2007 et 2008. Il sera opéré du dos en 2009 et opéré à la colonne cervicale en 2010. Il se sent désormais incapable de faire face aux exigences de la vie après son opération des épaules et il sent bien que son corps ne fonctionne plus comme il devrait. Nous rejoignons pleinement l'avis émis par le psychiatre traitant qui diagnostique un état dépressif majeur au moins dès 2008, mais très probablement depuis 1991, état qui s'est décompensé de manière irréversible après l'atteinte des épaules. Au vu des multiples atteintes et de l'état dépressif que nous qualifions de sévère en fonction de la symptomatologie, de la durée et des répercussions sociales, Monsieur [...] est actuellement dans l'incapacité totale de travailler sous l'angle psychiatrique. Une évolution favorable de l'affection psychiatrique n'est pas exclue, mais elle paraît peu probable au vu de la durée de l'état dépressif et du fait des

- 15 - atteintes physiques toujours plus importantes. Ces atteintes physiques empêchent Monsieur [...] de s'en sortir comme il le ferait si son corps était en bon état. L'expertise du CEMed nous paraît en opposition avec les avis des médecins traitants sous l'angle somatique. Nous ne nous étendons cependant pas sur cette partie. Sur le plan psychiatrique, l'expert ne semble pas avoir compris la dynamique de l'état dépressif de très longue durée qui est à la base de la décompensation de Monsieur [...]. L'expert psychiatre ne fait pas mention de l'état dépressif existant en 1991 et semble rattacher toute la symptomatologie psychique à la situation somatique. Il n'a pas saisi le conflit conjugal qui existe depuis plusieurs années, sans rapport direct avec les affections somatiques et sans rapport direct avec la situation professionnelle de l'expertisé. Il ne fait pas mention des interventions de police et des altercations physiques provoquées par l'expertisé. Précisons ici que ces manifestations ne sont pas les causes, mais les conséquences de l'état dépressif et de l'incapacité de Monsieur [...] de faire face à sa désintégration socio familiale progressive. L'expert psychiatre n'explique aucunement pour quelles raisons Monsieur [...] est sous traitement antidépresseur à un dosage important et avec des taux contrôlés qui s'avèrent dans les limites thérapeutiques, ni pourquoi il a un traitement anxiolytique (Lexotanil 1,5 mg 3 x / j selon la page 7 sur 20 du rapport d'expertise et Nozinan 25 mg le soir selon ce même rapport). L'expert semble ne pas tenir compte de la perte d'appétit, ni de la perte de poids ni des troubles du sommeil qu'il relève pourtant. Il évoque bien des envies de suicide de la part de l'expertisé, mais sans leur accorder la moindre valeur. Il évoque l'isolement et le renfermement de l'expertisé, mais semble l'attribuer à la distance géographique entre St-Prex et Lausanne, alors que Monsieur [...] a travaillé à Rolle pendant des années. Dès lors, il paraît peu convainquant de ne retenir comme diagnostic psychiatrique que des syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou des facteurs physiques F.59 selon la CIM-10. A notre avis l'évaluation psychiatrique est sommaire et passe à côté de l'essentiel. L'évolution de la maladie psychiatrique depuis de nombreuses années, comme en témoignent les interventions de la police et les actes de violence

- 16 - agis et subis, tout comme l'évolution depuis l'expertise du CEMed jusqu'à maintenant, comme le montre le camping improvisé dans la voiture durant quinze jours, les consultations à l'hôpital de Morges pour la symptomatologie cardiaque anxieuse, confirment la gravité de l'affection psychique de Monsieur [...]: L'intervention cervicale de 2010 confirme pour sa part la dégradation progressive de son état physique. Réponses aux questions : (...)

E. 3

En tant que telle, l'affection psychiatrique entraîne-t-elle une incapacité de travail ? Si oui, cette incapacité est-elle valable pour toute activité, à quel taux et depuis quand ? Oui, l'affection psychiatrique entraîne une incapacité de travail complète pour toute activité et cela en tous les cas actuellement, mais très probablement depuis le début du traitement chez le Docteur F._____. Si le Docteur Chardon a indiqué une incapacité de travail entre 50 et 100 %, nous pensons qu'il a sous-estimé l'épuisement de son patient qui présentait bien des ressources il y a plusieurs années, mais qui a donné tout ce qu'il avait physiquement et psychiquement et s'est usé au fil des années.

