

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 janvier 2010

Présidence de M. NEU
Juges : M. Zbinden, et M. Monod, assesseurs
Greffier : Mme Rouiller

Cause pendante entre :

Z._____ à **Y.**_____, recourant, représenté par l'avocat Albert von Braun,
à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD (ci-
après : OAI), à Vevey, intimé.

Art. 8 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ né le 16 janvier 1964, originaire du Kosovo, marié, père de quatre enfants, établi en Suisse depuis 1986, bénéficiaire d'un permis C, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 5 avril 2004. A l'appui de sa requête, il a indiqué souffrir de troubles consécutifs à un accident de travail survenu le 24 février 2003, au cours duquel il a été brûlé sur la partie supérieure droite du corps (cou et main) et a inhalé de la fumée, ce qui a lésé ses cordes vocales.

Sur le plan strictement somatique, Z._____ a été jugé apte à reprendre son travail à 50 % trois mois après l'accident. Cependant, la persistance de plaintes importantes - en particulier des maux de tête, des vertiges et des limitations fonctionnelles de la main droite - a réduit à néant toute tentative de reprise d'une activité professionnelle (Dr A._____, chirurgie plastique reconstructive au B. _____, rapports des 28 juillet et 20 décembre 2003, et C._____, médecin d'arrondissement SUVA Lausanne, rapport du 6 août 2003).

Le 22 août 2003, le D._____ spécialiste FMH en neurologie, relevait des hémicrâniées droites et une douleur latéro-cervicale droite probablement en relation avec une irritation radiculaire haute au niveau C2-C3. Il notait également la présence de troubles à investiguer, soit une dysphonie et un flux légèrement accéléré au niveau des deux carotides internes, plus marqué à gauche.

L'assuré a séjourné du 3 au 29 septembre 2003 à la PP._____. Dans un rapport du 9 octobre 2003 signé par la Dresse E._____ médecin-assistant au service de réadaptation générale et reprenant les constatations faites lors du consilium du 12 septembre 2003 avec le Dr F._____, médecin-chef du service psychosomatique, la PP._____ a posé les diagnostics de "thérapie physiques et fonctionnelles

(Z50.01)" (diagnostic primaire), "status après brûlures au deuxième degré intermédiaire de la région cervicale et de la main droite le 24 février 2003, syndrome d'inhalation le 24 février 2003, dysphonie sur paralysie corde vocale gauche et douleurs latéro-cervicales droites d'origine musculaires" (diagnostics secondaires). Un "trouble anxieux non spécifique (F41.9)" sévissant en tant que comorbidité a aussi été noté. En outre, un soutien psychologique semblait indispensable à cet assuré anxieux, persuadé d'être gravement atteint, et dont l'incapacité de travail s'était, pour le seul motif psychiatrique, prolongée de quatre semaines à la sortie de la PP._____.

Le 20 octobre 2003, le Dr G._____, spécialiste FMH ORL au B. _____, a noté une légère atteinte auditive probablement en lien avec l'environnement bruyant dans lequel le patient travaillait avant son accident. Il a aussi constaté un "comportement musculaire cervical" et une dysphonie de type hyperfonctionnelle sévère, troubles certainement induits par une lésion des cordes vocales sur un syndrome d'inhalation.

D'après les rapports des 6 et 25 novembre 2003 de la Dresse H._____ du Service d'ORL et de chirurgie faciale du B. _____, la sévère dysphonie hyperfonctionnelle développée par l'assuré du fait de ses brûlures a été efficacement traitée et l'œdème de Reinke présent sur les cordes vocales du patient au moment de l'examen était lié à son tabagisme et non à l'inhalation de fumée.

Dans son rapport du 12 novembre 2003, le Dr I._____ médecin d'arrondissement de la SUVA Lausanne, a indiqué que, dès le 13 novembre 2003, les suites directes objectivables de l'accident n'empêchaient pas l'exercice de l'activité antérieure à mi-temps et que les difficultés du patient, essentiellement psychiques, étaient indépendantes du sinistre incriminé.

Le 16 décembre 2003, le Dr D._____ constatait la persistance d'hémicrânies associées à un probable phénomène de tendomyogélose ou de migraine associée à une dysfonction cervico-occipitale.

