

## **VD\_GERICHTE ZD13.027776 vom 26. März 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-03-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.027776](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.027776)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.027776 du 26 mars 2015

IT: VD\_GERICHTE ZD13.027776 del 26 marzo 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

%. Le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert dans un rapport du 8 juillet 2005. Il a ainsi retenu une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit : pas de gros efforts, pas de port de charges importantes en position debout, pas d'activité de manutention en position debout, activité sédentaire. h) Le 22 juillet 2005, l'OAI a rendu une décision de refus d'allocation pour impotent, que l'assuré n'a pas contestée. i) Le 22 novembre 2005, l'ex-employeur de l'assuré a précisé que ce dernier toucherait environ 4'900 par mois, 13 fois l'an, s'il travaillait comme chauffeur-livreur à cette date. j) L'OAI a rendu un rapport final le 24 janvier 2006, faisant suite à un entretien avec l'assuré du 20 décembre 2005, lors duquel l'OAI avait proposé une aide dans la recherche d'une activité adaptée (aide au placement, éventuellement précédée d'une évaluation dans un centre de l'assurance-invalidité). Il ressort du rapport que l'assuré s'estimait

- 7 - incapable de reprendre une activité à 80 %. Il pouvait éventuellement essayer quelque chose, mais à tout petit pourcentage. Il souhaitait attendre la décision de l'OAI. Au vu de l'attitude de l'assuré face à une reprise professionnelle, l'OAI a procédé à une approche théorique de la capacité de gain et rendu une décision de refus de rente le 24 mars 2006. Comparant le salaire indiqué par l'ancien employeur, au salaire pouvant être obtenu par l'assuré dans une activité industrielle légère, compte tenu d'un abattement de 5 %, l'OAI obtenait un degré d'invalidité de 31.68 %, ne donnant pas droit à une rente. L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 3 mai 2006, par l'intermédiaire de son mandataire. Il a indiqué être suivi par la Dresse V. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital R. \_\_\_\_\_, depuis 2002 et constatait qu'aucune demande de rapport n'avait été faite auprès dudit hôpital. Il a demandé à ce que la Dresse V. \_\_\_\_\_ soit interpellée par l'OAI, relevant par ailleurs qu'un stage d'évaluation serait opportun. La Dresse V. \_\_\_\_\_ a remis à l'OAI un rapport médical le 27 juillet 2006, dont on extrait ce qui suit : « Par la présente, nous attestons que M. H. \_\_\_\_\_ est suivi au sein de notre Section [...] depuis le 26 avril 2002 pour un état dépressif d'évolution chronique et un syndrome douloureux somatoforme persistant. M. H. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi médical soutenu (traitement médicamenteux à type d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'hypnotiques) ainsi que des séances psychothérapeutiques en lien avec son état dépressif et la gestion de la douleur. En accord avec M. H. \_\_\_\_\_, nous souhaitons porter à votre connaissance les éléments suivants : M. H. \_\_\_\_\_ accepte l'évaluation proposée par l'Office AI afin de bénéficier de mesures de réinsertion professionnelle. M. H. \_\_\_\_\_ a mentionné lors de ses entretiens avec le Dr Q. \_\_\_\_\_ que de telles mesures avaient déjà été tentées précédemment et qu'elles s'étaient soldées par un échec. Toutefois, les doutes de M. H. \_\_\_\_\_ ne signifiaient pas un refus. De fait, M. H. \_\_\_\_\_ accepte de faire un nouvel essai. Nous souhaitons ajouter

que nous n'avons pas de problèmes de compliance au traitement avec ce patient. Dans le but de donner le maximum de chances à ces mesures de réinsertion professionnelle et du fait des soins reçus chez nous et chez le Dr J. \_\_\_\_\_, nous souhaiterions travailler en partenariat avec les personnes responsables de la réinsertion professionnelle »

- 8 - k) Par courrier du 16 octobre 2006, l'ancien employeur de l'assuré a confirmé à ce dernier son intention de l'engager pour un poste d'employé de bureau à temps partiel (environ 20 %). l) L'OAI a rendu une décision sur opposition le 30 janvier 2008, rejetant la demande de prestations de l'assuré, sur la base de l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ concernant le volet psychiatrique. Il a considéré que la Dresse V. \_\_\_\_\_ n'amenait pas d'éléments médicaux susceptibles de remettre en cause cette appréciation. Au surplus, il a estimé que les pièces médicales actuellement au dossier lui permettaient de se prononcer valablement sur le droit aux prestations, de sorte que la mise en œuvre d'un stage d'observation ne se justifiait pas. L'assuré n'a pas recouru contre la décision précitée. C. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations le 12 avril 2011, en raison de « calcification » et de dépression. Il était toujours sans emploi. Le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de service à l'Hôpital R. \_\_\_\_\_, a rendu un rapport à l'attention de l'OAI le 7 juin 2011. Il y retenait les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2). Il a indiqué avoir repris le suivi de l'assuré le 9 octobre 2009, l'intéressé ayant été suivi à la consultation psychiatrique de Chauderon auparavant. Il voyait l'assuré une fois par mois. Sur le plan physique, il se déplaçait difficilement, présentait de nombreuses attitudes antalgiques et faisait état de douleurs diffuses, le plus souvent localisées aux membres supérieurs, aux épaules et au cou, toujours plus intenses et invalidantes. Sur le plan psychiatrique, il se présentait toujours comme très fortement déprimé, taraudé par le sentiment d'une situation inextricable, peu susceptible d'évoluer. Il souffrait d'une grande fatigabilité, d'une irritabilité croissante qui le conduisait à des disputes fréquentes avec ses proches. A plusieurs

