

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 mars 2014

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs  
Greffière     :       Mme     Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch, avocat à  
Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 7 et 8 LPGA; 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.**           **a)** L.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1965, de nationalité italienne, a travaillé en qualité d'aide-électricien auprès de l'entreprise Z.\_\_\_\_\_ à Carouge du 17 juin 2006 au 18 janvier 2008. Le 20 mars 2007, l'assuré a été victime d'un accident. Selon le rapport médical LAA du Dr X.\_\_\_\_\_, l'assuré a chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 1 m 50 avec réception directe sur le dos avec atteinte au pied et à la main droite. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Un rapport du 13 avril 2007 relatif à un CT-Scan lombaire a conclu à l'absence de lésion osseuse d'origine post-traumatique, comme une fracture ou une altération des rapports articulaires. Il était fait état de discopathies étagées associées en L2-L3 à une protrusion discale médiane et légèrement paramédiane droite, cette dernière étant susceptible d'entrer en contact avec la racine S1 droite en son émergence du sac thécal, ainsi que d'un canal lombaire d'un diamètre à la limite de la norme en L3-L4, mesurant 101 mm<sup>2</sup> pour une norme à 100 mm<sup>2</sup>.

Le 19 juin 2007, l'assuré a été examiné par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a apprécié le cas de la manière suivante:

"Chez cet aide-électricien de 42 ans, nous sommes à 3 mois d'une chute sur le dos avec TCC mineur.

En raison de la persistance de douleurs diffuses mal systématisées, les investigations radiologiques ont été complétées par un CT qui a révélé des discopathies étagées sans compression médullaire et des altérations anciennes, compatibles avec une maladie de Scheuermann restée asymptomatique jusqu'au moment de l'accident.

L'assuré a été examiné il y a 2 mois par le Dr J.\_\_\_\_\_, neurologue, qui a établi un pronostic tout à fait favorable.

L'examen de ce jour met encore en évidence des douleurs lombaires et un manque de souplesse de ce segment rachidien.

Après 3 mois de mise au repos, le travail a pu enfin être repris le 18.06.2007.

Le pronostic est bon en ce qui concerne les suites de l'accident, les lésions radiologiques constatées n'ayant aucun rapport avec

l'événement du 20.03.2007 et n'ayant jamais été asymptomatique jusqu'alors".

**b)** Le 17 septembre 2007, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute intervenue le 10 septembre 2007 en précisant qu'"*en faisant un faux mouvement la douleur est revenue*".

Le 12 décembre 2007, l'assuré a été examiné par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a retenu ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"La question est de savoir si la rechute annoncée en raison d'une récurrence de douleurs lombaires lors de la reprise du travail peut être mise en relation avec l'accident du 20.03.2007.

Ce dernier, rappelons-le, s'était soldé par une contusion lombaire sans signe de gravité. L'imagerie avait permis d'exclure une lésion telle qu'une fracture ou une rupture ligamentaire. Elle avait en revanche mis en évidence des troubles dégénératifs préexistants jusque-là asymptomatiques.

Un bilan EMG avait également permis d'exclure une composante radiculaire.

Sur la base de ce qui précède, on peut tout au plus admettre que la contusion survenue le 20.03.2007 a pu passagèrement décompenser des troubles disco-dégénératifs vertébraux préexistants jusque-là apparemment asymptomatiques.

Comme le démontre l'imagerie, il n'a cependant occasionné aucune lésion vertébrale susceptible d'entraîner une aggravation durable des troubles dégénératifs préexistants. Nous pouvons raisonnablement conclure que lors de la récurrence de douleurs le 10.09.2007, suite à un faux-mouvement si l'on se base sur l'annonce de rechute, l'accident du 20.03.2007 avait entièrement cessé de déployer ses effets sur le plan rachidien.

Les troubles vertébraux réapparus en septembre 2007 et l'incapacité de travail qui a suivi sont à mettre en relation avec des troubles dégénératifs vertébraux indépendants de l'accident et qui seraient tôt ou tard devenus asymptomatiques même en l'absence de ce dernier".

Par décision du 20 décembre 2007, la CNA a informé l'assuré qu'elle n'interviendrait pas pour les troubles réapparus en septembre

2007, faute de lien de causalité avéré ou probable avec l'accident du 20 mars 2007.

Dans un rapport d'examen neuropsychologique du 28 février 2008, la Prof. K.\_\_\_\_\_ a notamment retenu ce qui suit:

"Les performances mnésiques et exécutives se révélant effondrées, nous paraissent incompatibles avec les données écologiques que nous avons en notre possession (patient vivant seul à domicile).

Par ailleurs, en présence d'éléments parlant en faveur d'une surcharge, la probabilité d'une collaboration insuffisante nous paraît élevée.

Dans ce contexte, ce tableau neuropsychologique est d'interprétation difficile et peu contributive".

Dans un rapport médical du 13 mars 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'hôpital orthopédique, a préconisé un traitement physique et antidépresseur lequel était assumé par le médecin traitant. Il a estimé que le pronostic était mauvais et qu'une mesure de réadaptation professionnelle était souhaitable une fois que la problématique psychique serait réglée.

Dans un rapport du 15 mai 2008 faisant suite à un examen clinique de l'assuré, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et de la colonne vertébrale, a exposé que la symptomatologie douloureuse de ce patient était difficile à expliquer, ayant clairement l'impression d'une certaine exagération de la symptomatologie faisant penser à une pathologie inorganique. Ce praticien ne s'expliquait pas l'ampleur des plaintes du patient avec l'examen radiologique de 2007 et penchait pour l'existence d'une très importante composante dépressive et probablement psychique, peut-être en relation avec sa situation familiale et sa mauvaise intégration en Suisse.

**c)** L.\_\_\_\_\_ a déposé le 9 juin 2008 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle en raison de lombalgies chroniques et d'un état anxieux.

Dans un rapport médical du 26 juin 2008 à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques et d'état anxio-dépressif présents depuis 2007. Il a attesté une incapacité totale de travail dès le 27 mars 2008 (sic) pour une durée indéterminée.

Dans un rapport médical du 30 juin 2008 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de rachialgies chroniques dans un contexte de déconditionnement musculaire et psychique et d'état anxio-dépressif probable. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 18 septembre 2007 tout en laissant le soin au médecin traitant de se déterminer. Il a enfin préconisé une expertise multidisciplinaire avec une approche psychiatrique si nécessaire.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (ci-après: le SMR). Par avis médical du 8 juillet 2008, le Dr E.\_\_\_\_\_ a décidé de mettre en œuvre un examen rhumatopsychiatrique au SMR.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2008, la V.\_\_\_\_\_ Assurance, assureur perte de gain de l'employeur, a transmis à l'OAI le rapport d'expertise du 5 août 2007 [recte: 2008] établi par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Ce dernier a relevé que l'incapacité était due à un problème psychique, l'assuré pouvant exercer toutes les activités au plan physique, à la condition d'éviter les lourdes charges à longueur de journée.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 19 août 2008, il était indiqué que le contrat de travail de l'assuré avait pris fin le 18 janvier 2008, le dernier jour travaillé étant le 18 septembre 2007.