Le 4 juin 2004, la Dresse H._____ diagnostiquait des douleurs paracervicales et de la nuque à droite s'étendant au bras droit, ainsi qu'un d'état anxio-dépressif post-traumatique réactionnel; elle constatait également une dysphonie hyperfonctionnelle compensatoire sans influence sur la capacité de travail et le pronostic lui paraissait globalement bon. Dans un rapport ultérieur (16 septembre 2004), elle relevait qu'avec la rééducation logopédique suivie par le patient, l'évolution vocale était lentement satisfaisante.

Dans son expertise psychiatrique du 19 juillet 2004, le Dr L._____ a posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant (CIM-10 F45.4), les plaintes douloureuses étant décrites comme intenses et invalidantes, sans substrat organique. En outre, la présence de vertiges psychogènes pouvait correspondre soit à mécanisme appelé dissociatif par la CIM 10, soit un à trouble anxieux sans précision, probable trouble de panique atypique (F41.9). Le pronostic était assombri par la présence du syndrome douloureux somatoforme persistant, et l'incapacité de travail était totale jusqu'à fin février 2005.

Pour le Dr D._____ (rapport du 5 avril 2005), l'examen neurologique était dans les limites de la norme. La présence de points douloureux à la palpation de toute la musculature péricrânienne - et tout particulièrement dans la région occipitale droite - permettait d'évoquer une douleur de type tendomyogélose, éventuellement dans un contexte de syndrome somatoforme, trouble qui semblait chronifié au moment du rapport (cf. p. 3). Le pronostic paraissait "plutôt sombre" à ce médecin, qui relevait en outre le peu d'efficacité des traitements antalgiques entrepris (même page).

Le 10 mai 2005, le Dr C._____ relevait qu'au plan somatique, les séquelles de l'accident du 24 février 2003 étaient minimes. Elles se manifestaient par de discrètes cicatrices à la face dorsale de la main droite, sans répercussion fonctionnelle notable et ne justifiaient ni incapacité de travail, ni indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Les

douleurs touchant l'hémiface droite - qui constituaient la plainte principale du patient - restaient d'étiologie peu claire et sans lien avec l'accident, tandis que les problèmes laryngés devaient être investigués et les troubles psychiques diagnostiqués par l'expert D. _____ devaient "faire l'objet d'une indemnisation en capital".

Dans ses rapport des 4 juillet 2005 et 22 août 2005, la Dresse I. _____, psychiatre, diagnostiquait un épisode dépressif chronique, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une perte de l'intégrité physique (vertiges, douleurs), troubles influençant la capacité de travail. Il y avait aussi des séquelles de brûlures du second degré au cou, à la face et à la main droite, ainsi qu'une irritation des cordes vocales sans influence sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, le pronostic paraissait très pessimiste malgré l'absence d'éléments de la lignée psychotique. Dans ce domaine, les différentes tentatives de traitement par anti-dépresseur s'étant soldées par un échec (effets secondaires), la thérapie comportementale permettait d'"éviter une dégradation de l'état psychique thymique". En définitive, l'incapacité de travail était totale pour ce patient ayant perdu toute capacité à supporter le moindre stress et à assurer le moindre travail.

Le 14 décembre 2005, le SMR (Dr K. _____) proposait de soumettre une nouvelle fois le cas à l'expert psychiatre, le Dr L. _____.

Dans son expertise du 12 avril 2006, le Dr L. _____ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble anxieux dépressif mixte (F41.2) sévissant probablement depuis le mois de février 2003. Au sujet de ces diagnostics, et de la capacité de travail résiduelle du patient, le médecin a fourni les explications suivantes :

(...) Diagnostic (selon la CIM-10)

Le tableau clinique reste relativement atypique. Il comprend en premier lieu des plaintes douloureuses, qui apparaissent aux somaticiens disproportionnées par rapport aux constatations objectives. En particulier les séquelles physiques de l'accident du 24/2/2003 sont qualifiées de minimales. Ces douleurs sont liées à un contexte psycho-social problématique (difficulté de réinsertion dans la vie active après un accident de travail) et peuvent donc être

qualifiées de "somatoformes", même si le trouble somatoforme douloureux a généralement un caractère plus diffus et plus "théâtralisé" que ne le sont les plaintes Z._____

Les douleurs sont accompagnées d'un syndrome anxio-dépressif, assez peu spécifique. Même si l'expertisé donne l'impression de s'être installé solidement dans le « rôle » d'un malade chronique, sans vouloir ou pouvoir en sortir, l'existence d'une pathologie psychique authentique ne (...) paraît pas faire de doute. La composante dépressive existe indéniablement, avec la présence d'éléments subjectifs (thymie abaissée, anhédonie, fatigue, etc.) et objectifs (discret ralentissement vocal et moteur, impression «sombre»). La dépression paraît chronique et intimement liée au tableau douloureux plutôt que correspondre un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10 épisode qui, comme son nom l'indique, est généralement bien délimité dans le temps et est relativement indépendant des événements. Ces caractéristiques sont absentes ici.