- 9 - reprises, son comportement avait été franchement inquiétant, s'accompagnant notamment, à une reprise, de tentative d'automutilation. A une autre reprise, il avait tenu des propos laissant craindre une décompensation sur un mode plus hétéro-agressif. Son état s'était aggravé en début d'année à la suite du décès de son père survenu après une longue maladie. Il témoignait depuis d'une majoration de ses symptômes dépressifs avec des cauchemars nocturnes, d'importants troubles du sommeil et une grande labilité émotionnelle. Le trouble somatoforme douloureux dont il souffrait depuis de longues années était dorénavant totalement fixé sans qu'il y ait peu d'espoir d'une véritable amélioration. L'incapacité de travail de l'assuré se situait selon lui aux alentours des 100 %. Le pronostic psychiatrique restait sombre et aucune mesure médicale ne semblait actuellement de nature à améliorer le tableau. Considérant qu'il se justifiait d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'OAI a interrogé le nouveau médecin traitant de l'assuré, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lequel a rempli un questionnaire de l'OAI le 19 juillet 2011. Il y a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique d'origine indéterminée, de troubles dégénératifs de la cheville gauche en aggravation depuis 2010 et de troubles psychiatriques. Il traitait l'assuré depuis février 2009. Il décrivait une situation globale physique catastrophique avec douleurs multiples migrantes au niveau cervical, ceinture scapulaire, lombaire, ceinture pelvienne, genoux et des chevilles. La situation s'était globalement

détériorée avec plusieurs accidents (lésion de la cheville en 2009, entorses au pouce de la main droite et bursite traumatique du coude droit en 2010 et 2011. Plusieurs épisodes de malaise vagal avaient nécessité une hospitalisation d'urgence. Il y avait eu automutilation avec un couteau au niveau thoracique en décembre 2009. Les traitements d'ergothérapie et de physiothérapie n'avaient pas pu être poursuivis en raison de la fatigabilité et des douleurs de la ceinture scapulaire. L'assuré présentait des troubles récurrents du sommeil avec cauchemars. L'incapacité de travail était

- 10 - entière et le pronostic réservé. Il n'y avait actuellement pas de possibilité de réadaptation. D. a) Au vu des troubles invoqués, l'OAI a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu un rapport le 12 juin 2012, sur la base du dossier médical (comprenant les expertises des Drs G. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, ainsi que le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_) et d'un entretien avec l'assuré. Cet expert a retenu le seul diagnostic de dysthymie (F34.1), sans répercussion sur la capacité de travail. On extrait de son rapport ce qui suit : « Status Psychiatrique La présentation, le contact et la collaboration de l'assuré sont bons, la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne, on ne retrouve ni troubles de mémoire, ni ralentissement psychomoteur ni agitation, le discours est cohérent : on ne retrouve pas de trouble du cours de la pensée ou du contenu de la pensée, l'assuré partage le focus d'attention. Il est à noter que pendant l'entretien psychiatrique l'assuré n'adoptera pas de position antalgique. L'examen psychiatrique du 29 mai 2012 met en évidence : • Un moral préservé, sans véritable tristesse ni irritabilité, • Avec ruminations existentielles, sans idées noires, • Avec fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, • Avec anhédonie partielle dans la mesure où l'assuré n'apprécie que de regarder la télévision (football) et de faire des commissions avec son épouse, • Sans repli social : il déclare des amitiés et connaissances qui se rencontrent régulièrement, précisant que les amis viennent au domicile, • Sans perte d'estime de lui-même : il se déclare comme bonne personne, bon mari, bon père, • le sommeil serait perturbé par des difficultés d'endormissement et des réveils récurrents, l'appétit serait conservé, la libido est déclarée comme satisfaisante. L'examen psychiatrique met aussi en évidence l'existence d'éléments en faveur d'angoisses itératives, qui passent seules, sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de crises d'anxiété généralisée, de la lignée obsessionnelle. L'examen ne retrouve ni signe floride de la série psychotique, ni critères CIM-10 de trouble de personnalité. Sur le plan algique, l'assuré se plaint de douleurs de dos de bassin, de chevilles, de nuque, d'épaules, de coudes et de genoux. L'assuré déclare une consommation nulle de tabac et de drogues illicites, une consommation d'alcool à hauteur d'une bière de temps en temps et d'un verre de vin aux repas. [...]

- 11 - Appréciation du cas : [...] L'examen psychiatrique du 29 mai 2012 met en évidence : • Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans véritable tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, anhédonie partielle, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil perturbé par des difficultés d'endormissement et des réveils récurrents, appétit conservé. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 90 % du temps, des moments où il se sent moins bien et s'irrite contre son épouse, avec, à raison de 10 % du temps, des moments

où il se sent mieux, regarde la télévision, rencontre ses amis. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais, la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré, • Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, • Une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité, • Une symptomatologie algique sans grande intensité ni détresse. L'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; l'absence de comorbidité psychiatrique, dans la mesure où l'intensité d'une dysthymie ne peut participer d'une comorbidité et de repli social, ne permettent pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme. Nous avons pris bonne note du courrier, en date du 7 juin 2011, sous la signature du Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré, proposant comme diagnostic incapacitant : syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique. Ce courrier nous amène les réflexions suivantes : • Nous rappellerons volontiers que, selon les critères CIM-10, un diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut être retenu que si l'anamnèse nous propose un premier épisode dépressif attesté, traité, résolutif avec période de latence et apparition d'un second épisode dépressif. Le dossier comprend à ce jour déjà deux expertises psychiatriques et l'anamnèse ne permet pas d'envisager un premier épisode dépressif. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut donc être retenu. Nous sommes surpris par le fait que, si la symptomatologie relève effectivement d'un épisode actuel sévère, il ne soit proposé un traitement psychiatrique plus consistant que celui mentionné dans ce courrier. • Pour ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant, il est à noter d'une part que les deux diagnostics proposés par le psychiatre