E. 4

Si votre avis diverge de l'expertise du Cemed ou d'autres avis médicaux, merci de préciser sur quel point, ainsi que de motiver votre divergence. Oui, notre avis diverge clairement de l'expertise du CEMed, mais rejoint l'avis du psychiatre traitant. Il ne nous est pas compréhensible pour quelle raison le psychiatre du CEMed ne retient pas un diagnostic d'état dépressif chez une personne traitée par un médicament antidépresseur à forte dose et prise en charge pour état dépressif depuis plus d'une année. L'historique psychiatrique de Monsieur [...] rend peu plausible qu'il n'était pas dépressif au moment de l'expertise au CEMed. Nous pensons plutôt que ses grimaces ont passé pour de l'humour alors qu'il s'agit d'un homme nerveux et agité, devenu cynique et sombre. Son agitation psychomotrice semble avoir passé pour de la «tonicité incompatible avec un état dépressif d'intensité moyenne à sévère» (page 17/20 du rapport CEMed). L'expert-psychiatre ne semble pas s'être attardé sur les antécédents de l'expertisé ni sur le profond chagrin concernant le décès des frères dont l'expertisé semble avoir voulu parler. L'expert n'a mis en évidence que le deuil difficile de l'intégrité corporelle (page 17/20).

- 17 - Enfin dans l'expertise du CEMed ne figure aucune allusion à la mésentente conjugale et au conflit conjugal et familial de longue date, ni au renferment progressif de Monsieur [...]. Alors même que l'expert décrit Monsieur [...] comme crédible et authentique (paragraphe 4, page 17/20) il n'accorde pas leur juste valeur aux formulations de l'expertisé. Il ne saisit pas que les passages à l'acte ont bel et bien lieu (cf. les interventions de la police, par exemple). La situation de Monsieur [...] a abouti en réalité à un isolement social et affectif que l'expert n'a pas réalisé et à de nombreux passages à l'acte que nous qualifions de désespérés. Il est probable qu'en raison de l'attitude méfiante et défensive de Monsieur [...], attitude développée en partie pour protéger un narcissisme très blessé, l'expert psychiatre n'ait pas compris l'enjeu de la perte de son travail et l'enjeu de la perte de l'utilisation de son corps pour Monsieur [...]. Il est possible que l'expert psychiatre ait focalisé à tort sur la problématique somatique. Si la problématique somatique a décompensé l'équilibre psychique devenu bancal de l'expertisé, les véritables causes de l'état dépressif se situent ailleurs, notamment dans l'épuisement des ressources et de la résistance affective de l'expertisé. (...)

E. 5

Une expertise dans un autre domaine de spécialité vous paraît-elle utile, voire nécessaire? Si oui laquelle? L'évaluation neurologique et rhumatologique pratiquée au CEMed s'écarte passablement dans ses conclusions de celles des médecins spécialistes qui ont eu à soigner Monsieur [...]. Les limitations indiquées semblent ne pas tenir compte des symptômes neurologiques persistants. L'évolution ultérieure, notamment l'opération des vertèbres cervicales en 2010, semble donner raison aux médecins traitants et à Monsieur [...] plus qu'aux médecins experts du CEMed. Dans ce sens, une expertise neurologique et rhumatologique neutre paraît indiquée. Toutefois dans la situation actuelle de Monsieur [...], une telle expertise me semble raisonnablement superflue vu les atteintes multiples et progressives et vu l'atteinte psychiatrique invalidante par elle-même." Le 21 avril 2011, le Dr [...] C. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR a rendu l'avis médical suivant :

- 18 - "A la suite d'un refus de rente (pleine capacité de travail dans une activité adaptée selon l'expertise du CEMED), l'avocat de l'assuré soumet son client à une expertise psychiatrique privée par le Dr G. _____. Celui-ci arrive à des conclusions diamétralement opposées à celles des experts du CEMED et conclut à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2008. Notre position est basée sur une expertise pluridisciplinaire comportant une étude fouillée du dossier, une anamnèse détaillée et des examens cliniques somatique et psychiatrique approfondis. La situation médicale y est exposée de manière complète et cohérente. Les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. Il n'y a pas de contradictions internes et les conclusions sont bien motivées. Cette expertise nous a donc paru entièrement probante. Le Dr G. _____ retient un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), sans que soient réunis les critères diagnostiques permettant de poser ce diagnostic selon la CIM-10. L'expert tient compte pour justifier ce diagnostic de la détresse subjective et les conséquences familiales et sociales qui sont importantes (p. 10). Or les aspects subjectifs, tout comme les critères psycho-sociaux, ne font pas partie des critères diagnostiques et ne sont pas à prendre en compte dans l'appréciation médicale de la capacité de travail dans le cadre de l'assurance sociale. En outre la description du comportement irritable, impulsif et agressif, allant jusqu'à causer des altercations physiques et battre sa femme nous semble incompatible avec un épisode dépressif sévère. En effet, si l'on peut observer une agitation psychomotrice comme symptôme dépressif (F32, critère C7), celle-ci n'a rien à voir avec le comportement qui caractérise M. [...]. On s'étonne que le Dr G. _____ émette un jugement dénigrant à l'égard du Dr [...] en lui reprochant de ne pas avoir compris "la dynamique de l'état dépressif...", de ne "pas avoir saisi le conflit conjugal qui existe depuis plusieurs années" et en concluant que son "évaluation psychiatrique est sommaire et passe à côté de l'essentiel" (p. 11). Le Dr [...] est pourtant un expert chevronné et expérimenté et le trouble dépressif est une des pathologies les plus fréquentes qui sont soumises à expertise psychiatrique. En outre, rappelons que l'expertise CEMED est une expertise pluridisciplinaire impliquant trois experts et dont les conclusions sont consensuelles. Or, si le Dr G. _____ avait raison, cela signifierait que l'épisode dépressif sévère sensé affecté M. [...] aurait échappé à trois