Dans un rapport SMR du 6 octobre 2008 faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 11 septembre 2008, les Dresses O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et

D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, ont retenu les éléments suivants au chapitre des diagnostics et de l'appréciation du cas:

### **"DIAGNOSTICS**

#### **- avec répercussion sur la capacité de travail**

- Lombo-sciatalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec protrusions discales non compressives (M51.3)

#### **- sans répercussion sur la capacité de travail**

- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4)
- Régression massive de la part d'un assuré dont la personnalité de base contient vraisemblablement des traits immatures et dépendants (F 61.0)
- Excès pondéral (BMI 27.5)

### **APPRÉCIATION DU CAS**

*Sur le plan psychiatrique*, il s'agit d'un assuré âgé de 43 ans, né en Tunisie. Il a vécu en Italie entre 1989 et 2006 avant de s'établir en Suisse où il est enregistré dès juin 2006.

Au bénéfice de 12 ans de scolarité sans baccalauréat, l'assuré exerce des activités non qualifiées en Italie essentiellement dans l'hôtellerie, avant de prendre un commerce d'alimentation qui se termine par une mise en faillite puis une activité en Suisse en tant qu'aide-électricien. Une première chute d'une échelle a lieu le 20.03.2007, qui motive une première mise en arrêt de travail. Une seconde chute en septembre 2007 motive une interruption de son activité professionnelle dès le 18.09.2007.

L'assuré n'a aucun antécédent psychiatrique familial ni personnel. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, n'a jamais eu de suivi spécialisé hormis deux consultations ponctuelles (une en cabinet et une au Centre Hospitalier V.\_\_\_\_\_) et ne prend aucun traitement psychotrope hormis un somnifère qu'il prend également durant la journée.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'un assuré se montrant extrêmement souffrant, avec une mobilisation lente qui toutefois n'exprime aucun geste antalgique. Le discours est pauvre, le vocabulaire est restreint, ce qui surprend au vu des antécédents de 12 ans de scolarité. Le tableau est celui d'un individu qui ne montre aucune tentative de réduire le dommage au contraire, sa manière d'exagérer ses symptômes est si évidente et contradictoire qu'elle porte plus au sourire qu'à la crédulité. Sa personnalité sous-jacente est certainement peu élaborée, avec une tendance à s'appuyer sur le soutien d'autrui (par exemple lorsqu'il déclare considérer l'aide que lui apportent ses proches comme étant quelque chose de normal, ne nécessitant aucune reconnaissance). A ce même titre, l'assuré signale spontanément que les conditions de travail qu'il a eues en tant qu'aide-électricien étaient trop dures, inacceptables. Ces éléments évoquent une personnalité sous-jacente à traits peu matures et dépendants.

Sur le plan des capacités cognitives de l'assuré, il n'y a en tout cas pas de déficit intellectuel grave, au vu des capacités spontanées qu'il a de comprendre les enjeux et d'établir des liens entre les

divers événements anamnestiques. Par contre, un déconditionnement psychique massif s'explique soit par une retenue dans la collaboration, soit par un certain confort inconscient de se positionner dans un rôle de malade. L'assuré ne fournit aucun effort pour échapper à la spirale de la sinistrose et ne voit pas pourquoi il le ferait (ce qu'il reconnaît en disant qu'il attend que les médecins le guérissent avant d'entamer un quelconque effort pour réintégrer le monde actif).

En conséquence, l'assuré ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait porter préjudice à son exigibilité professionnelle. Son probable trouble de la personnalité sous-jacent n'est pas décompensé. L'assuré a les moyens psychiques de surmonter ses symptômes et de reprendre une activité professionnelle à plein temps.

Face à la notion de syndrome somatoforme douloureux persistant, l'assuré n'a donc pas de comorbidité psychiatrique. La pauvreté des affections corporelles chroniques ne justifie pas le tableau présenté. Le processus maladif s'étend depuis 2006, ne montrant aucun signe de diminution des plaintes. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, l'assuré parvenant à solliciter l'aide d'en tout cas deux personnes de son entourage. Le processus défectueux de résolution du conflit est vraisemblablement à mettre en corrélation avec le départ de l'épouse pour l'Italie et possiblement les difficultés d'adaptation à l'existence en Suisse avec de dures contraintes professionnelles. Les traitements conformes aux règles de l'art apparaissent comme efficaces en tout cas du point de vue du somnifère, il est difficile d'évaluer l'efficacité du traitement antalgique vu que la symptomatologie douloureuse est incontestablement amplifiée. Il n'y a pas clairement de signe de non-coopération, mais l'assuré ne fournit aucun élan visant à réduire le dommage.

En conséquence, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux ne s'appuie sur aucun critère de gravité pouvant justifier la reconnaissance d'une incapacité de travail.

Face aux documents médicaux en notre possession, il n'y a pas de suivi psychiatrique. Les Drs W. \_\_\_\_\_ dans son document du 26.06.2008 et H. \_\_\_\_\_ dans celui du 30.06.2008 signalent la probabilité d'un état anxio-dépressif; l'existence d'une baisse relative de l'humeur est bien crédible dans le contexte de la piètre qualité de vie de l'assuré, elle est à intégrer dans le cadre de la problématique douloureuse ou de la tristesse face au départ de l'épouse. L'examen des critères de classifications internationales ne permet pas de poser le diagnostic d'un épisode dépressif à caractère invalidant. La composante anxieuse n'a pas été décelée, elle n'est en tout cas pas préoccupante.

Sur le plan somatique, cet assuré présente depuis une chute en mars 2007, des rachialgies notamment cervicales et lombaires, avec irradiations dans les jambes. Les examens approfondis n'ont pas permis d'expliquer l'étendue des douleurs et l'intensité. L'assuré n'a pas repris le travail.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'un jeune homme de 43 ans, en bon état général, plaintif et moyennement collaborant. Il est démonstratif et ne va visiblement pas jusqu'au bout de ses possibilités lors des mouvements demandés. Le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme.

Au niveau rachidien, on note une limitation de la mobilité globale, qui est cependant harmonieuse, le tout est émaillé de douleurs qui

se situent toujours au niveau de la charnière lombo-sacrée. Ainsi, on mesure une distance doigts-sol de 53 cm, une distance doigts-orteils en position assise de 27 cm, et des index de Schober de 30/30,5 cm, respectivement 10/13 cm. La musculature cervico-scapulaire et para-lombaire est bien développée, souple et pas spécifiquement douloureuse à la palpation. Les masses latérales cervicales basses ainsi que toutes les apophyses épineuses lombaires sont sensibles à la palpation, parfois même à l'effleurement, par moment avec un jump sign.

Toutes les grandes articulations périphériques sont bien mobiles, la flexion- abduction des bras ainsi que la mobilisation passive des coudes, des hanches et des genoux provoque des douleurs lombaires. Les genoux sont calmes, les ligaments stables, la mobilisation passive provoque des douleurs à G[gauche]. Il n'y a pas de crépitations perceptibles, mais la manoeuvre de Zohlen provoque des douleurs à la cuisse D[droite], respectivement au dos. Sur le plan fonctionnel, l'assuré dit ne pas pouvoir marcher sur les talons et les pointes des pieds à cause des douleurs, respectivement la fatigue, il s'accroupit et s'agenouille avec des manoeuvres caricaturales, déclarant qu'il est faible à la cuisse gauche et qu'il a trop mal au dos. Il arrive cependant à s'agenouiller complètement avec une distance talon-fesse de 0 cm. Pour se relever, il se laisse d'abord tomber sur les fesses puis se relève en s'appuyant sur le MIG.