- 12 - traitant sont incompatibles selon les critères CIM-10 et, d'autre part, qu'il est important d'envisager, pour apprécier l'aspect incapacitant de ce type de diagnostic, une hypothétique comorbidité psychiatrique et un repli social. Nous considérerons, au vu de l'anamnèse et du présent examen clinique, que aucun de ces critères n'est significatif pour permettre d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme. • Nous avons déjà mentionné que les expertises psychiatriques de 2000 (Dr G.\_\_\_\_\_) et 2005 (Dr Q.\_\_\_\_\_) n'ont pas retenu de diagnostic incapacitant psychiatrique significatif. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ mentionnait que son diagnostic de dysthymie pouvait générer une incapacité de travail à hauteur de 20 %, et l'appréciation AI a abouti à un refus de prestations. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant et incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 29 mai 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. » b) Le SMR, par le Dr W.\_\_\_\_\_, s'est prononcé par avis médical du 21 juin 2012, reprenant les conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique et constatant qu'il convenait d'observer les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport SMR de juin [recte : juillet] 2005 sur le plan somatique. Ainsi, l'exigibilité

dans une activité adaptée restait de 80-100 %. c) L'OAI a rendu un projet de refus de reclassement et de rente d'invalidité le 28 novembre 2012. Au vu du rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ et du fait que les diagnostics retenus par le Dr L. \_\_\_\_\_ devaient être récusés, l'exigibilité dans une activité adaptée restait de 80 %, le degré d'invalidité étant par conséquent de 31.68 %. d) Le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ par courrier du 20 décembre 2012. Il a en premier lieu relevé que l'expert ne mentionnait pas les rapports du 14 mars 2002 du C. \_\_\_\_\_, du 21 octobre 2003 de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_ et du 27 juillet 2006 de la Dresse V. \_\_\_\_\_, mentionnant tous trois des troubles dépressifs. Le Dr L. \_\_\_\_\_ était également en possession du rapport du médecin consulté avant lui, qui lui avait adressé le 14 octobre 2009 une remise de service où étaient posés les diagnostics de trouble dépressif récurrent,

- 13 - épisode actuel moyen, trouble de personnalité histrionique et syndrome douloureux somatoforme persistant. Concernant le status psychiatrique, à la période où l'expert évoquait un tableau de dysthymie, le Dr L. \_\_\_\_\_ observait un tableau clinique beaucoup plus sévère. Concernant l'appréciation du cas, l'expert avait ignoré le fait que le diagnostic de troubles dépressifs récurrents avait été posé de manière continue par tous les psychiatres qui s'étaient occupés de l'assuré. Le traitement prescrit à ce dernier était parfaitement adéquat et adapté à la prise en charge d'un épisode dépressif sévère. L'assertion de l'expert selon laquelle les deux diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent étaient incompatibles était infondée. Cela ne figurait pas dans la CIM-10, ni dans le DSM IV. Ce dernier mentionnait que le trouble douloureux était fréquemment associé à des troubles de l'humeur. En l'espèce, le trouble douloureux somatoforme de l'assuré était antérieur au trouble dépressif récurrent et avait toujours évolué pour son propre compte. Finalement, l'expert ne prenait pas en considération le fait que l'assuré avait considérablement réduit son tissu relationnel, se cantonnant à une activité ritualisée et était constamment envahi par un fort apragmatisme. e) L'assuré s'est opposé au projet de décision le 21 décembre 2012, reprochant pour l'essentiel à l'expert de ne l'avoir vu qu'une trentaine de minutes. L'assuré a complété son opposition par l'intermédiaire de son mandataire le 28 janvier 2013, requérant, au vu des critiques émises par le Dr L. \_\_\_\_\_ à l'encontre du rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. f) Interpellé par l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les remarques faites à l'encontre de son rapport le 28 janvier 2013, expliquant pourquoi il n'avait pas retenu les rapports mentionnés par le Dr L. \_\_\_\_\_, qui n'étaient pour certains pas de véritables rapports médicaux, et qui mentionnaient une symptomatologie réactionnelle, ce qui n'avait habituellement pas d'effet sur la capacité de travail de longue

- 14 - durée. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a relevé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'apparaissait, dans le dossier que pour la première fois dans le rapport médical du psychiatre traitant en date du 7 juin 2011. Il a pour le surplus maintenu sa position. g) Le 12 février 2013, le Dr W. \_\_\_\_\_ a déclaré se rallier sans réserve à l'avis de l'expert. E. L'OAI a rendu une décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité identique à son projet le 29 mai 2013. Il a ajouté que les éléments avancés par le Dr L. \_\_\_\_\_ ne constituaient qu'une appréciation différente d'une situation similaire, l'avis de l'expert, ayant valeur probante en l'espèce, l'emportant sur l'avis du médecin consulté par l'assuré. G. H. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée par l'intermédiaire de son mandataire le 26 juin 2013, concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction

dans le sens des considérants. Il reproche pour l'essentiel à l'intimé d'avoir fondé sa décision sur des investigations médicales inexactes et incomplètes en se basant uniquement sur les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_ pourtant contestées. Le Dr L. \_\_\_\_\_ n'entretenait aucune relation particulière avec le recourant et n'était nullement son médecin de famille, de sorte que son avis était au moins aussi indépendant et neutre que celui de l'expert mandaté par l'intimé. Ainsi, il était attesté à satisfaction de droit que toutes les conditions posées par la jurisprudence fédérale pour reconnaître l'existence de troubles somatoformes invalidants étaient réunies. Si les conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_ devaient ne pas être retenues, le recourant requerrait alors la mise en œuvre par l'intimé d'une nouvelle expertise psychiatrique auprès d'un expert désigné d'un commun accord avec lui. L'intimé a conclu au rejet du recours par réponse du 26 juillet 2013, maintenant sa position quant à la valeur probante de l'expertise du