- 19 - experts. Pourtant un épisode dépressif, à plus forte raison lorsqu'il est sévère, n'échappe en général pas au médecin expérimenté, même non psychiatre. En conclusion, l'expertise privée soumise à notre appréciation ne nous semble pas jeter un doute sur le

contenu et le bien fondé des conclusions de l'expertise CEMED. Je suggère toutefois au Tribunal de requérir l'avis du Dr V. _____ sur cette expertise.". Par courrier du 5 mai 2011, l'OAI a proposé de soumettre l'expertise du Dr G. _____ au Dr [...]. E n d r o i t : 1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 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 dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Vu la production de l'expertise privée réalisée par le Dr G. _____ dans la présente procédure, la question de la violation du droit d'être entendu du recourant peut demeurer ouverte.

- 20 - 3. En l'occurrence, le recourant reproche à l'OAI d'avoir excédé son pouvoir d'appréciation, parce qu'il lui a nié le droit à une rente, sur la base du seul rapport du CEMed. Il estime être totalement incapable de travailler, que ce soit sans son ancienne activité ou dans toute autre activité adaptée. 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être

- 21 - déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 c. 6.1.1; 135 V 201 c. 7.1.1; 127 V 294 c. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1). b)

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 c. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2). En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé

- 22 - que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 c. 4 et les références citées, TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 c. 5). c) En l'occurrence, il existe deux rapports médicaux contradictoires, le premier rendu par un expert administratif et le second rendu par un expert privé. Dans son rapport d'expertise du 29 mars 2011, le Dr G._____ pose le diagnostic d'épisodes dépressifs, avec épisodes sévères au sens de la CIM-10, qui entraînent une incapacité de travail complète pour toute activité, en tout cas très probablement depuis le début du traitement chez le Dr F._____, soit début 2008. Ce rapport, manifestement complet et conforme aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante, remet sérieusement en doute les conclusions auxquelles sont parvenus les experts mandatés par l'OAI, qui ont également rendu un rapport conforme aux exigences de la jurisprudence. Le Dr G._____ expose toutefois de manière détaillée les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis de l'expert psychiatre du CEMed ayant examiné le recourant. En substance, l'expert met clairement en évidence les mécanismes et événements qui ont entraîné l'état psychique de l'assuré depuis 1991. L'expert mandaté par l'AI ne semble pas avoir compris, aux dires du Dr G._____, la dynamique de l'état dépressif de très longue durée qui est à la base de la décompensation du recourant. L'expert relève également certaines incohérences dans l'analyse psychiatrique du CEMed ou certaines lacunes dans l'état de fait retenu, notamment dans l'anamnèse, comme le fait de passer sous silence le problème familial, de ne relever que la perte d'intégrité corporelle, de

- 23 - minimiser l'incidence du décès des frères, de ne pas tenir compte de la médication importante, de ne pas avoir saisi les passages à l'acte. En définitive, force est de constater que les conclusions du rapport du Dr G._____ mettent sérieusement en doute

l'ensemble des conclusions, notamment psychiatriques, du CEMed au sujet de l'état de santé du recourant. L'OAI, par son SMR, en convient au demeurant dans la mesure où il constate la nécessité de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires en proposant de soumettre l'expertise du Dr G. _____ au Dr [...]. Compte tenu des nombreux points de divergence qui séparent le rapport du CEMed de celui du Dr G. _____ et des médecins traitants du recourant - sans que l'on puisse dénier une valeur probante à leurs avis respectifs - il appartient à un expert de départager ces opinions. Il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une instruction complémentaire au sens de l'art. 44 LPGA, sous la forme d'une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique (la symptomatologie du recourant devant être comprise dans sa globalité vu notamment le lien établi entre ses problèmes physiques et une partie de ses problèmes psychiques), et rende une nouvelle décision. En effet, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en oeuvre les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 et 2 LPGA; art. 57 al. 1 let. f LAI; art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). 4. Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), dont il convient d'arrêter le montant à 2'000 fr. à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge de l'intimé qui succombe (art. 52 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs,

- 24 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 8 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical dans le sens des considérants. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. La présidente : Le greffier: Du

- 25 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Claudio Venturelli, avocat (pour Q. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, - par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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