Il existe enfin une composante anxieuse. Il ne s'agit pas d'un état de stress post-traumatique puisqu'il manque les "flash-backs", la reviviscence du traumatisme et l'évitement spécifique. L'état anxieux comprend des éléments de type panique (peur de perdre le contrôle au volant, peur qu'il arrive quelque chose), mais tous les critères du trouble panique ne sont pas réunis. De même quelques caractéristiques de l'anxiété généralisée sont présentes (fond anxieux, manifestations visibles de tension musculaire), mais sans que tous les critères soient présents, en particulier les ruminations soucieuses permanentes.

En conclusion, M. Z._____ présente un état anxio-dépressif chronique, survenu dans les suites de l'accident de travail de février 2003, et qui s'est développé en parallèle à un trouble douloureux somatoforme. Le tableau anxio-dépressif est cliniquement indiscutable, mais il ne semble pas présenter des caractéristiques suffisamment typées pour qu'un diagnostic de trouble dépressif spécifique ou de trouble anxieux spécifique puisse être posé. Pour cette raison, je retiens le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. L'intensité de ce trouble peut être qualifiée de moyenne.

(...)

Capacité de travail

L'évaluation de la capacité de travail est difficile en raison du caractère peu spécifique des troubles psychiques, et de la présence du trouble douloureux somatoforme, dont le caractère exclusivement subjectif rend quasiment impossible une évaluation objective des répercussions fonctionnelles. Mon impression clinique est que l'expertisé est "enfermé" dans une souffrance globale, à la fois douloureuse et anxio-dépressive, qui le rend durablement incapable de travailler et de retrouver un fonctionnement social normal (...).

Au sujet du trouble douloureux somatoforme diagnostiqué (...), l'expert a encore précisé ce qui suit :

Critère 1: Comorbidité psychiatrique

L'expertisé souffre d'une comorbidité qui peut être considérée comme significative, d'intensité moyenne, et durable, puisqu'elle remonte à plus de trois ans maintenant, sans rémission.

Critère 2a : atteinte somatique

Selon les données du dossier, il n'y a pas d'atteinte somatique résiduelle notable, hormis peut-être l'atteinte ORL, non encore réglée à l'heure actuelle selon les données du dossier (cf. rapport final du médecin de la SUVA, du 11/5/2005).

Critère 2b: perte d'intégration sociale

(...).Si l'on prend les trois domaines principaux de l'"intégration" sociale (activité professionnelle, vie familiale et vie sociale), l'expertisé affirme qu'il ne travaille plus du tout, garde quelques contacts sociaux extérieurs (famille, amis), mais avec peu d'activités avec ces personnes, garde globalement de bons contacts avec sa famille proche (épouse, enfants), mais partage peu d'activités avec eux.

Sur la base des renseignements donnés par l'expertisé, il y a une perte au moins partielle d'intégration sociale dans les principaux domaines du fonctionnement social.

Critère 2c état psychique cristallisé

Les termes utilisés par le texte du TFA (conflit psychique ou profit primaire de la maladie) sont des notions inspirées d'une théorie particulière de la maladie, la théorie psychanalytique. Il s'agit d'éléments psychiques largement inconscients selon les adeptes de la psychanalyse. Il me semble discutable d'utiliser ces notions dans le cadre d'une expertise, et en tout cas en tant qu'expert non psychanalyste. Néanmoins, si, à travers ce critère, le TFA entend plus simplement que la situation doit être complètement figée sur le plan psychothérapeutique, alors on peut admettre que cette condition est remplie dans le cas de l'expertisé. C'est en effet ce que rapporte l'observation du [...] faisant état de l'échec du traitement psychothérapeutique.

Critère 2d : échec de tous les traitements

Au vu des données du dossier, ce critère est présent, puisque ni les traitements somatiques, ni les traitements psychiatriques n'ont eu d'efficacité significative sur les douleurs somatoformes.