- 15 - Dr D. \_\_\_\_\_, ajoutant notamment que la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'était pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Par réplique du 9 août 2013 le recourant a modifié sa conclusion subsidiaire en ce sens qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre, le renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction étant dès lors plus subsidiaire. H. a) Le Tribunal de céans a ordonné, selon écriture du 12 août 2013, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, mandatant pour cela et en accord avec les parties, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier estimant nécessaire de pouvoir disposer d'un examen somatique récent, une expertise sur ce plan a été réalisée par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecin interne générale et en rhumatologie. b) Le Dr N. \_\_\_\_\_ a rédigé un rapport d'expertise le 6 juin 2014, sur la base du résumé par le Dr T. \_\_\_\_\_ du dossier de l'OAI, des documents obtenus auprès du Dr P. \_\_\_\_\_, du dossier radiologique apporté par le recourant et de l'examen de ce dernier du 21 mai 2014. On extrait de ce rapport ce qui suit : « Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : Arthrose des deux chevilles avec probable ostéochondromatose. Troubles dégénératifs rachidiens. Suspicion d'arthrose de hanche gauche et d'épaule gauche. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : Maladie de Forestier (hyperostose vertébrale ankylosante). Possible rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie séronégative. Discussion [...] Du résumé du dossier, on retient l'existence avérée de pathologies somatiques de type dégénérative reconnue par tous les médecins ayant examiné l'assuré. Ces anomalies ne peuvent cependant expliquer l'intensité du syndrome douloureux et sa résistance à tous les traitements.

- 16 - Les plaintes de l'assuré confirment l'existence d'un syndrome douloureux de très haute intensité, pratiquement non influencé par les traitements physiques ou médicamenteux. Les douleurs sont généralisées, prédominant sur la face antérieure des cuisses mais touchant également la région cervico-scapulaire à prédominance gauche, les épaules, à prédominance gauche, la région lombo-fessière, à prédominance gauche, les genoux, les chevilles et les pieds. Ces douleurs s'accompagnent d'importants troubles du sommeil, d'un mauvais moral, d'épisodes d'énervement. On relève un isolement social progressif chez un assuré qui n'effectue pratiquement aucune tâche ménagère et reste la plupart du temps cloîtré dans son appartement à regarder la télévision couché sur un canapé. Il a abandonné les traitements de physiothérapie ou de chiropratique qui n'entraînaient pas d'amélioration voire aggravaient les douleurs. On relève l'absence d'éléments pouvant

évoquer un contexte de rhumatisme inflammatoire tels qu'un psoriasis, une maladie inflammatoire oculaire, urinaire ou digestive. L'examen de l'assuré nous met en présence d'un homme de 53 ans avec une obésité à prédominance tronculaire et abdominale. Tout au long de l'entretien et également lorsqu'il ne se sait pas observé, l'assuré adopte un air triste, ne souriant jamais, exprimant à maintes reprises ses douleurs par des soupirs voire des gémissements, ne participant que très médiocrement aux tests proposés, annonçant des douleurs à la palpation même superficielle tant du tronc que des membres, de façon prédominante du côté gauche. Dans ce contexte, les données de l'examen clinique ne sont que très difficilement interprétables, notamment en ce qui concerne les mobilités articulaires. Il y a cependant certainement une limitation de la mobilité des deux chevilles, probablement une limitation objective de la mobilité de la hanche et de l'épaule gauches. On ne retrouve cependant pas de signe d'inflammation articulaire. Les clichés radiologiques à disposition confirment l'existence de troubles dégénératifs assez marqués au niveau des chevilles et de l'articulation tibio- astragalienne. Il y a également au niveau cervical des troubles dégénératifs modérés et une ossification ligamentaire antérieure réalisant des ponts osseux intervertébraux alors que les espaces discaux sont conservés. Ces images sont compatibles avec une Maladie de Forestier, diagnostic déjà évoqué dans le dossier à disposition. Cette maladie hyperostotante peut expliquer un enraidissement rachidien mais, classiquement, ne s'accompagne pas de douleurs et ne peut pas être tenue responsable pour le syndrome douloureux. Au total, sur le plan rhumatologique, je retiens différents diagnostics déjà évoqués par mes confrères : une arthrose des deux chevilles avec une probable ostéochondromatose, une maladie de Forestier, des troubles dégénératifs rachidiens modérés, une suspicion d'arthrose de hanche et de l'épaule gauches. Du point de vue somatique, on peut constater, en accord avec le médecin traitant, une aggravation progressive de la situation et des troubles dégénératifs. A côté des troubles dégénératifs rachidiens et de l'hyperostose ankylosante, il y a quelques signes compatibles avec des inflammations des enthèses vertébrales pouvant suggérer la possibilité d'un rhumatisme inflammatoire surajouté de type spondylarthropathie séronégative. Il manque cependant pour retenir ce diagnostic plusieurs autres critères, notamment un syndrome inflammatoire biologique et une efficacité des médicaments anti-inflammatoires. Les anomalies somatiques objectivées s'accompagnent de limitations fonctionnelles, à savoir : pas de ports de charge au niveau du membre supérieur gauche, pas de longs déplacements ou d'utilisation d'escaliers. Une activité de type sédentaire et peu contraignante serait souhaitable. Force est cependant de constater que les anomalies somatiques décrites ne peuvent expliquer l'importance du syndrome douloureux, sa chronicité et surtout

- 17 - sa résistance à tous les traitements proposés. Notre évaluation commune nous a conduit à retenir un trouble somatoforme douloureux persistant qui remplit, depuis l'année 2011, des critères de gravité particulière. En effet, on se retrouve devant un assuré qui paraît souffrir de manière authentique et qui paraît être arrivé au bout de ses ressources. La gravité de ce syndrome somatoforme justifie une incapacité de travail complète, quelle que soit l'activité envisagée. J'ai dès lors renoncé à effectuer de nouveaux clichés radiologiques dont les résultats ne modifieraient pas l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. » c)

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 23 juin 2014, sur la base de deux entretiens avec le recourant, de l'examen et du rapport d'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_, et du dossier médical de l'expertisé. On extrait de ce rapport ce qui suit : « 8. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 ou le DSM IV. Pourquoi (motivation) ? Trouble mixte de la personnalité (F61 .0) Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45 .4)

Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) Trouble de l'humeur persistant (F34.8) Il est particulièrement difficile de poser un diagnostic chez cet expertisé tant l'examen psychiatrique, tout comme l'examen somatique, est parasité par l'ampleur des plaintes au point qu'il est quasiment impossible de déterminer objectivement les troubles psychiques ou somatiques que présente l'expertisé. Le rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ du 10 octobre 2000 avait retenu un diagnostic de traits de personnalité obsessionnelle et dépendante. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 3 juin 2005 avait estimé qu'un diagnostic de trouble de la personnalité ne pouvait pas être retenu. Le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 12 juin 2012 n'a pas mentionné ce diagnostic. Or il est frappant de constater que l'histoire de cet expertisé s'arrête, pour ainsi dire, en 1996. En effet depuis ce moment-là il se montre totalement incapable de s'adapter à une situation médicale nouvelle qui implique des limitations fonctionnelles physiques. Malgré des tentatives de réadaptation professionnelle, il est totalement incapable de reprendre une activité professionnelle et les plaintes de douleurs envahissent progressivement tout le champ de conscience et tout le corps. Une telle évolution, même si elle se rencontre, manifeste des capacités d'adaptation très limitées. J'estime donc qu'elle justifie un diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec des traits de personnalité dépendante et obsessionnelle même si l'on est à la limite du seuil diagnostic. D'autre part, on pourrait également envisager un diagnostic de modification durable de la personnalité en raison du changement de caractère de l'expertisé au fil des années depuis la survenue de son atteinte à la santé. Je préfère néanmoins conserver le diagnostic de trouble mixte de la personnalité qui me paraît plus adéquat. A la suite de l'examen rhumatologique du Dr N. \_\_\_\_\_ du 21 mai 2014, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est justifié en raison des plaintes de douleurs ubiquitaires et de l'absence de substrat lésionnel identifiable. Je pose également un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques tant les plaintes somatiques sont envahissantes. Mais

- 18 - il faut souligner que les plaintes psychiques sont également nettement amplifiées. Enfin le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a pas posé de diagnostic de trouble dépressif ou d'un trouble du spectre des troubles affectifs ou de l'humeur. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ et le Dr D. \_\_\_\_\_ ont tous les deux posé un diagnostic de dysthymie alors que les médecins traitants ont toujours posé un diagnostic de trouble dépressif moyen ou sévère. Cette différence d'appréciation ne tient vraisemblablement pas exclusivement au fait de la proximité des médecins traitants et de leur empathie pour l'expertisé mais également de la difficulté du diagnostic lui-même. En effet ce trouble dépressif semble n'avoir pas évolué au cours du temps ou du moins n'avoir jamais cédé fluctué au cours du temps comme c'est habituellement le cas. Ce qui frappe particulièrement chez cet expertisé c'est l'émoussement affectif. Au cours de tous les entretiens que j'ai eus avec lui, il n'y a eu qu'un seul instant où j'ai eu l'impression qu'il y avait une flamme de vie et d'intérêt c'est au moment où il a évoqué son petit-fils qui vit avec lui, lors du deuxième entretien. Mais lorsque j'ai tenté de retrouver cette flamme de vie, lors de l'examen avec le Dr N. \_\_\_\_\_, l'expertisé n'a plus manifesté cet intérêt. Il y a donc une "régression" avec une anhédonie, un désinvestissement affectif de toutes les relations, un isolement ("je suis dans un autre monde") social et affectif, des passages à l'acte suicidaire scénarisés sur un mode théâtral ("J'ai essayé de me jeter par le balcon. J'ai essayé de planter un tournevis dans la poitrine."). La relation avec l'expertisé est difficile car il n'est quasiment jamais possible d'établir une connivence et tout humour est absent. J'estime que le diagnostic de trouble dépressif n'est pas satisfaisant car le trouble de

l'humeur n'est pas marqué. La tristesse n'est pas manifeste. Il s'agit comme je l'ai expliqué ci-dessus d'un émoussement affectif, d'une régression générale plus que d'une tristesse. J'estime par contre que le diagnostic de dysthymie est insuffisant car il donne à croire que le trouble de l'humeur est de très faible intensité. A défaut de mieux je pose un diagnostic de trouble de l'humeur persistant qui me semble rendre compte de la persistance sans changement notable d'un trouble de l'humeur non spécifique. 9. Discussion Cet expertisé présente de très longue date une atteinte à la santé somatique qui a été au fil des ans en s'aggravant. Cette atteinte à la santé a dès le départ donné lieu à des conflits asséurologiques dans un premier temps pour déterminer s'il s'agissait d'un cas d'assurance maladie ou d'assurance accident puis ensuite pour déterminer si l'atteinte à la santé était propre à limiter la capacité de travail de l'expertisé. Depuis près de dix-sept ans l'expertisé n'a plus travaillé dans le premier marché du travail. Et il est évident qu'il ne recouvrera pas de capacité de travail. Actuellement cet expertisé présente du point de vue médical somatique une incapacité de travail totale en raison d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et particulièrement grave, comme l'a expliqué le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 6 juin 2014. Du point de vue psychiatrique, les atteintes à la santé ne représentent pas une comorbidité psychiatrique importante ou majeure par sa gravité et son acuité. Néanmoins cette atteinte à la santé psychique est suffisamment importante par l'état de régression pour justifier également une incapacité de travail totale en raison de l'émoussement affectif et du retrait social de l'expertisé qui n'est plus à même de supporter des relations sociales indispensables dans toute activité professionnelle. Je considère que la première condition d'actualiser une capacité de travail est la capacité à entretenir des relations sociales et à supporter des relations par moment conflictuelles. Lorsqu'une telle capacité à entretenir des relations sociales n'est plus donnée, la capacité de travail doit être considérée comme quasiment nulle.