Les radiographies n'ont pas été apportées, et l'assuré ne les a pas envoyées non plus, mais dans le dossier on trouve la description d'un CT lombaire du 13.04.2007 et une IRM lombaire en novembre 2007, qui montre des troubles dégénératifs étagés avec protrusion L2-L3 et LS-S1 paramédiane D sans conflit disco-radiculaire ni lésion traumatique.

En résumé, cet assuré présente des rachialgies avec irradiations dans les jambes constantes diffuses, ni vraiment de type mécanique, dans les suites de chutes qui n'ont pas laissé de traces objectivables. Il est difficile d'interpréter les plaintes et le status clinique, étant donné que l'assuré ne collabore que moyennement, ne va visiblement pas jusqu'au bout de ses possibilités et montre une autolimitation parfois grotesque qui ne correspond pas aux mouvements spontanés et surtout pas aux données mises en évidence. On ne peut effectivement pas objectiver de dysfonctionnement, la musculature est relativement bien développée.

Il y a une discordance nette entre les données objectives et les plaintes: les douleurs retrouvées lors de la palpation et lors de certaines manoeuvres se répercutent toujours sur les mêmes endroits, même par exemple le signe du rabot. Tous les signes comportementaux sont présents, laissant suspecter une nette tendance à la majoration des plaintes. Ceci est d'ailleurs aussi l'impression des médecins rhumatologues consultés. Cependant, il faut prendre en compte les lésions rachidiennes objectivables et on ne [peut] plus demander à cet assuré de faire un travail lourd, par contre, l'ancien emploi d'aide-électricien paraît toujours exigible, pour autant qu'il ne doive pas porter trop de charges lourdes.

#### **Les limitations fonctionnelles**

Sur le plan ostéo-articulaire il faut éviter une position statique prolongée en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. Le port de charge est limité à 15 kg occasionnellement et 5 kg de façon répétitive. L'assuré ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machine

vibrante. Une activité qui permet de changer la position assise-debout est à préférer.

Sur le plan psychiatrique, il n'y en a aucune.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?**

L'assuré a été mis en arrêt de travail pour la première fois suite à une chute le 20.03.2007, avec une tentative de reprise de quelques semaines puis un arrêt définitif au 18.09.2007. Aucune atteinte psychiatrique à la santé ne justifie cette mise en arrêt de travail.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Objectivement, l'assuré aurait raisonnablement pu retravailler au plus tard dès juillet 2007. La seconde chute n'ayant provoqué aucune lésion objectivable, elle ne peut être considérée comme ayant pu laisser des séquelles invalidantes.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré est certes triste et souffrant, mais il n'est pas atteint d'une maladie psychiatrique reconnue comme invalidante au sens de l'AI. Il n'y a donc pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible, en absence de données objectives expliquant les douleurs et les handicaps allégués par l'assuré, il n'y a pas de raison pour une incapacité de travail prolongée. Dans une activité professionnelle qui ne sollicite pas trop le rachis, la capacité de travail est totale".

Le 20 novembre 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport d'expertise psychiatrique sur requête du médecin conseil de V.\_\_\_\_\_ Assurance. A cette occasion, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Sous la rubrique "discussion et appréciation" de son rapport, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit:

"Nous sommes en présence d'une personne de 43 ans d'origine tunisienne chez qui on ne relève pas, au cours du développement psycho-affectif précoce et tardif, de conditions ou d'événements défavorables ayant pu interférer avec le *processus* normal de maturation psycho-affective et de mise en place de la personnalité. En particulier, il ne s'avère pas que Monsieur L.\_\_\_\_\_ ait été un enfant battu, qu'il ait souffert de séparations traumatiques précoces (placements loin du domicile familial pendant longtemps, hospitalisations longues ou répétées) ni qu'il n'ait été victime d'abus sexuels ou de phénomènes de parentification (attribution de tâches ou de responsabilités d'adulte à un âge trop précoce).

Monsieur L.\_\_\_\_\_ ne présente pas de personnalité pathologique selon les critères d'une classification psychiatrique reconnue (CIM, DSM). En effet, selon les renseignements que nous possédons, on ne relève pas de dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel depuis l'adolescence au plus tard, dysfonctionnements se manifestant dans tout type de situation et qui auraient pu être à

l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Cela se reflète par le fait que l'assuré ne signale pas de souffrance psychique avant 2007 environ, cela se reflète par le fait qu'il a été à même de s'intégrer dans le monde du travail. En particulier, il ne s'avère pas que les changements d'emploi aient été en lien avec une quérulence ou des comportements dysfonctionnels menant à des licenciements systématiques. De même, sur le plan sentimental, Monsieur L. \_\_\_\_\_ a été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme avec sa femme et il a été à même d'assumer une famille.

- On ne relève pas d'antécédents avant 2007. Suite à un accident du travail en mars 2007, puis un faux mouvement au mois de septembre de la même année, Monsieur L. \_\_\_\_\_ a développé des douleurs chroniques, ce qui a été à l'origine de l'apparition d'une symptomatologie dépressive et anxieuse. L'assuré n'est pas à même de décrire l'évolution de son état psychique. La symptomatologie dépressive s'aggravant, le Docteur W. \_\_\_\_\_ a adressé l'assuré à la Doctoresse Q. \_\_\_\_\_, psychiatre à Pully chez qui une prise en soins a débuté le 28 mai 2008. Monsieur L. \_\_\_\_\_ étant réticent à l'acceptation de l'idée qu'il souffre d'une affection psychiatrique, un traitement antidépresseur n'a pas été prescrit dans un premier temps. Par contre, un traitement anxiolytique de lorazépam (Temesta Expidet®) ainsi qu'un hypnotique (somnifère) de zolpidem ont été introduits. La fréquence des consultations est d'environ une fois par mois. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et ne s'est jamais adressé à aucun autre psychiatre.

Malgré le suivi psychiatrique, Monsieur L. \_\_\_\_\_ estime que son état s'est péjoré, cela avec la persistance des douleurs et la perte de l'activité professionnelle.