En conclusion, certains critères du TFA sont clairement présents (2c, 2d), d'autres le sont partiellement (1, 2b), enfin un seul manque complètement (2a). Je laisse le soin aux juristes le soin de faire la pondération de ces critères. Pour ce qui est de mon appréciation clinique, je l'ai formulée plus haut (incapacité totale).

Recommandations thérapeutiques et pronostic

Toutes les ressources thérapeutiques visant la diminution des symptômes ayant été épuisées, le traitement devrait probablement s'orienter dans une autre direction : encourager et aider l'expertisé à accepter son état et à chercher un *modus vivandi* avec lui, de manière à obtenir progressivement un nouvel équilibre et à retrouver peu à peu un mode de vie un peu moins régressé. Que cette évolution puisse amener à long terme une reprise d'activité professionnelle n'est pas exclue, mais cela ne peut pas être considéré comme probable ou exigible en l'état actuel, ni dans un délai prévisible.

En conclusion, le Dr L. _____ a admis que depuis le mois de février 2003, l'assuré était totalement incapable de travailler en raison de ses troubles psychiques et que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables.

Le 26 mai 2006, le SMR (Dr K. _____) s'est rallié à l'avis de l'expert L. _____, après avoir observé que l'assuré s'était enfermé dans une souffrance globale le rendant durablement incapable reprendre une activité professionnelle, et de retrouver un fonctionnement social normal.

Dans un avis de juriste du 10 août 2006 (fiche no 4), l'OAI a indiqué que l'expert L. _____ avait laissé à l'administration le soin d'interpréter les critères utiles à l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Il a retenu que le trouble somatoforme de l'assuré n'était pas invalidant car l'atteinte somatique était minime, et il n'y avait ni perte d'intégration sociale - l'assuré ayant conservé des contacts avec ses frères et ses amis -, ni état psychique cristallisé malgré l'échec des traitements entrepris. L'office intimé était en outre d'avis que le trouble anxieux dépressif mixte ne constituait pas une comorbidité psychiatrique et que l'échec des traitements ambulatoires entrepris - seul élément mis en exergue par l'expertise - était insuffisant pour admettre que l'assuré n'avait pas les ressources psychiques pour surmonter sa douleur et reprendre une activité lucrative. En bref, il a considéré que, l'accident ayant eu lieu le 24 février 2003, il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante à l'échéance du délai de carence d'une année.

Dans une fiche d'examen du 14 août 2006 (fiche no 5), l'OAI précisait encore ce qui suit :

"(...) au vu de la description faite par l'expert, on ne peut effectivement pas retenir que le trouble anxieux dépressif mixte constitue une comorbidité (sic) psychiatrique en outre, la reconnaissance du caractère invalidant du TSD (trouble somatoforme, n.d.l.r.) c/o de jeunes assurés en l'absence de comorbidité psy doit rester exceptionnelle...

la lecture de l'expertise ne permet de retenir qu'un seul critère, à savoir l'échec de ttt (traitement, n.d.l.r) ambulatoires. Ce qui est insuffisant pour admettre que l'assuré n'a pas les ressources psy pour surmonter sa douleur et reprendre une activité lucrative ainsi le TSD n'est pas invalidant.

Reste l'atteinte somatique minime. selon le rapport d'examen final de la SUVA du 10.5.05, les séquelles de l'accident (qui sont minimales) ne justifient pas d'IT. (incapacité de travail, n.d.l.r.) le médecin d'arrondissement de la SUVA arrivait déjà à cette conclusion dans son rapport du 26.1.04

l'accident ayant eu lieu le 24.2.03 (date LM), on peut ainsi dire qu'à l'échéance du délai de carence d'une année il n'y avait pas d'atteinte invalidante.

=> refus (...)"

Dans une fiche d'entretien du 9 janvier 2007, l'OAI a rapporté comme suit les termes de l'échange intervenu avec la SUVA :

"(...) Lui explique les raisons pour lesquelles nous n'avons pas reconnu le TSD invalidant; cf fiche d'examen no 4 et 5 des 10 et 14 août 2006; l'expert laisse le soin au juriste de trancher sur l'existence des critères de Mosimann (sic) (...) 1 seul critère est rempli, ce qui est insuffisant.

Le dossier sera discuté dans le cadre de la séance AI-SUVA du 2.2.07 avec son remplaçant et M. Nicaty (OAI). Lui ai indiqué qu'il semble que nous n'allons pas revoir notre position. Par contre, nous examinerons de quelle manière indiquer dans notre préavis que nous nous écartons de l'appréciation de la LAA (sic)...