- 19 - D'autre part cet expertisé présente un tel état de régression qu'il est devenu incapable de mémoriser de nouvelles tâches et de s'investir dans une activité. Même chez lui, il ne fait quasiment rien et se décrit comme un fardeau pour ses proches. Une activité professionnelle n'est donc plus exigible chez un expertisé qui a épuisé toutes ses ressources psychiques. Il est un fait que les affections somatiques dont souffre l'expertisé sont présentes sans rémission depuis plus de dix-neuf ans avec une aggravation progressive. Le syndrome douloureux somatoforme est présent depuis 2000 au moins et n'a pas connu de régression. L'expertisé, comme il le dit lui-même, vit dans un autre monde. On peut considérer qu'il y a une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. L'expertisé ne sort quasiment jamais de chez lui, si ce n'est pour se rendre aux rendez-vous médicaux ou accompagner son épouse faire des emplettes. Il vit replié chez lui, s'enfermant même dans sa chambre au point que ses proches ont retiré les clefs des portes. Il frappe également l'expert comme je l'ai mentionné plus haut par l'émoussement affectif et le désinvestissement affectif de toutes les relations. Malgré un traitement psychiatrique poursuivi depuis 2000 de manière continue, l'état de santé psychique de l'expertisé n'a pas été modifié et s'est aggravé progressivement. On peut donc considérer qu'il s'agit d'un état cristallisé sans aucune évolution possible. Tous les traitements somatiques et psychiatriques n'ont pas permis à ce jour d'enrayer ou d'amender la symptomatologie douloureuse de cet expertisé. En conséquence, du point de vue médical, cet expertisé n'a plus aujourd'hui de capacité de travail qu'il pourrait actualiser dans le premier marché du travail. Il appartient à la cour de céans de déterminer si du point de vue juridique l'atteinte à la santé peut être considérée comme justifiant l'incapacité de travail décrite. Ces conclusions s'écartent des

conclusions du rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2012. J'ai expliqué plus haut les motivations des diagnostics que je posais et qui tenaient compte des différents diagnostics posés à ce jour par les experts et les médecins traitants. Mais la différence la plus importante réside dans l'évaluation de la capacité de travail de l'expertisé puisque pour le Dr D. \_\_\_\_\_ cette capacité est pleine et entière et que [je] l'estime nulle. Il est toujours surprenant et gênant que deux experts parviennent à des conclusions à ce point opposées. Mais si je m'étais contenté d'un examen psychiatrique, il est vraisemblable que j'aurais considéré que la capacité de travail de l'expertisé était encore donnée. Mais c'est en raison de l'examen somatique, auquel j'ai tenu à assister, que mon évaluation a été modifiée. C'est bien en raison d'une atteinte somatique et de la présence d'un syndrome douloureux somatoforme grave et persistant depuis de nombreuses années que mon évaluation de la capacité de travail est totalement différente de celle du Dr D. \_\_\_\_\_ Enfin il faut déterminer à partir de quand la capacité de travail n'est plus donnée. Il est vraisemblable que depuis janvier 2011, date du décès du père de l'assuré, l'état de santé de l'expertisé s'est aggravé. » d) L'OAI s'est déterminé sur les expertises précitées le 15 juillet 2014, reprenant les conclusions d'un avis médical du 8 juillet 2014 du Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR. Ce dernier a notamment retenu que l'expert Dr T. \_\_\_\_\_ ne détaillait pas les critères lui faisant retenir le diagnostic de trouble mixte de la personnalité et mentionnait qu'il se manifestait depuis 1996, alors que l'on ne retrouvait pas les caractéristiques d'un tel trouble dans les antécédents du recourant. Une perte d'intégration sociale avérée dans tous les domaines de la vie ne pouvait être retenue, le recourant se

- 20 - rendant une fois par année au Portugal et s'occupant notamment de son petit-fils. Il ne pouvait non plus être retenu un état cristallisé et l'échec des traitements, au vu de la difficulté relevée par l'expert à déterminer objectivement les troubles psychiques ou somatiques, et au vu du fait que la compliance au traitement médicamenteux n'avait pas été démontrée. Enfin, le Dr T. \_\_\_\_\_ mentionnait que s'il s'était contenté de l'examen psychiatrique, il aurait vraisemblablement considéré la capacité de travail différemment, ce qui confirmait l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a conclu qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique suffisamment sévère, intense, marquée et durable permettant de justifier le caractère incapacitant du syndrome douloureux somatoforme persistant. Si une affection corporelle chronique ou un processus maladif pouvait être considéré, il n'existait pas de perte d'intégration sociale avérée dans tous les domaines de la vie, d'état psychique cristallisé ou d'échec de traitement conforme aux règles de l'art. Ainsi, il ne pouvait être retenu une incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. e) Le recourant s'est rallié aux conclusions du Dr T. \_\_\_\_\_ par écriture du 29 août 2014, observant notamment qu'elles rejoignaient celles du Dr L. \_\_\_\_\_. Il a dès lors confirmé sa conclusion principale. Par courrier du 4 septembre 2013, le recourant a encore produit un courriel envoyé le 2 septembre 2014 par le Dr L. \_\_\_\_\_, lequel se ralliait à l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ et relevait que le SMR ne prenait pas en compte l'intégralité de la situation clinique et les inévitables répercussions de l'état somatique sur l'état psychique et réciproquement, ce qui était pourtant courant dans de telles pathologies très intriquées et particulièrement invalidantes. 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)

- 21 - s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI).

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 – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Selon l'art. 93 let. a LPA-VD, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer. 2. Est litigieuse en l'espèce la question du droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité au regard de sa capacité de travail résiduelle dans une activité réputée adaptée à son état de santé. 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 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 al. 1 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

- 22 - sa santé physique, mentale ou psychique. (En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.) b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins. c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. d) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (art. 8 LPGA), l'impotence (art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al.

2 sont remplies (al. 3).