Or, actuellement, il présente une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif de degré sévère. En effet, l'humeur est dépressive la plupart du temps avec une tristesse permanente, des pleurs, un discours systématiquement négatif, une voix monocorde, ainsi qu'une gestuelle et une mimique abolies. Il existe également une anhédonie, une réduction de l'énergie, une perte de l'estime et de la confiance en soi, des pensées récurrentes de mort, une diminution de l'appétit à penser, un ralentissement idéomoteur prononcé, des troubles du sommeil ainsi qu'une baisse de l'appétit (perte pondérale rapportée par un tiers). Les critères 1, 2 et 3 de B. ainsi que les critères 1, 3, 4, 5, 6 et 7 de C. pour la présence d'un épisode dépressif sévère sont vérifiés. Le critère 2 de C. (sentiments de culpabilité) n'a pas été retenu car les reproches qu'il s'adresse n'ont pas de caractère inapproprié. Par ailleurs, s'il n'existe pas d'idées délirantes (de culpabilité, d'indignité, de désastre imminent, à type de persécution) ni d'hallucinations, la stupeur dépressive que présente Monsieur L. \_\_\_\_\_ permet de porter le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

Parmi les éléments-clé de la dépression potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'appétit à penser, perte de la confiance en soi, anxiété destructurante), il existe une diminution de l'énergie qui n'est pas uniquement la conséquence de la réduction de la mobilité due aux douleurs. En effet, à l'examen clinique direct, on constate une perte de l'élan vital, aspect qui se vérifie par un adynamisme à l'analyse du déroulement du quotidien, en ce sens que très peu d'activités

sont maintenues. Cet aspect ressort du rapport d'expertise rhumatologique du 5 août 2008 du Docteur M.\_\_\_\_\_, mais il est également confirmé par les dires de la colocatrice de Monsieur L.\_\_\_\_\_. En fait, il s'avère qu'il participe aux tâches du quotidien *a minima*, qu'il sort rarement et qu'il passe la *quasi* totalité de son temps dans sa chambre, seul, inactif. Il n'y a pas de diminution de la volonté (aboulie) en ce sens que Monsieur L.\_\_\_\_\_ cherche à travailler ou encore qu'il essaie de participer aux tâches du quotidien. Si le ralentissement moteur est au moins partiellement en lien avec les douleurs qu'il ressent, il existe un ralentissement idéique (initiative et fluidité idéiques) marqué. La diminution de l'aptitude à penser est prononcée et elle est le fait de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire à long terme et à court terme. Cela se manifeste par des hésitations, un temps de latence anormalement accru des réponses aux questions, par un discours qui se caractérise par une imprécision, aspects qui ont rendu le recueil anamnestique long et difficile. La perte de la confiance et de l'estime de soi influence négativement la capacité de travail. Par contre, l'anxiété que présente l'assuré n'est pas incapacitante en ce sens qu'elle n'est pas à l'origine d'une déstructuration psychique (envahissement du psychisme par l'angoisse avec abolition des *processus* de pensée).

Les autres éléments (tristesse, anhédonie, troubles du sommeil, troubles de l'appétit, troubles de la *libido*) ne sont pas des éléments incapacitants *per se*.

Ce qui précède signifie que l'intensité de certains éléments de la dépression en lien avec l'aptitude au travail est suffisamment importante pour être à l'origine d'une incapacité totale pour l'activité professionnelle.

Au vu de la sévérité de l'atteinte, l'absence de prescription d'un antidépresseur paraît incompréhensible, même si Monsieur L.\_\_\_\_\_ est réticent. Il existe une indication formelle pour la mise en place d'un SSRI (antidépresseurs actifs sur les douleurs). En outre, la prise en soins n'est pas appropriée en ce sens que les rendez-vous sont espacés (une fois par mois environ).

- Dans le rapport d'expertise rhumatologique du Docteur M.\_\_\_\_\_ du 5 août 2008 il est rapporté des contradictions dans l'attitude de l'assuré. En particulier, il est relevé que Monsieur L.\_\_\_\_\_ fait des gestes très précis malgré l'allégation de troubles de la vue et qu'il présente de très importants troubles de la mémoire tout en se souvenant très précisément de certains événements. Ces éléments ne sont pas apparus au cours de l'examen d'expertise psychiatrique du 19 novembre 2008. En outre, l'atteinte de Monsieur L.\_\_\_\_\_ est, selon la description de tiers, légèrement plus importante que ce qu'il décrit lui-même.

Dans le rapport d'examen neuropsychologique du 28 février 2008 du Professeur K.\_\_\_\_\_, il est mentionné que les performances mnésiques et exécutives se révèlent effondrées et paraissent incompatibles avec les données écologiques (assuré vivant seul à domicile). A l'anamnèse dirigée il s'avère cependant que si Monsieur L.\_\_\_\_\_ n'est pas à même de subvenir seul à ses besoins et à faire les tâches du quotidien, sa colocatrice ainsi qu'un couple d'amis doivent l'aider pour cela.

Néanmoins, la question d'une simulation des symptômes psychiques doit être posée.

Il n'y a pas d'éléments en faveur d'une simulation, au vu du fait que la majorité des rapports médicaux en notre possession font état

d'une symptomatologie psychiatrique importante (rapport d'expertise du 5 août 2008 du Docteur M.\_\_\_\_\_, rapport de consultation orthopédique du 15 mai 2008 du Docteur T.\_\_\_\_\_, réponse aux questions du 13 mars 2008 du Docteur R.\_\_\_\_\_ à la V.\_\_\_\_\_ Assurance), au vu de l'absence de différence entre la description de la souffrance et du comportement lors de l'examen, au vu de l'absence de discordance entre la description de la souffrance et le recours à une aide thérapeutique, au vu d'une perte des aptitudes psycho-sociales concordant avec la souffrance psychique décrite par l'assuré, au vu de l'absence de théâtralité, au vu de l'absence de contradiction entre les indications de l'assuré et les informations non anamnestiques ainsi qu'au vu de l'absence d'un sentiment de faux au cours de l'entretien.

- Dans le rapport d'expertise rhumatologique du 5 août 2008 du Docteur M.\_\_\_\_\_ figure le diagnostic de lombalgies chroniques d'étiologie indéterminée. L'impression mentionnée est celle d'une pathologie inorganique et que l'ampleur des plaintes ne peut pas être expliquée avec l'examen radiologique d'avril 2007. Dans le rapport d'examen orthopédique du 15 mai 2008 du Docteur T.\_\_\_\_\_, il est mentionné que la symptomatologie douloureuse de l'assuré est difficile à expliquer et que l'impression est clairement celle d'une certaine exagération de la symptomatologie, qui fait plutôt penser à une pathologie inorganique.

Il s'agit donc d'une symptomatologie douloureuse non expliquée par une atteinte somatique. La douleur est persistante, intense et est à l'origine d'un sentiment de détresse (l'assuré a le sentiment d'être abandonné dans son malheur). Les douleurs constituent en outre sa préoccupation permanente (sa vie est en majorité organisée en fonction de cela). Monsieur L.\_\_\_\_\_ souffre donc d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Concernant les critères de gravité retenus par le Tribunal fédéral pour le syndrome douloureux somatoforme persistant en matière d'assurances sociales, il existe une comorbidité psychiatrique invalidante car l'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, facteur d'accompagnement au syndrome douloureux somatoforme persistant, atteint une importance et une gravité suffisantes pour être incapacitant. De plus, l'anamnèse met en évidence une perte de l'intégration sociale dans quasi tous les domaines de la vie (souvent il refuse de parler à sa fille, il reste enfermé dans sa chambre la plupart du temps et n'accepte que rarement les repas que lui propose sa colocatrice, il demande à cette dernière de faire taire son fils, il n'a plus aucun contact avec sa fratrie ni avec ses parents, il ne rencontre des amis que rarement). Comme nous l'avons vu ci-dessus, il n'y a pas d'affections corporelles chroniques pour expliquer l'ampleur des plaintes (absence de troubles ostéo-articulaires significatifs et objectifs). Par rapport à la présence d'un état psychique cristallisé (résolution défectueuse d'un conflit intrapsychique par les douleurs), son évaluation dépasse le cadre d'une expertise (nécessité d'une exploration psycho-dynamique en profondeur, irréalisable dans la pratique). Par contre, les traitements conformes aux règles de l'art se sont montrés inefficaces.