Convenu que nous attendons les résultats de la discussion du 2.2.2007 (...)"

Dans un avis de juriste du 12 février 2007 (fiche no 6), l'OAI a constaté que sur la base du même dossier, l'assurance-accidents avait accordé une rente entière à l'assuré. Considérant toutefois qu'il devenait urgent de statuer sur ce cas (cf. note du 12 novembre 2007), l'office intimé a renoncé aux autres échanges envisagés avec la SUVA.

Par projet de décision du 22 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a admis, au vu de l'expertise L._____ du 12 avril 2006, que l'assuré souffrait d'un "trouble anxieux et dépressif mixte", mais a nié tout caractère invalidant à ce trouble, ce pour les motifs ci-après :

(...) Or selon la jurisprudence, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (...). Partant, l'existence d'une comorbidité

psychiatrique doit être niée dans un tel cas. Ainsi, il convient d'abord de constater l'absence de toute comorbidité psychiatrique à votre trouble somatoforme douloureux. Vous ne réunissez pas non plus plusieurs des autres critères qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'une activité professionnelle. En effet, vous ne présentez pas d'affection corporelle chronique, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni un état psychique cristallisé. Sur le plan juridique, on doit donc nier qu'une mise en valeur de votre capacité de travail ne puisse plus être exigée de vous à 100 %. Votre trouble somatoforme ne constitue donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Quant aux séquelles somatiques de l'accident survenu le 24 février 2003, elles sont minimales et n'ont pas d'incidence sur votre capacité de travail, qui demeure totale dans votre ancienne activité de manœuvre dans un garage. (...).

Par pli du 29 novembre 2007, complété les 21 et 24 décembre 2007, puis le 16 janvier 2008, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il s'est fondé sur les conclusions de l'expert L._____, selon lesquelles "l'incapacité est totale et (...) il n'y a aucune capacité résiduelle", et il a soutenu qu'il fallait admettre dans son cas l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une importance telles que le trouble somatoforme devait être tenu pour invalidant. A titre de mesures d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre d'une "expertise formelle pour vérifier que les conséquences de l'accident (...) n'entraîne (sic) pas une incapacité de travail".

Par décision du 22 avril 2008, l'OAI a confirmé son refus de prester. Il a constaté qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, le trouble somatoforme diagnostiqué n'était pas invalidant et que l'assuré demeurait capable de travailler à plein temps. Minimales, les séquelles physiques de l'accident du 24 février 2003 étaient sans incidence sur la capacité de travail, qui demeurait également entière dans l'ancienne activité d'aide garagiste.

B. Par l'intermédiaire de l'avocat Albert von Braun, Z._____ s'est pourvu, le 22 mai 2008, contre la décision précitée. A titre principal, il a conclu à sa réforme en ce sens qu'une rente AI entière devait lui être allouée. A titre subsidiaire, il a requis une expertise psychiatrique et rhumatologique à confier à un expert neutre, ainsi que le renvoi du dossier à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision sur la base du résultat de

l'expertise à venir. Sur le fond, il a fait valoir que l'autorité intimée avait minimisé les conséquences somatiques de l'accident du 24 février 2003 et leur impact sur sa capacité de travail, cela notamment du point de vue rhumatologique et neurologique. En outre, fondé sur les avis des Drs D._____, C._____, J._____ et L._____, il a indiqué souffrir d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un trouble anxieux et dépressif mixte, d'une comorbidité pouvant être considérée comme significative, d'intensité moyenne et durable, d'une perte au moins partielle de l'intégration sociale dans les principaux domaines de fonctionnement social, ainsi que d'un état psychique et physique cristallisé, tous les traitements conformes aux règles de l'art s'étant soldés par un échec. En conclusion, il s'est estimé inapte à la réadaptation, ainsi que totalement et durablement incapable de travailler. Au sujet de l'argumentaire de l'OAI, il a encore exposé ce qui suit :

(...)

Sur le plan formel, il sied de remarquer que les explications fournies par l'autorité intimée sont lacunaires et inintelligibles. Dite autorité fournit une espèce de raisonnement juridico-médical raccourci dont on ne perçoit pas le fil conducteur et qui est totalement insuffisant eu égard au droit du recourant de connaître les raisons qui ont conduit l'autorité de 1^{ère} instance à rejeter sa demande. Il sied de remarquer que l'autorité de 1^{ère} instance conclut de façon tout à fait abrupte au rejet de la demande AI du recourant, sans procéder d'une quelconque manière à l'évaluation de sa capacité de travail, ni ne se risque à faire le calcul de préjudice économique qui en résulterait.