- 23 - Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner 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. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, le tribunal ne contrôle pas si les conditions de l'entrée en matière selon l'art. 87 RAI étaient remplies (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). e) Pour pouvoir fixer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

- 24 - 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 plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). f) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être

considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

- 25 - 4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité (cf. ATF 139 V 547 consid. 6 à 9). Au contraire, il existe une présomption que 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. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un

- 26 - état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 139 V 547 consid. 9.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2 ; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1 et les références). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très

démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 in fine ; 131 V 49 consid. 1.2 in fine ; TF 9C\_183/2008 du 18 mars 2009 consid. 5.2). 5. a) Dans la mesure où une première décision de refus de prestations avait été rendue par l'OAI et conformément à l'art. 17 LPGA (cf. supra consid. 3d), il s'agit d'examiner si le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable depuis lors. Pour ce faire, il convient de comparer l'évolution de sa situation médicale entre le 30 janvier 2008, date de la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits et

- 27 - une appréciation des preuves conforme au droit, et le 29 mai 2013, date de la décision litigieuse. b) En l'espèce, l'intimé a reconnu déjà à l'occasion de sa toute première décision du 30 novembre 2000, que le recourant présentait des limitations fonctionnelles dues à ses atteintes physiques, l'empêchant d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur, ainsi que toute activité lourde. Le recourant ne conteste pas cette analyse, que le Tribunal de céans ne peut que suivre, vu les pièces au dossier. c) Le litige porte singulièrement sur la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. A cet égard, l'intimé a considéré que l'intéressé présentait une capacité de travail pleine et entière dans une activité sédentaire, ceci sur la base de l'expertise psychiatrique du Dr D.\_\_\_\_\_. Ce dernier n'a retenu aucune atteinte invalidante sur le plan psychiatrique. Il n'a toutefois pas relevé de discordance entre les plaintes du recourant et les atteintes somatiques objectivables et n'a pas jugé nécessaire une investigation sur ce plan. L'on relève toutefois qu'en cas de troubles psychiques et lorsque les plaintes sur le plan somatique sont importantes, il est nécessaire d'investiguer sur les deux plans, afin d'examiner l'influence des atteintes les unes sur les autres. Au vu des divergences importantes entre le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ et ceux du Dr L.\_\_\_\_\_, fort détaillés, le Tribunal de céans a estimé qu'il n'était pas suffisamment renseigné sur l'état de santé du recourant. Il se justifiait dès lors de mettre en œuvre une expertise judiciaire (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2). Le Dr T.\_\_\_\_\_ a expressément relevé la nécessité de disposer d'un examen somatique récent, ce qui a donné lieu à la mise en œuvre d'une expertise également sur ce plan. d) Tant le rapport d'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ que celui du Dr N.\_\_\_\_\_ satisfont aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et emporter la conviction (cf. supra consid. 3e). En effet, se rapportant de manière systématique au dossier médical, les experts ont procédé à l'anamnèse utile, relevé les

- 28 - plaintes alléguées et les réponses ponctuellement données à celles-ci. Ils ont ensuite procédé, dans chacune des deux problématiques médicales spéciales, aux examens et observations cliniques nécessaires. La description du contexte médical est claire et fouillée, et l'appréciation du cas par chaque spécialiste l'est tout autant. Les conclusions de chaque volet de l'expertise sont dûment motivées, fondées sur des observations cliniques dûment consignées et après discussion quant aux avis divergents. Le Dr T.\_\_\_\_\_ explique en particulier de manière précise pour quelles raisons et dans quelles mesures il tient compte des résultats obtenus par le Dr N.\_\_\_\_\_. Partant, le présent litige doit être tranché à la lumière des considérations et des conclusions de l'expertise judiciaire bi-disciplinaire précitée. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects

médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) Sur le plan somatique, le Dr N.\_\_\_\_\_ retient en définitive, outre les atteintes objectivables et non contestées d'arthrose des deux chevilles, de troubles dégénératifs rachidiens, de maladie de Forestier et de suspicion de la hanche et de l'épaule gauches, l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant de très haute intensité.

- 29 - L'intimé n'émet aucune critique à l'égard des conclusions du Dr N.\_\_\_\_\_. En particulier, il ne nie pas l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, dont il ne conteste que le caractère invalidant, au vu de l'absence selon lui d'une comorbidité psychiatrique suffisamment sévère, intense, marquée et durable, et de l'absence de réalisation d'autres critères permettant de retenir le caractère invalidant de ce trouble (cf. supra consid. 4). f) Le Dr T.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics de trouble mixte de la personnalité, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de trouble de l'humeur persistant. Contrairement à ce que soutient le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son avis du 8 juillet 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_ explique précisément ce qui lui fait retenir le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, ce dernier lui paraissant le plus adéquat par opposition à d'autres, bien qu'à la limite du seuil diagnostic. Il explique ensuite expressément pourquoi il s'écarte des diagnostics posés par ses confrères de trouble dépressif – le trouble de l'humeur n'étant pas marqué et la tristesse non manifeste –, mais également de dysthymie, ce dernier étant insuffisant, car donnant à croire que le trouble de l'humeur est de très faible intensité. Les critiques du Dr Z.\_\_\_\_\_ concernant la perte d'intégration avérée dans tous les domaines de la vie doivent également être écartées. En effet, le Dr T.\_\_\_\_\_ observe que le recourant ne sort pratiquement plus de chez lui, s'enfermant même dans sa chambre au point que ses proches ont retiré les clés des portes. L'expert insiste particulièrement sur l'émoussement et le désinvestissement affectifs de toutes les relations, se manifestant même à l'égard du petit-fils du recourant, qui est pris en charge par son épouse (cf. p. 7 et 11 du rapport du Dr T.\_\_\_\_\_). Contrairement à ce qu'allègue l'intimé, ce n'est pas le recourant qui s'occupe du petit-fils. Et également contrairement à l'avis de l'intimé, les