L'évaluation des critères concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant, montre des arguments suffisants pour une atteinte incapacitante.

- En résumé, il s'agit d'un assuré qui souffre d'un épisode dépressif depuis l'automne 2007 environ, épisode qui s'est aggravé au

printemps de 2008 et qui est actuellement sévère avec symptômes psychotiques. Cette affection est à l'origine d'une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit. Le syndrome douloureux somatoforme persistant est à l'origine d'une limitation entière de l'aptitude au travail.

En raison du pronostic défavorable, une demande à l'Assurance-Invalidité devrait être faite".

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a par ailleurs répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées:

## **"Réponse aux questions**

### **1. Diagnostic précis?**

Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3).  
Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

### **2. Anamnèse?**

L'anamnèse professionnelle figure à la page 3, l'anamnèse familiale et psychosociale à la page 4.

### **3. Constatations médicales?**

Les constatations médicales, objectives, figurent à la section "Status", page 6.

### **4. Appréciation de la capacité de travail le jour de l'examen en tenant compte des affections actuelles ?**

La capacité de travail, le 19 novembre 2008, au vu de l'intensité de certains aspects clé de la dépression (diminution de l'énergie, ralentissement idéomoteur, troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, perte de la confiance en soi) est nulle.

### **5. L'assuré pourra-t-il reprendre son activité précédente (électricien) ?**

Sur le plan purement psychique, une reprise de l'activité professionnelle n'est envisageable qu'à long terme.

### **6. Une autre activité est-elle compatible ? Si oui, quelle activité serait envisageable et à partir de quelle date?**

Actuellement, la nature et l'intensité des limitations fonctionnelles psychiques sont telles qu'elles se manifesteront de manière identique dans tout type d'activité. De ce fait, un autre travail n'est actuellement pas envisageable.

### **7. Existe-t-il une capacité résiduelle de travailler d'an moins 50%?**

Non.

### **8. Pronostic?**

Les éléments de pronostic favorable sont la notion d'absence de personnalité pathologique et de consommation de substances psycho-actives (stupéfiants, alcool). Les éléments rendant le pronostic défavorable sont la chronicisation de la dépression, les ressources psychiques limitées de l'assuré (capacité d'introspection)

ainsi que la présence d'un facteur de stress continu (douleurs chroniques). Globalement, le pronostic est défavorable.

### **9. Remarques?**

En raison de la notion d'une majoration des plaintes, en raison de la notion de contradictions relevée par le Docteur M. \_\_\_\_\_ dans l'expertise du 5 août 2008, Madame S. \_\_\_\_\_, colocataire qui accompagnait Monsieur L. \_\_\_\_\_, a été questionnée séparément et avec l'accord de l'assuré. En fait, il s'avère que les dires de l'assuré sont globalement vérifiés et que même parfois la symptomatologie tend à être plus importante que ce qu'il décrit lui-même".

Par avis médical du 16 février 2009, le Dr E. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait de suivre l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ tant sur le plan des diagnostics que de la capacité de travail. Il a ajouté qu'un traitement antidépresseur devait être exigé et que le droit à la rente devait être révisé d'ici à 12 mois. Il a conclu que l'arrêt de travail initial du 18 septembre 2007 était motivé par des lombalgies sur le plan somatique avec une reprise possible d'une activité adaptée à ce moment-là, mais que sur le plan psychiatrique une incapacité de travail se justifiait dès janvier 2008.

Le 8 juin 2009, l'OAI a soumis à l'assuré un projet d'acceptation d'une rente entière d'invalidité dès janvier 2009, soit à l'issue du délai d'attente d'un an à compter du début de l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

L'assuré a en outre sollicité le 15 juin 2009 une allocation pour impotent, qui lui a été accordée par décision du 14 février 2011 avec effet dès le 1<sup>er</sup> juin 2008 (degré léger).

Le 9 octobre 2009, l'OAI a annulé son projet de décision du 8 juin 2009, au motif qu'il devait encore vérifier les conditions d'assurances.

Par décision du 13 septembre 2010, le droit à une rente entière a été reconnu à l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010. Par décision du 8 novembre 2010, prenant effet le 1<sup>er</sup> janvier 2009, le droit à une rente entière lui a été reconnu de janvier 2009 à août 2010.

**B.** Dans le cadre d'une procédure de révision d'office du droit à la rente initiée en mars 2012, l'assuré a indiqué à l'OAI le 16 mars 2012 que son état de santé était toujours le même.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> mai 2012 à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation anxio-dépressive restait stationnaire malgré un traitement et un suivi chez un psychiatre. Quant aux douleurs lombaires, elles nécessitaient une prise importante de médicaments.

Le 27 juin 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'une évaluation médicale était nécessaire et l'a convoqué à une expertise auprès du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a eu un entretien avec l'assuré le 13 septembre 2012 et a adressé son rapport d'expertise à l'OAI le 24 septembre 2012. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail de l'assuré, ainsi qu'à une production intentionnelle ou majoration des symptômes pour des raisons psychologiques comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, l'expert a exposé les éléments suivants:

"Assuré de 47 ans, originaire de Tunisie, ayant séjourné de 1988 à 2006 en Italie, arrivé en Suisse en 2006, où, selon ses dires, il travaille comme aide-électricien jusqu'au 20 mars 2007, moment où il tombe d'une échelle et bénéficie d'une incapacité de travail du 20 mars au 18 juin 2007, nouvelle incapacité de travail à partir du 10 septembre de la même année, suite à l'apparition de lombalgies. Au bénéfice d'une rente AI entière depuis Janvier 2009, première révision actuelle.

*Nous tenons à préciser que l'étude de ce dossier complexe, défiant la logique (cf plus bas), mobilise l'entier de notre attention, de notre expérience clinique et asséculoologique, dans un cadre d'équité de traitement, pour une étude précise de l'anamnèse, du status clinique, de l'évolution morbide et asséculoologique. Un temps tout particulier a été pris et s'est avéré nécessaire pour l'étude minutieuse de cette situation.*

L'examen psychiatrique du 13 septembre 2012 met en évidence dans le cadre d'un entretien particulièrement caricatural sur le plan de la présentation démonstrative et du manque de collaboration flagrant de l'assuré:

o Un discours sur une symptomatologie dépressive qui n'émeut pas l'examineur et qui n'est accompagné d'aucune symptomatologie clinique manifestant une tristesse ou une irritabilité, avec exagération manifeste, avec ruminations existentielles, avec idées

noires qui ne convainquent pas l'examineur, avec fatigabilité anamnestique sans trouble de concentration, sans que nous puissions accorder de crédit aux difficultés de mémoire proposées par l'assuré, sans anhédonie qui puisse convaincre l'examineur, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil perturbé par des retards d'endormissement et des réveils en fonction des douleurs, appétit diminué.

o L'ensemble de cette symptomatologie évoque un diagnostic de trouble anxio-dépressif comme mentionné dans les rapports du médecin généraliste traitant, dont il sera impossible d'apprécier la fluctuation du tableau. Le diagnostic que nous retenons le plus probable est celui de dysthymie, dont l'appréciation classique n'a pas de valeur incapacitante au sens de la LAI.

o Une absence de symptomatologie clinique anxieuse permettant d'envisager un diagnostic particulier et incapacitant avec absence d'élément en faveur d'angoisses itératives, d'agoraphobie, de claustrophobie, de crises d'anxiété généralisée, de phobie sociale, de la lignée obsessionnelle,

o Une absence de symptomatologie floride de la série psychotique, et comme précisé plus haut, ont été recherché un certain nombre de critères OMS et CIM-10 concernant la symptomatologie psychotique et schizotypique,

o Une absence de critères CIM-10 de trouble de personnalité,

o L'existence d'un trouble algique avec douleurs du bas du dos, douleurs en hémicasque droit, douleurs "comme du courant sur la nuque", sans grande intensité ni détresse.