Pour ce motif, la décision querellée, violant de façon crasse le droit d'être entendu, faute de permettre au recourant de comprendre les raisons qui ont conduit l'autorité intimée à lui refuser tout droit à un rente, est totalement indéfendable.

(...)

L'autorité déclare fonder son appréciation médicale du cas du recourant sur l'expertise du 12 avril 2006 du [...]. A lire la décision querellée, l'autorité de 1^{ère} instance n'en retient que le fait que le recourant présente un trouble anxieux et dépressif mixte. L'analyse du 12 avril 2006 du [...] fait suite à un premier rapport tout aussi complet qu'il avait rendu le 19 juillet 2004. Ces deux expertises prennent en considération de nombreux avis de spécialistes qui se sont prononcés sur le cas du recourant, sous d'autres angles médicaux que celui de la psychiatrie. On en vient à se demander si celles-ci ont jamais été lues par l'autorité intimée avant qu'elle ne prenne sa décision!

(...)

La recourant fait grief à l'autorité intimée de n'avoir pas pris en considération la gravité de son état médical, tant sur le plan somatique que psychique. (...) Dans le cas d'espèce, l'expert mandaté par la SUVA, et qui a centralisé dans deux rapports d'expertise successifs tous les avis médicaux qui ont été donnés,

conclut à l'existence d'une incapacité de travail totale du recourant. On ne comprend pas, sur le principe, en quel honneur l'autorité de 1^{ère} instance s'écarte de l'avis pourtant clair des experts. (...).

A l'appui de son recours, l'intéressé a produit les pièces suivantes, complémentaires à celles déjà résumées ci-dessus :

- Un avis du 22 décembre 2005 du Dr M. _____ (service psychiatrique de la SUVA Lausanne), qui constatait que le traitement instauré par la Dresse J. _____, bien qu'il fût un soutien, était un échec car il ne permettait aucune amélioration de la symptomatologie algique ou de la capacité de travail.

- Un certificat médical de la Dresse N. _____, médecine interne FMH, du 16 mai 2008, faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le jour de l'accident (24 février 2003), en raison d'un syndrome somatoforme douloureux ainsi que d'une fibromyalgie et d'un "trouble psychiatrique associé". Pour le surplus, ce certificat renvoyait aux avis des Drs L. _____ et J. _____.

Dans sa réponse 8 août 2008, l'OAI a préavisé pour le rejet du recours. En se référant à ses fiches d'examen no 4 et 5 des 10 et 14 août 2006 où il a analysé l'expertise de l'expert L. _____ du 12 avril 2006 selon "les critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux", l'office intimé a constaté que l'atteinte à la santé du recourant était "compatible avec l'exercice à plein temps d'une activité lucrative, quelle qu'elle soit".

Répliquant le 6 octobre 2008, l'intéressé a contesté la lecture faite par l'OAI des expertises au dossier; il a persisté à invoquer son incapacité de travail liée à un syndrome douloureux somatoforme persistant doublé d'un trouble anxieux et dépressif mixte, et a précisé ce qui suit :

(...) Outre la mise en évidence de ces conditions cumulatives et suffisantes pour conclure à une incapacité de travail totale, on relève que les mêmes expertises psychiatriques identifient d'autres

critères plaidant en faveur d'une incapacité de travail, à savoir notamment une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé et l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art. (...)."

Dans sa duplique du 21 janvier 2009, l'OAI a répété qu'en dépit des avis de l'expert L._____, du SMR et de la SUVA, il appartenait à l'administration d'examiner les critères fixés par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme. Or son analyse a révélé que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte invalidante, vu l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme, vu l'absence d'état dépressif d'intensité sévère, l'absence d'atteinte somatique et de perte d'intégration sociale.

Dans son mémoire complémentaire du 16 février 2009, l'assuré a indiqué que la pratique de l'autorité administrative lui paraissait insoutenable dès lors qu'elle substituait sa propre appréciation à l'avis unanime des médecins consultés, comme à celui de son propre expert.