- 30 - Drs T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ (à la p. 5 de son rapport) relèvent une perte d'intégration sociale ; le recourant n'a pas d'activité associative ou autre, a progressivement perdu contact avec ses collègues de travail et n'a que parfois la visite de ses frères, tandis que lui-même a tendance à vivre replié chez lui. L'état psychique de l'expertisé s'est aggravé progressivement, malgré un traitement psychiatrique poursuivi depuis 2000 de manière continue, de sorte que, selon le Dr T.\_\_\_\_\_, on peut considérer cet état comme cristallisé sans aucune évolution possible. L'appréciation contraire du Dr Z.\_\_\_\_\_ n'est qu'une appréciation différente d'une même situation, les conclusions de l'expert l'emportant sur l'avis du SMR. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il n'explique pas les raisons pour lesquelles il ne retient pas de perte d'intégration, se contentant de dire qu'une dysthymie n'entraîne pas de repli social. Ce médecin ne mentionne même pas le petit-fils du recourant

– contrairement au Dr T. \_\_\_\_\_ (cf. p. 7 ch. 5 et p. 10 ch. 8 de son rapport) –, si ce n'est que sa fille aînée a deux enfants en bonne santé, ce qui n'est pas vraiment le cas, puisque le petit-fils est né avec un glaucome qui nécessite des traitements suivis (cf. rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ cité). Si le Dr T. \_\_\_\_\_ relève la difficulté à poser des diagnostics précis dans le cas du recourant, il est toutefois catégorique dans ses conclusions, en particulier concernant l'importance évidente des troubles psychiques, bien plus élevée que retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_, et ce malgré l'amplification reconnue des plaintes. Il est vrai qu'il admet que du point de vue psychiatrique, les atteintes à la santé du recourant ne représentent pas une comorbidité psychiatrique importante ou majeure par sa gravité et son acuité. Il déclare néanmoins expressément que cette atteinte est suffisamment importante pour justifier une incapacité de travail, le recourant n'étant plus à même de supporter des relations sociales, étant devenu incapable de mémoriser de nouvelles tâches et de s'investir dans une activité, et ayant épuisé toutes ses ressources psychiques. Finalement, il ne peut être reproché à l'expert T. \_\_\_\_\_ d'avoir retenu une incapacité entière de travail en raison des résultats obtenus par le Dr N. \_\_\_\_\_. En effet, dans une situation où les plaintes

- 31 - somatiques sont envahissantes, mais non objectivables, ou du moins seulement en partie, une analyse et une discussion bi-disciplinaire est nécessaire, les résultats de l'analyse psychiatrique ne pouvant se passer de tenir compte de l'analyse sur le plan somatique. Ceci est d'ailleurs précisément la raison pour laquelle le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ ne peut se voir conférer pleine valeur probante. Contrairement à ce dernier, l'expert judiciaire Dr T. \_\_\_\_\_ a assisté à l'examen somatique du recourant par un spécialiste interniste et rhumatologique, le Dr N. \_\_\_\_\_, et s'est entretenu avec celui-ci. Grâce à cette concertation avec le Dr N. \_\_\_\_\_, le Dr T. \_\_\_\_\_ a pu constater l'intensité des plaintes et la détresse du recourant, alors que le Dr D. \_\_\_\_\_ avait nié cette intensité et la détresse sans donner plus d'explications, ni se fonder sur des constatations récentes d'un autre expert sur le plan somatique. Aussi, si le Dr T. \_\_\_\_\_ est prudent dans son examen du cas, en raison de la difficulté avouée à poser un diagnostic, il doit être suivi dans ses conclusions, lesquelles emportent la conviction au degré de la vraisemblance prépondérante, l'intimé n'amenant pas d'élément de nature à remettre sérieusement en cause son évaluation. g) En définitive, à la lumière des rapports d'expertises des Drs N. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, et de la jurisprudence précitée (cf. supra consid. 4), il doit être retenu que le recourant présente un trouble somatoforme douloureux persistant entraînant une incapacité totale de travailler dans toute activité professionnelle, la situation s'étant nettement aggravée par rapport à celle prévalant en janvier 2008. Le processus maladif s'étend sur de nombreuses années (dès 1996) sans rémission durable, voire avec une majoration de symptômes physiques. L'état psychique est cristallisé, sans aucune évolution possible, selon le Dr T. \_\_\_\_\_, le recourant ayant épuisé toutes ses ressources. Selon les Drs N. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, les traitements somatiques et psychiatriques, que le recourant a effectivement suivis pendant de nombreuses années, n'ont pas permis d'enrayer ou d'amender la symptomatologie douloureuse. De plus, le

- 32 - recourant, qui se replie sur lui, même par rapport à sa famille, a perdu son intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Dans cette mesure, on ne peut admettre qu'un effort de volonté soit exigible de la part du recourant pour surmonter les troubles somatoformes douloureux. Le recourant a de ce fait droit à une rente entière d'invalidité. Les experts ont retenu que le syndrome douloureux somatoforme persistant remplissait des critères de gravité particulière depuis l'année 2011. Il est constant que l'aggravation

permettant d'accroître le droit a duré plus de trois mois (cf. art. 88a al. 2 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Cela étant, le droit à une rente entière prend en l'occurrence naissance le 1er avril 2011, soit dès le mois au cours duquel l'assuré a présenté la demande de prestations ayant conduit à la décision entreprise (cf. art. 88bis al. 1 let. a RAI dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2011, la nouvelle du 16 novembre 2011 n'ayant entraîné qu'une modification de nature rédactionnelle, RO 2011 5679). 6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est due au recourant dès le 1er avril 2011. Il appartiendra à l'intimé de calculer le montant des rentes et des intérêts dus sur les arriérés. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 francs. Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens (art. - 33 - 61 let. g LGPA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), à savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables de son conseil (art. 7 al. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, au regard de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 7 al. 3 TFJAS ; art. 55 al. 2 LPA-VD).

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