L'équité de traitement des différents assurés nous a amené à reprendre les différents rapports médicaux participant de l'instruction préalable à l'octroi de la rente et ce travail motive les réflexions suivantes:

o Nous sommes frappés de mesurer que l'ensemble des pièces expertales somatiques ou psychiques et des examens complémentaires (examen neuropsychologique sous la signature de la Prof K.\_\_\_\_\_) envisagent tous une collaboration insuffisante et une surcharge mentionnées dans l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique SMR du 11 septembre 2008,

o L'expertise psychiatrique, en date du 20 novembre 2008, sous la signature du Dr C.\_\_\_\_\_, et sur laquelle repose l'octroi de la rente, demande une attention particulière en raison de ses contradictions:

a. Tout d'abord l'annonce diagnostique des deux diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques F32.3 et syndrome douloureux somatoforme persistant s'avère incompatible selon les critères CIM-10, qui précise, page 150, "Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici"; il paraît étonnant que ces deux diagnostics aient pu être retenus conjointement, en contradiction évidente avec la CIM-10,

b. Les rapports d'expertise rhumatologique du Dr M.\_\_\_\_\_, en date du 05 août 2008, et le rapport d'examen neuropsychologique du 28 février 2008 du Prof. K.\_\_\_\_\_ sont mentionnés mais la question d'une simulation ou d'une surcharge, bien que discutée ne sera pas retenue par le Dr C.\_\_\_\_\_, malgré l'ensemble des points de vue antérieurs différents,

c. La question du traitement est évoquée page 8, mais le Dr C.\_\_\_\_\_ considère "comme incompréhensible le fait d'une absence

de prescription d'antidépresseur", or aucun rapport médical antérieur ne mentionne de tableau dépressif significatif, d. Enfin, plus étonnant encore, en page 6, le Dr C. \_\_\_\_\_ écrit: "Il n'y a pas de bizarreries dans les croyances ou le comportement, absence d'idée délirante, notamment à type de persécution, d'indignité ou de culpabilité. Il n'y a pas de relâchement des associations, absence de barrage idéique, d'attitude d'écoute, de soliloques, de rire immotivé ou de tout autre élément psychotique" or malgré ce, il retient page 7, un diagnostic d'épisode dépressif sévère **avec symptômes psychotiques F32.3**,

e. L'ensemble de ces contradictions nous amène à penser que le rapport d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ n'est pas convainquant, et nous n'en suivrons pas les conclusions,

f. Plus étonnant encore est l'avis médical SMR, en date du 16 février 2009, qui retient cette expertise psychiatrique sans questionner les deux médecins signataires de l'examen bidisciplinaire SMR du 11 septembre 2008 et revient sur une décision de refus de rente. Cette nouvelle décision apparaît, pour le moins, avoir été hâtive.

Pour notre part, l'anamnèse reconstituée à partir de l'épais dossier, la clinique recueillie lors de l'examen psychiatrique du 13 septembre 2012, nous amènent à douter de la valeur convaincante de ce rapport d'expertise que nous ne suivrons pas, nous l'avons déjà dit plus haut. Le diagnostic de trouble anxio-dépressif, posé par le médecin généraliste traitant depuis le début de l'instruction, et que nous retiendrons sous l'angle d'un diagnostic de dysthymie nous paraît plus probable.

Etant donné la forte surcharge, déjà décrite tout au long de l'instruction de la demande AI, que nous constatons de façon caricaturale lors de l'examen du 13 septembre 2012, et étant donné que la dysthymie n'a pas de valeur incapacitante au sens de la LAI, nous préférons retenir une majoration de symptômes F68.0. Nous sommes en accord avec l'appréciation psychiatrique relatée page 7 du rapport d'expertise bi-disciplinaire SMR du 11.09.2008.

Pour ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme, au regard de notre examen clinique, nous avons déjà mentionné que le tableau algique ne comprenait pas de douleur intense et de détresse, qui sont deux critères-symptômes CIM-10 fondamentaux du diagnostic de trouble somatoforme. Ce qui, a priori, exclut ce genre de diagnostic. De plus, l'absence de comorbidité psychiatrique, l'absence de repli social, la difficulté d'apprécier une évolution, le fait que le profit tiré de la maladie est manifeste, ne sont pas des éléments permettant de retenir l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme. Notre point de vue concernant le traitement psychiatrique sera détaillé plus bas.

Il est à noter que lors de l'instruction, l'expertise rhumatologique du Dr M. \_\_\_\_\_ et l'expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique SMR des Drs O. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, avaient déjà étudié le diagnostic de trouble somatoforme ainsi que les critères de sévérité qui n'avaient pas été retenus.

Une mention particulière doit être dédiée à l'analyse critique du point de vue de la psychiatre traitant, partagée lors de la conversation téléphonique du 18.09.2012, en l'absence de rapport de sa part. En effet, la praticienne:

o qui sait que son patient est bénéficiaire d'une rente AI octroyée postérieurement au début de sa prise en charge, s'avère ne pas

connaître le dossier AI, ne pas connaître le traitement médical somatique, s'étonne que nous puissions envisager un avis sapiteur devant la chronicisation des troubles,

- o envisage un traitement psychotrope lourd, sans résultat tangible depuis mai 2008, sans précision de l'observance thérapeutique, reconnaissant cependant que l'assuré n'est pas collaborant et manque en général un rendez-vous sur trois,
- o ne répond pas lorsque nous lui demandons des précisions sur son élaboration psychopathologique permettant d'envisager un traitement neuroleptique lourd alors que les experts psychiatres C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont mentionné dans leur rapport d'expertise une absence de symptomatologie psychotique,
- o n'envisage pas l'importance d'une surcharge psychogène de la part de l'assuré et n'envisage pas non plus les interactions médicamenteuses avec le traitement somatique prescrit par le médecin traitant.
- o D'autre part, nous sommes pour le moins surpris de l'informer que l'assuré déclare prendre un traitement d'Oxycontin 10mgx2/j, Ecoprofen 600x2 en sus du traitement psychiatrique qu'elle prescrit,
- o il nous semble superflu de préciser que, pas plus que l'assuré, la psychiatre traitant ne nous a convaincu de l'importance de la symptomatologie et de la nécessité d'un traitement psychiatrique aussi lourd et pour lequel manquent un avis sapiteur et la certitude d'une observance, au regard du manque d'évolution symptomatique.