Le 15 juillet 2009, l'intéressé a produit un rapport établi le 11 juillet 2009 par son psychiatre traitant, le Dr O._____. Ledit médecin a constaté la présence d'un état anxio-dépressif chronique, ainsi que de nombreux et lourds symptômes fonctionnels; il a relevé que la pathologie psychiatrique s'était développée parallèlement à un syndrome douloureux somatoforme. Sur cette base, le recourant a indiqué souffrir d'un syndrome douloureux somatoforme persistant associé à un trouble anxieux et dépressif chronique ainsi que de lourds et nombreux symptômes fonctionnels; il a ajouté qu'il s'agissait là d'un diagnostic médical global suffisant pour "objectiver la reconnaissance d'une incapacité totale de travail".

Le 4 août 2009, le recourant a confirmé sa position et a renoncé à sa demande d'expertise complémentaire après avoir relevé que les constatations du Dr O._____cautionnaient "les conclusions médicales de l'écrasante majorité des médecins qui se sont prononcés au dossier".

Le 20 août 2009, l'OAI a produit un avis du 5 août 2009 du SMR (Dr K. _____) qui se ralliait aux conclusions de l'expertise L. _____, et a maintenu son refus de servir les prestations sollicitées.

C. Le dossier de l'assurance-accidents a été produit.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté le 22 mai 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée du 22 avril 2008, 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 est en outre recevable en la forme.

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Conformément à l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) La reconnaissance de troubles somatoformes douloureux persistants 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, consid. 5.3 et 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; au contraire, il existe une présomption que ces troubles 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 (ATF 131 V 49; 130 V 352). 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; à cet égard, une simple humeur dépressive ou un état dépressif réactionnel ne suffit pas (TF I 797/06 du 21 août 2007, consid. 4; TF I 129/02 du 29 janvier 2003, consid. 3.2 et les références).

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) ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive) (1), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), d'un 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) (3), ainsi que de l'échec des 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 (4) (ATF 130 V 352 précité). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra le caractère exigible de l'effort de volonté (TF I 506/04 du 22 février 2006, consid. 3; Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77).

d) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TFA I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En outre, 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. Ainsi, il convient 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 ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

3. a) Le recourant s'estime en droit d'être mis au bénéfice d'une rente entière d'assurance-invalidité. Invoquant les conclusions des Drs D._____, C._____, J._____, L._____, K._____et O._____ (psychiatre traitant), il soutient être totalement incapable de travailler depuis la date de l'accident à cause d'un syndrome douloureux somatoforme invalidant, et reproche à l'OAI de s'être écarté sans motivation claire des avis médicaux concordants versés au dossier.

L'office intimé lui oppose qu'il revient aux juristes et non aux médecins d'interpréter les critères posés par la jurisprudence pour définir le caractère invalidant d'un trouble somatoforme. A ce sujet, il constate qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, d'atteinte somatique, de perte d'intégration sociale, et d'état psychique cristallisé, la capacité de travail de l'assuré est totale en dépit du trouble somatoforme diagnostiqué.

b) La position de l'OAI dans cette affaire - en contradiction avec celle de la SUVA, alors même qu'il se rapporte aux mesures d'instruction diligentées par celle-ci - paraît d'entrée peu compréhensible. En effet, la décision attaquée se fonde sur le rapport d'expertise médicale du Dr L._____ du 12 avril 2006, lequel paraît clair et probant, comme le SMR (Dr K._____) l'a admis de manière constante dans ses avis des 26 mai 2006 et 5 août 2009. Ce rapport retient une incapacité de travail totale, que la SUVA qualifiera, du reste, d'invalidante. A cet égard, les fiches d'examen n°4 et n°5 des 10 et 14 août 2006 révèlent un travestissement du contenu du rapport L._____ concernant l'existence d'une comorbidité psychiatrique, laquelle paraît clairement posée et expliquée par ce médecin. Pour l'OAI, le cas de l'assuré ne laisserait subsister que le critère de l'échec de tout traitement, critère réputé à lui seul insuffisant si l'on se rapporte à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes. Ensuite, dressant, dans une fiche n°6 du 12 février 2007, le constat d'une divergence par trop troublante avec les conclusions de la SUVA, l'OAI a décidé d'entreprendre un échange de vues avec cet assureur. Il semble y avoir renoncé après avoir expliqué à la SUVA les raisons de son refus de prester (cf. fiche d'entretien du 9 janvier

2007). En duplique, l'OAI persiste à soutenir que l'avis de ses juristes l'emporte sur celui des médecins, s'agissant d'examiner des critères posés par jurisprudence.

Dans ce contexte, se pose la question du caractère complet du dossier sous l'angle médical, respectivement celle de savoir si le rapport d'expertise du Dr L. _____ a valeur probante au regard des conditions posées par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes, respectivement s'il justifie, au regard de ses conclusions et des autres avis médicaux versés au dossier, de retenir un trouble invalidant, compte tenu d'une incapacité totale de travail.

c) Il faut admettre que le rapport d'expertise du Dr L. _____ du 12 avril 2006 a pleine valeur probante. Cette expertise elle est complète et cohérente. Elle est fouillée, nuancée, éclairante et pertinente. Elle a l'avantage particulier de s'appuyer sur une observation précédente de 2004 et de la développer. Elle a également le mérite de discuter le diagnostic en fonction de la jurisprudence. Elle reconnaît ainsi l'existence d'une comorbidité psychiatrique à un syndrome douloureux somatoforme persistant, comorbidité d'une acuité telle que, dans une approche globale des troubles présentés par l'assuré, elle justifie une incapacité de travail totale. La présence et l'importance de cette comorbidité sont discutées de façon détaillée et dûment motivée. De plus, les critères de la jurisprudence concernant le syndrome somatoforme douloureux sont successivement distingués et discutés avec pertinence, pour arriver à la conclusion qu'ils sont en majorité réunis. Elle ne contient en outre pas d'éléments prêtant à contestation sur le plan médical et s'accorde avec les autres avis médicaux versés dossier, la comorbidité ayant déjà été attestée par le rapport du Dr F. _____ et par celui de la Dresse I. _____. Le critère de l'échec d'un traitement adapté est satisfait, comme confirmé par la Dresse J. _____ le 22 août 2005. En définitive, l'aspect psychiatrique du dossier est suffisamment documenté.

Cela étant, l'argumentation de l'AI résumée dans sa duplique du 21 janvier 2009, ne saurait être suivie. Une comorbidité ne se limite

pas au seul diagnostic d'état dépressif sévère, comme démontré en l'espèce par le médecin psychiatre L. _____ pour lequel le trouble somatoforme se manifeste globalement avec une sévérité telle que la mise en valeur de la capacité de travail ne peut pas être raisonnablement exigée. L'avis divergent des juristes sur le critère de la perte d'intégration sociale est à cet égard révélateur, témoignant d'une compréhension de la définition de l'intégration sociale différente de celle retenue sur le plan médical: pour le médecin, l'intégration sociale concerne avant tout le statut social, et non pas l'entente conjugale ou familiale.

A cela s'ajoute que l'on cherche en vain dans le dossier un avis médical de l'AI contestant dite expertise, le SMR ayant au contraire, dans ses recommandations des 26 mai 2006 et 5 août 2009, expressément fait sien l'avis de l'expert L. _____

En définitive, on ne saurait prendre le contre-pied d'avis médicaux unanimes quant à l'atteinte à la santé, respectivement à l'incapacité de travail effective, objective, totale et durable du recourant, cela dès février 2003.

L'appréciation concrète et globale du cas sur le plan médical ne saurait être réduite à néant par l'approche théorique et abstraite d'une succession de critères d'ordre strictement juridique, sauf à nier le nécessaire recours à la médecine et à admettre un schisme entre l'approche de l'invalidité en droit de l'assurance-accident et celui de l'assurance-invalidité, ce que n'a pas voulu le législateur.

En conséquence, l'atteinte à la santé présentée par l'assuré doit être tenue pour totalement invalidante, dès janvier 2003, justifiant ainsi l'octroi d'une rente entière de l'AI dès l'échéance du délai d'attente légal.

Le recours est donc admis, et la décision attaquée réformée dans le sens de ce qui précède, la cause étant retournée à l'intimé pour fixer la quotité et les modalités d'octroi de la rente à servir.

4. Obtenant gain de cause avec le concours d'un avocat, le recourant a droit à des dépens, fixés à 2'000 fr. à charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 LPG; art. 49, 52 et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 22 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière est allouée à Z._____ pour atteinte à la santé totalement invalidante dès février 2003, le dossier de la cause étant renvoyé à cet office pour arrêter le calcul et les modalités d'octroi de dite rente.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z une indemnité de 2'000 (deux mille) fr. à titre de dépens.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Albert von Braun (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

La greffière :