Nous nous sommes permis d'envisager que ce dossier complexe défie la logique et tenons à nous en expliquer selon les arguments suivants:

1. il paraît surprenant que l'instruction de cette demande AI ait pu reposer, pour un temps, sur un examen bi-disciplinaire SMR qui ne retient pas d'incapacité de travail et qui a été par la suite écarté sans demande d'explications complémentaires aux experts SMR,
2. l'ensemble des documents médicaux antérieurs à l'expertise perte de gain ayant servi de base à l'octroi de la rente mentionne une surcharge psychogène manifeste, qui n'est pas retenue par l'expert C.\_\_\_\_\_ qui s'étonne d'une absence de médication antidépresseur alors qu'il est le seul à envisager un tableau dépressif significatif,
3. l'octroi d'une rente AI s'est basé sur une expertise, en date du 20 novembre 2008, dont nous avons déjà relevé les contradictions,
4. sans qu'aucune pièce médicale n'apparaisse au dossier AI depuis 2009,
5. sans que le traitement psychiatrique, qui n'apporte pas de résultat tangible depuis mai 2008, ne soit questionné par un avis sapiteur alors qu'une surcharge thérapeutique est, pour le moins, envisageable, ne serait-ce qu'en raison des interactions médicamenteuses;
6. il est clair qu'actuellement la situation de l'assuré est particulière et que le pronostic est réservé dans la mesure où cet assuré manifestement non collaborant et démonstratif n'a plus travaillé depuis 2007,
7. il n'empêche pas moins que la situation clinique psychiatrique de 2012 est strictement superposable à celle retranscrite dans le rapport d'examen bi-disciplinaire de septembre 2008.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 13 septembre 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Il est à noter que l'assuré est au bénéfice d'une rente AI entière depuis le 01 janvier 2009 sur la base d'une expertise psychiatrique du Dr C. \_\_\_\_\_ en date du 20 novembre 2008 dont nous avons déjà commenté l'analyse critique. Il n'y a pas lieu d'envisager une amélioration dans la mesure où le tableau est strictement superposable à celui retranscrit dans le rapport d'expertise SMR de septembre 2008.

### **Les limitations fonctionnelles**

Aucune sur le plan psychiatrique

### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?**

L'assuré est au bénéfice d'une rente AI entière depuis le 01 janvier 2009.

### **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Stationnaire par rapport à l'examen SMR de septembre 2008.

### **Concernant la capacité de travail exigible.**

Dans l'activité habituelle : sur le plan psychiatrique: 100%

Dans une activité adaptée sur le plan psychiatrique: 100%

**Influence sur la réadaptation professionnelle:** nous ne voyons pas de raison médicale, d'ordre psychiatrique, à une réadaptation professionnelle".

Par avis médical du 17 octobre 2012, le Dr Y. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu que le Dr P. \_\_\_\_\_ avait clairement exposé les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ sur lequel l'OAI avait fondé sa décision. Le Dr P. \_\_\_\_\_ rejoignait ainsi la Dresse D. \_\_\_\_\_ qui concluait à l'absence de maladie psychiatrique en 2008 et la Prof. K. \_\_\_\_\_ qui évoquait une surcharge et une collaboration insuffisante. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ a en effet relevé que l'expert concluait à une pleine capacité de travail depuis toujours.

Par projet de décision du 27 novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait supprimer le droit à la rente d'invalidité en se basant sur les dispositions finales de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) du 18 mars 2011. L'OAI a constaté que d'un point de vue psychiatrique, le Dr P. \_\_\_\_\_ n'avait retenu aucune limitation. La capacité de travail de l'assuré était dès lors totale dans toute

activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de positions statiques prolongées en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, port de charges répété au-delà de 15 kg, travail à la chaîne, sur machine vibrante, possibilité d'alterner les positions assises et debout.

Par courrier du 20 décembre 2012 à l'OAI, le conseil du recourant a relevé ce qui suit:

"(...) j'observe que votre Office fonde sa décision essentiellement sur le résultat de l'examen psychiatrique dont mon client a fait l'objet en date du 24 septembre 2012, examen opéré par le Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH.

Une lecture objective de ce document montre que le rapport en question, fondé essentiellement sur un entretien d'une heure et demie avec mon client, sans plus, est manifestement établi "à charge", aucun courant d'empathie (sans vouloir parler de sympathie) n'ayant manifestement passé entre le médecin-expert et mon mandant!

In casu, les troubles dont souffre L.\_\_\_\_\_ sont toujours présents et celui-ci est fondé à voir sa rente AI être maintenue".

Par décision du 25 janvier 2013 dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 novembre 2012, la contestation de l'assuré du 20 décembre 2012 n'apportant aucun élément susceptible de modifier sa position.

**C.** Par acte du 1<sup>er</sup> mars 2013, L.\_\_\_\_\_, représenté par Me Bloch, recourt contre cette décision en concluant à son annulation. En substance, il fait valoir que l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ n'est pas probante, dans la mesure où la manière dont elle a été réalisée "ne correspond pas aux canons en la matière". Il relève ainsi que l'expert ne lui a posé que deux questions, en lui demandant comment il allait et si son père était toujours vivant, ne le recevant qu'un quart d'heure. Il s'interroge encore sur le point de savoir si l'expert ne l'aurait pas pris en grippe, dès lors qu'il a vomi sur la moquette de ce médecin lors de l'entretien. Il produit en annexe un rapport médical du 11 février 2013 des Drs G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au département de psychiatrie du Centre Hospitalier V.\_\_\_\_\_, site I.\_\_\_\_\_, dont il ressort notamment ce qui suit:

"Une révision de cette rente AI et une expertise psychiatrique ont lieu au courant 2012 et remettraient cette rente en question. C'est dans ce contexte que M. L.\_\_\_\_\_ présente une recrudescence de sa symptomatologie dépressive et qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique est décidée".

A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans sa réponse du 25 mars 2013, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, estimant que les éléments avancés par le recourant ne remettent pas en cause la décision précitée.

Dans sa réplique du 5 juin 2013, le conseil du recourant précise que la mention d'une heure et demie dans son courrier du 20 décembre 2012 est certainement fondée sur le libellé du rapport de l'expert, le mandataire expliquant n'avoir pas discuté de cet élément avec son client. Il ajoute que l'expert ne s'est pas entouré de l'opinion de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante de son client. Enfin, il requiert l'audition en qualité de témoin de Monsieur F.\_\_\_\_\_, qui est la personne qui accompagnait l'assuré à l'expertise et qui peut être entendu sur la durée de l'entretien entre l'expert et l'intéressé.

**D.** Le dossier de l'assureur-accident a été produit et les parties ont été invitées à le consulter.

Il en ressort notamment un courrier du 17 avril 2009 de la CNA à l'Office des poursuites de Lausanne-Ouest, selon lequel le recourant ne percevait aucune rente de la CNA, ce dernier ayant uniquement touché des indemnités journalières du 23 mars au 17 juin 2007 à la suite de l'accident du 20 mars 2007.

Dans ses déterminations du 29 juillet 2013, l'intimé a renoncé à formuler des observations.

Dans ses déterminations du 27 août 2013, le recourant s'est limité à solliciter la continuation de l'instruction de son recours et a réitéré à cette occasion sa requête tendant à l'audition d'un témoin.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur la suppression du droit du recourant à une rente entière d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé d'aboutir à une telle conclusion. Le recourant allègue pour l'essentiel que le rapport d'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ n'a pas valeur probante, si bien qu'une suppression de sa rente d'invalidité n'était pas justifiée.

**3. a)** 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. 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. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5., 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

**b)** La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 125 V 369 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2).

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur

probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Cela étant, selon la Haute Cour, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne

volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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 desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le

comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

**5.** Il convient en l'espèce de déterminer si les conditions d'une révision sont remplies.

L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 13 septembre 2010 sur l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2008 et l'avis médical du SMR du 16 février 2009 tant sur le plan des diagnostics que de la capacité de travail, à savoir un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant entraînant une totale incapacité de travail dès le mois de janvier 2008. Cette rente d'invalidité a dès lors été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Dès lors, les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6<sup>e</sup> révision de l'AI, premier volet), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, sont applicables en l'espèce. Ainsi, l'al. 1 de ces dispositions fixe le champ d'application aux rentes octroyées en raison d'un syndrome

sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Or, cette définition couvre la pathologie du recourant. Par ailleurs, la procédure de réexamen des rentes en cours en vertu des dispositions finales doit être ouverte entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 31 décembre 2014, ce qui est le cas en l'espèce, la procédure ayant été initiée en mars 2012. A cela s'ajoute le fait que le recourant n'a pas atteint l'âge de 55 ans et qu'il n'était pas au bénéfice d'une rente depuis plus de 15 ans (let. a al. 4 des dispositions finales). Enfin, il ne s'agit pas d'un cas de reconsidération au sens du chiffre 1019, 3/13 de la circulaire sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 (CDF), la décision du 13 septembre 2010 n'apparaissant pas comme manifestement erronée, puisque basée sur un avis médical du SMR du 16 février 2009, lequel était fondé sur un rapport d'expertise psychiatrique du 20 novembre 2008.

Dans ce contexte, il n'y a pas lieu d'examiner si la décision dont est recours est conforme à l'art. 17 LPGA. En effet, si la conclusion du réexamen est qu'il n'y a pas incapacité de travail au sens de l'art. 7 al. 2 LPGA, la rente est réduite ou supprimée au moyen d'un préavis et d'une décision, même si les circonstances dont dépendait l'octroi de la rente n'ont pas changé au sens de l'art. 17 LPGA (let. a al. 1 in fine des dispositions finales).

**6.** Pour statuer sur le réexamen du droit à la rente entière d'invalidité du recourant, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du 24 septembre 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, qui s'est entretenu avec le recourant le 13 septembre 2012. L'expert a procédé à une analyse détaillée des affirmations de l'intéressé et de son comportement durant l'entretien qu'il a qualifié de particulièrement caricatural sur le plan de la présentation démonstrative et du manque de collaboration flagrant de l'assuré. Il a d'ailleurs dû demander à deux reprises à l'intéressé s'il entendait poursuivre l'entretien. Son discours sur une symptomatologie dépressive avec idées noires n'a pas convaincu l'expert, ce dernier retenant tout au plus une dysthymie mais qui n'avait pas de valeur incapacitante au sens de la LAI, ainsi qu'une majoration des symptômes. L'expert a en outre fondé son rapport sur le dossier remis par

l'OAI, ainsi que sur un entretien téléphonique avec la Dresse Q.\_\_\_\_\_ le 18 septembre 2012 en l'absence de rapport de sa part dans le dossier AI. A l'issue de l'entretien, la psychiatre traitante n'a pas convaincu l'expert de l'importance de la symptomatologie et de la nécessité d'un traitement psychiatrique aussi lourd et pour lequel manquaient un avis sapiteur et la certitude d'une observance, au regard du manque d'évolution symptomatique (rapport p. 9). En l'absence de comorbidité psychiatrique, l'expert a enfin examiné les critères permettant de retenir l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Il a considéré que le tableau algique ne comprenait pas les critères de douleur intense, ni de détresse, lesquels étaient fondamentaux du diagnostic de trouble somatoforme au sens de la CIM-10, ce qui, a priori, excluait ce genre de diagnostic. De plus, l'absence de comorbidité psychiatrique, l'absence de repli social, la difficulté d'apprécier une évolution, le fait que le profit tiré de la maladie était manifeste, ne permettaient pas de retenir l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr P.\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2012 repose sur des examens complets. Son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (cf. consid. 4b supra). Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles une dysthymie et une majoration des symptômes, selon la terminologie de la CIM-10, sont les mieux à même de décrire la psychopathologie du recourant font l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles l'expert considère que l'on peut écarter d'autres troubles psychiatriques et en particulier des signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de la personnalité morbide et de trouble somatoforme douloureux persistant. Ce rapport d'expertise, dont les conclusions rejoignent celles Dr Y.\_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis médical du 17 octobre 2012) doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le rapport des Drs G. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ du 11 février 2013 n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions parfaitement argumentées de l'expert P. \_\_\_\_\_, ni sur le chapitre des troubles de l'humeur, ni sur celui du trouble somatoforme douloureux, la "recrudescence de la symptomatologie dépressive" dont font état les médecins de I. \_\_\_\_\_ étant uniquement liée à la remise en question de la rente. Il en va de même des critiques formulées par le recourant à l'égard de l'expertise elle-même. Ainsi, l'hypothèse émise par le recourant selon laquelle l'expert l'aurait pris en grippe parce qu'il avait vomi sur sa moquette n'est pas vérifiée, ce d'autant plus que l'expert a donné des détails sur le déroulement de l'entretien (rapport, p. 4). En outre, de son propre aveu (cf. courrier du 20 décembre 2012 à l'OAI), l'expertise a duré une heure trente, élément confirmé par l'expert (rapport, p. 4). Au demeurant, on voit mal que tous les éléments figurant dans l'anamnèse aient pu être recueillis en quinze minutes comme il l'affirme. Il est en outre constant que la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Enfin, contrairement aux allégations du recourant (réplique du 5 juin 2013), l'expert a pris le soin de discuter du cas avec la psychiatre traitante lors d'un entretien téléphonique le 18 septembre 2012 lequel a porté sur sa connaissance du dossier AI du patient, l'observance thérapeutique, l'élaboration psychopathologique et le traitement prescrit.

L'intimé a donc admis à juste titre que les critères permettant d'attribuer une pleine valeur probante à cette expertise étaient remplis (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130

II 425 consid. 2.1). Il sera renoncé à l'audition du témoin proposé par le recourant pour les mêmes motifs.

**7. a)** Au vu de ce qui précède, il y a dès lors lieu de retenir que l'intimé était fondé à supprimer la rente le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI).

Le recours doit par conséquent être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36], applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

**c)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**d)** Par décision du 4 mars 2013, le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la

personne de Me Jean-Pierre Bloch à compter du 1<sup>er</sup> mars 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 2'322 fr. (dont 172 fr. de TVA à 8 %) à titre d'honoraires et débours.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 25 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean-Pierre Bloch, conseil du recourant, est arrêtée à 2'322 fr. (deux mille trois cent vingt-deux francs), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Pierre Bloch, avocat (pour L. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :