

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 mai 2011

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Franziska Lüthi, avocate auprès de Procap, protection juridique, à Bienne

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

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

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1966, originaire de la République de Macédoine, sans formation professionnelle, s'est établi en Suisse en 1997. Il a travaillé en qualité de casseroier d'octobre 1997 à décembre 1998. Le 21 janvier 1999, l'assuré a déposé une première demande de prestations AI pour adultes.

Dans un rapport médical du 5 mai 1999, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu comme diagnostic une arthrite entéro-pathique aiguë (douleur dorso-lombaire avec signe inflammatoire et contracture, colite active), en traitement depuis septembre 1998. Selon le médecin traitant, l'atteinte à la santé a entraîné une incapacité de travail variant de 0 à 70 % du 31 décembre 1998 au mois de février 1999. Depuis le 16 février 1999, son patient, qui ne peut exercer aucune activité professionnelle impliquant un contact avec de l'eau ou le port de charges lourdes, travaille en atelier protégé pour la Fondation [...] à [...]. Le praticien relève que le responsable de l'atelier en question lui a signalé que l'assuré donnait l'impression de profiter de la situation pour travailler à sa convenance. Il estime que l'activité exercée précédemment n'est plus exigible mais qu'une activité adaptée, probablement dans un atelier protégé, est encore exigible. A ce rapport était jointe une copie du courrier que le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie avait adressé au Dr R.\_\_\_\_\_ le 17 septembre 1998, dans lequel le spécialiste en rhumatologie estimait que l'assuré présentait des douleurs rhumatismales inflammatoires probablement liées à une maladie de Bechterew.

Il ressort du questionnaire pour l'employeur établi le 17 mai 1999 par l'Hôtel [...] que l'assuré a travaillé dans cet établissement en qualité d'aide de cuisine du 29 septembre 1997 au 30 novembre 1998. Il était engagé "à la journée" pour un salaire journalier de 120 fr. 85. C'est l'assuré qui a mis fin à son contrat de travail en invoquant des raisons de santé.

Dans un rapport médical du 10 novembre 1999, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie, a indiqué comme diagnostics une possible colite, non confirmée, ainsi que des affections rhumatologiques. Il a précisé que le patient était en traitement depuis le mois de mars 1998 pour ses problèmes digestifs, qu'il présentait actuellement peu de plaintes, que tant la coloscopie que le transit suivis étaient dans les normes et qu'une maladie chronique des intestins, non objectivée à ce jour, pouvait se révéler ultérieurement, vu le Bechterew et ses associations intestinales.

Il ressort du questionnaire pour l'employeur établi le 22 décembre 1999 par le Centre vaudois de gestion des programmes d'occupation (ci-après : CGPO) que l'assuré a travaillé en qualité d'ouvrier (démontage et tri de matériel informatique pour le recyclage) pour la Fondation [...] du 16 février au 30 juin 1999 dans le cadre d'un emploi temporaire subventionné par l'assurance-chômage. Les relations de travail ont été résiliées par l'assuré qui avait retrouvé un emploi dans une blanchisserie.

Dans un rapport médical du 17 septembre 2000, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que le dernier contrôle médical avait eu lieu le 16 septembre 1998 et confirmé le diagnostic de maladie de Bechterew (ou spondylarthrite ankylosante), existant probablement depuis 1986. Il a précisé qu'avec ce diagnostic l'assuré pouvait travailler à 100 % comme aide de cuisine ou être impotent et que le type d'activité était fonction de son handicap, en relevant qu'en septembre 1998, l'assuré avait une capacité de travail de 100 %.

Le 5 avril 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a refusé les mesures professionnelles requises pour le motif que, selon les renseignements en sa possession, l'état de santé de l'assuré n'était pas invalidant au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

**B.** Une expertise a été confiée par l'assureur perte de gain au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui a rendu son rapport le 9 juillet 2001. Cet expert a retenu comme diagnostics des troubles somatoformes douloureux et une spondylarthropathie d'origine indéterminée. Dans son appréciation, le Dr C.\_\_\_\_\_ relève que l'importante discordance entre le tableau clinique et les plaintes fait suggérer un trouble somatoforme douloureux sans co-morbidité psychiatrique mais qu'une simulation est également possible; dans ce contexte, il considère que la capacité de travail n'est pas limitée.

Il ressort d'un rapport médical du 19 novembre 2001 que l'assuré a été hospitalisé dans le Service de médecine interne de l'Hôpital d' [...] du 10 au 19 octobre 2001. Un avis psychiatrique a été demandé au Dr [...] qui a conclu à un très probable trouble somatoforme dans le cadre d'un syndrome dépressif avec possible fond psychotique.

Il résulte d'un rapport médical du 9 avril 2002 que l'assuré a été hospitalisé au centre hospitalier I.\_\_\_\_\_ du 7 au 21 mars 2002 en raison d'une exacerbation des douleurs articulaires généralisées. Une dépression modérée à moyenne a été diagnostiquée.

**C.** Le 23 septembre 2002, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations AI pour adultes, en indiquant souffrir de spondylarthrite ankylosante, de fibromyalgie et de troubles du sommeil. Il a précisé qu'il travaillait à 50 % comme ouvrier en blanchisserie depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1999.

Le 2 décembre 2002, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et nouveau médecin traitant de l'assuré, a attesté à l'intention de l'OAI que son patient présentait, dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante HLAB 27 positive avec dyspnée d'effort sur syndrome restrictif probablement en relation avec cette infection rhumatismale, une fibromyalgie sévère. Il a indiqué que cette affection avait nécessité l'instauration d'un traitement associant antidépresseur, anti-inflammatoire non stéroïdien et antalgique majeur sous la forme de

Tramal 100 mg, en précisant que l'assuré avait malheureusement tendance à fortement abuser de cet antalgique en raison de ses douleurs. Il a relevé que l'assuré présentait également une gastrite chronique traitée par médication ainsi que des troubles du sommeil sur syndrome d'apnée, selon polysomnographie du 27 juin 2001 et que, depuis le mois de mai 2001, il bénéficiait d'un arrêt de travail à 50 %, qui lui permettait de se maintenir dans le monde du travail malgré ses importantes douleurs pour lesquelles aucun traitement ne s'avérait curatif. Le Dr H. \_\_\_\_\_ concluait que la situation, fortement péjorée depuis plus de douze mois et associée à des troubles du sommeil, nécessitait un réexamen pour lequel, en cas de doute, une expertise auprès d'un COMAI (réd.: centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité) pourrait être envisagée.

Dans le questionnaire pour l'employeur établi le 20 février 2003, W. \_\_\_\_\_ ont indiqué que l'assuré y avait travaillé en qualité de laveur du 1<sup>er</sup> juillet 1999 au 31 janvier 2003, qu'une résiliation du contrat de travail était intervenue en raison d'une restructuration de l'entreprise, que depuis 2001 l'horaire de travail s'échelonnait de 0 à 50 % en raison de la maladie de l'assuré et qu'en janvier 2003, il aurait touché, pour une activité à 100 %, un salaire mensuel de 3'036 francs.

Dans un rapport médical du 23 février 2003, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'aggravait et retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- trouble somatoforme douloureux sévère;
- maladie de Bechterew HLAB 27;
- état dépressif sévère;
- syndrome d'apnée du sommeil;
- gastrite chronique sur AINS + troubles fonctionnels.

Le Dr H. \_\_\_\_\_ a précisé que les douleurs étaient résistantes à tous les traitements tentés selon les règles de l'art, avec une tendance progressive du patient à abuser des médicaments dont il multiplie les prises pour atténuer sans résultat ses douleurs. Il a attesté que, depuis le mois de mai 2001, il était parvenu à "garder" l'assuré dans le monde du travail en maintenant un arrêt de travail à 50 %, ce qui semblait constituer un

équilibre entre asthénie/douleurs et insertion nécessaire dans le monde du travail et a indiqué que la reconnaissance d'une demi-rente AI pourrait permettre de stabiliser l'assuré dans cette situation dont les chances d'amélioration semblaient nulles. Selon lui, toute activité légère à 50 % était encore exigible.

Sur mandat de l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport, a déposé un rapport d'expertise le 4 octobre 2004. Il a retenu comme diagnostics un trouble somatoforme douloureux persistant, une spondylarthrite ankylosante avec LHAB27 positif et un syndrome d'apnée du sommeil, en relevant que ni l'examen clinique ni les radiographies ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes douloureux, leur intensité, leur localisation ubiquitaire et leur retentissement sur le fonctionnement actuel. La présence à l'examen clinique de signes comportementaux sous la forme d'une exagération de la réponse verbale, une projection non anatomique de la douleur et 14 sur 18 points de Smythe douloureux à la palpation, complété par l'évocation d'une fatigue généralisée, d'une tristesse, de troubles mnésiques et de la concentration, d'état vertigineux, de céphalées restaient évocateurs d'un trouble somatoforme douloureux persistant tel que mentionné par différents praticiens depuis 1998. Selon l'expert, ce trouble somatoforme douloureux persistant accompagnait vraisemblablement une comorbidité psychiatrique, cette dernière ayant dès lors une influence négative prépondérante sur la capacité de travail de l'assuré. L'expert a indiqué que, bien qu'il n'existe actuellement aucun indice clinique ou biologique susceptible de prouver la nature active de sa spondylarthrite, rien n'empêchait une surveillance médicale régulière de cet assuré souffrant d'une maladie inflammatoire capricieuse capable de réactiver tout au long de sa vie. Dans ses conclusions, il a indiqué que, du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité professionnelle légère épargnant les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 15 kilos et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux. Il a précisé qu'un reclassement professionnel n'était pas judicieux, estimant que la dernière activité professionnelle de l'assuré (laveur dans une blanchisserie) était adaptée

d'après la description qu'il en avait faite et que c'est dans cette activité antérieure ou dans un métier analogue que l'assuré serait le plus à même de mettre en valeur sa capacité de travail maximale résiduelle.

Dans un rapport médical du 25 octobre 2004, les Drs M. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistante auprès de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d' [...], ont posé comme diagnostics affectant la capacité de travail de l'assuré :

- trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant (F 45.4),
- épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11),
- maladie de Bechterew,

en précisant que ces diagnostics avaient été posés en 2001. Les psychiatres retenaient comme handicaps fonctionnels, outre les dorsalgies, nuqualgies et polyarthralgies, une fatigue causée par de très importants troubles du sommeil et relevaient que la fatigue affectait les capacités de concentration et de résistance physique. Indiquant que l'assuré avait bénéficié d'un suivi psychiatrique du 13 mai 2003 au 13 janvier 2004, ils relevaient que les troubles du sommeil et les douleurs persistaient malgré les nombreux traitements essayés et que, vu l'incapacité de l'assuré de parler d'un vécu émotionnel, tant sur les événements de sa vie que sur sa symptomatologie douloureuse, le pronostic à long terme était réservé. Ils estimaient que la capacité de travail résiduelle était de 50 % dans l'activité exercée jusqu'ici ou dans une autre activité, pour autant que celle-ci soit compatible avec ses douleurs.

Il ressort du rapport d'expertise du 20 septembre 2005 établi par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'OAI notamment ce qui suit :

"Diagnostic

Lors du présent examen, il apparaît surtout un tableau douloureux chronique et diffus, mal systématisé, sans co-morbidité psychiatrique franche et, semble-t-il, non totalement expliqué par l'affection rhumatologique inflammatoire dont souffre réellement M. Y. \_\_\_\_\_ (Maladie de Bechterew). Il existe bien quelques éléments subjectifs de dépression (fatigue, baisse de l'humeur), mais ils n'ont aucun corrélat objectif, et ils semblent étroitement liés aux plaintes

douloureuses. Quant à la fatigue, elle pourrait être imputée aux apnées du sommeil plus qu'à la dépression. On est donc face à ce que la CIM-10 appelle *Syndrome douloureux somatoforme persistant*, tableau douloureux chronique classé, par défaut, dans les affections psychiques, mais dont on ignore tout des causes et qui n'a pas de traitement connu à ce jour. La CIM-10 postule que les douleurs somatoformes sont dues à des *conflits émotionnels et [à] des problèmes psychosociaux*. Dans le cas de M. Y. \_\_\_\_\_, il existe indiscutablement une difficulté d'insertion dans la vie active et dans la société depuis qu'il est arrivé en Suisse. Cela s'est traduit par un repli social et par des échecs sur le plan professionnel et conjugal. (...)

Il me semble difficile de poser actuellement le diagnostic d'*Episode dépressif* sur la base des seuls rares éléments subjectifs présents. Je relève d'ailleurs que le diagnostic d'*Episode dépressif moyen* retenu par les psychiatres du [...] d' [...] l'a été surtout sur la base des plaintes physiques (fatigue et douleurs), la symptomatologie purement dépressive étant peu prononcée (*thymie légèrement abaissée*). L'absence d'hospitalisation psychiatrique à ce jour, et l'absence de traitement psychiatrique et antidépresseur en ce moment, confirment l'impression d'une atteinte psychiatrique peu prononcée depuis le début des troubles et en tut cas actuellement. Pour ce qui est des "discordances" observées dans le contact et dans l'apparence, elles sont sans explication. Il se peut que ce soit des observations analogues qui aient conduit le psychiatre consultant de l'Hôpital d' [...] à évoquer un *possible fond psychotique*, en novembre 2001. Mais actuellement il n'y a pas d'argument pour un diagnostic de trouble psychotique. Il est probable que la personnalité de l'expertisé soit particulière, au vu de sa trajectoire socio-professionnelle et affective, mais les renseignements disponibles et les constatations actuelles ne permettent pas de poser un diagnostic de trouble de la personnalité au sens clinique. La possibilité d'une *Anorexie mentale* pour expliquer la maigreur paraît peu probable, en l'absence des autres critères diagnostiques.

En conclusion, le seul diagnostic "psychiatrique" qui puisse être retenu dans l'état actuel est celui de *Syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4)*.

#### Répercussions sur la capacité de travail

Le *Syndrome douloureux somatoforme persistant* étant purement subjectif, il est toujours très difficile d'évaluer médicalement ses répercussions fonctionnelles, notamment sur la capacité de travail. Faut de critères médicaux indiscutables, ce sont des critères juridiques qui, en Suisse, déterminent le caractère invalidant ou non du trouble douloureux somatoforme. Les critères de la dernière jurisprudence du Tribunal Fédéral des Assurances (avril 2004) en la matière sont très restrictifs. Par principe, le trouble douloureux somatoforme est considéré comme non invalidant, à deux exceptions près :

1. présence d'une co-morbidité psychiatrique sévère et durable, ou :
2. présence d'une combinaison de plusieurs éléments d'ordre médical et social.

Dans le cas de M. Y. \_\_\_\_\_, il est difficile de retenir la présence d'une co-morbidité psychiatrique sévère et durable. En effet, si l'expertisé a probablement présenté, dans le passé, des moments

dépressifs et même un *Episode dépressif* au sens de la CIM-10, actuellement il n'existe pas d'arguments probants pour un tel diagnostic. Il n'y a pas non plus d'évidence pour une autre atteinte psychiatrique sévère et durable.

Pour ce qui est de la seconde exception reconnue par la jurisprudence du TFA (combinaison de plusieurs éléments), la situation se présente comme suit :

- l'atteinte somatique chronique est attestée (*Maladie de Bechterew* et *Syndrome d'apnée du sommeil*); il ne m'appartient pas d'évaluer sa sévérité
- sur le plan social, la désinsertion de M. Y. \_\_\_\_\_ semble très prononcée si l'on se fonde sur ses affirmations : il ne travaille plus depuis début 2003; depuis fin 2003 il n'a pas de domicile fixe et "squatte" chez des amis ou chez des membres de sa famille; ses moyens d'existence sont précaires (1100 frs, dont près de la moitié est versée à sa fille); enfin sa vie sociale est réduite. Ces affirmations sont plausibles, même si certaines incohérences avec le "statut" de SDF ont été relevées : usage d'un natel, bonne hygiène personnelle et propreté des habits; mais il est hors des moyens du médecin expert de vérifier les conditions de vie réelles de l'expertisé
- sur le plan psychique, l'état *cristallisé* évoqué par la jurisprudence semble atteint ou près de l'être, dans la mesure où aucune intervention psychothérapeutique ne semble plus envisageable selon les psychiatres du [...] d' [...] qui l'ont traité en 2003-2004; et cela non seulement parce que le patient n'est pas demandeur, mais parce que, d'après les psychiatres, *ses capacités très restreintes d'élaboration l'empêchent de bénéficier d'un suivi psychiatrique* (cf supra); au vu des constatations faites lors du présent examen, il paraît en effet peu probable qu'un traitement psychothérapeutique soit réalisable; quant au traitement psychopharmacologique, il a été tenté sans succès.
- enfin, toutes les tentatives de traitement des douleurs, ambulatoires et stationnaires ont échoué.

L'appréciation de ces critères étant du domaine juridique, je me bornerai à émettre un avis de médecin. S'agissant d'un *Syndrome douloureux somatoforme persistant*, cet avis est basé sur l'impression clinique, faute de critères médicaux objectifs. Tenant compte de l'ensemble des données médicales, physiques (y compris le *Syndrome d'apnées du sommeil*, qui entraîne habituellement une fatigue chronique notable) et psychiques, il me paraîtrait raisonnable de reconnaître à l'expertisé une incapacité de travail durable de 50 %."

L'expert psychiatre a précisé que l'activité exercée jusqu'alors par l'assuré était encore exigible à 50 % comme toute autre activité non qualifiée et que l'incapacité de travail de 50 % existait depuis mai 2001.

Dans un avis médical du 1<sup>er</sup> décembre 2005, la Dresse N. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a indiqué qu'elle ne partageait pas l'avis de l'expert L. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne le

caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant et la répercussion de ce diagnostic sur la capacité de travail de l'assuré, considérant en particulier qu'il n'y avait pas perte d'intégration puisque l'assuré gardait des contacts réguliers avec sa fille et son frère et s'arrangeait pour trouver un toit pour la nuit auprès d'amis, ni état psychique cristallisé puisqu'il n'y avait pas atteinte à la santé psychique, ni affection corporelle chronique, les plaintes essentielles de l'assuré se rapportant à des douleurs qui ne trouvent aucune explication médicale, ni échec des traitements conformes aux règles de l'art. Elle a relevé pour le surplus que lors du premier refus de prestations AI, les diagnostics retenus étaient les mêmes qu'à ce jour, qu'il avait été retenu une absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, de sorte que l'on se trouvait dans le même cas de figure que lors de la décision du 5 avril 2001.

L'avis juriste de l'OAI du 13 février 2006 relève que l'assuré, qui, selon l'expertise rhumatologique du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2004, dispose d'une capacité de travail totale dans l'ancienne activité de laveur et dans toute activité adaptée, ne présente pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante selon l'expertise L. \_\_\_\_\_ du 20 septembre 2005. Se référant à l'avis SMR du 1<sup>er</sup> décembre 2005, il considère que les critères dits de Mosimann indiqués par la jurisprudence du Tribunal fédéral pour admettre à titre exceptionnel le caractère invalidant du syndrome somatoforme douloureux persistant ne sont pas non plus présents dans le cas de l'assuré, de sorte que le trouble somatoforme douloureux persistant ne saurait être considéré comme invalidant.

Par décision du 16 février 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité pour le motif que les renseignements médicaux en sa possession ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, aucun élément objectif n'indiquant que la capacité de l'assuré était limitée.

Le 4 février 2006, l'assuré a formé opposition à la décision de l'OAI du 16 février précédent en faisant valoir que sa situation médicale et son état de santé psychique, avec une dernière hospitalisation en février 2006, l'empêchaient d'exercer toute activité.

Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2006, l'assuré, désormais représenté par Me Franziska Lüthi, a complété son opposition en faisant valoir que l'expertise psychiatrique, qui retient une incapacité de travail durable de 50 %, satisfaisait aux exigences de la jurisprudence en la matière, aboutissait à des résultats corroborés par les rapports du Dr H. \_\_\_\_\_ notamment et que les explications fournies par le SMR quant aux raisons qui l'avaient amené à s'écarter de l'expertise psychiatrique n'étaient pas convaincantes. Il a requis que la décision du 16 février 2006 soit annulée et qu'une rente d'invalidité lui soit accordée sur la base de l'expertise psychiatrique. Subsidiairement, l'assuré a requis que l'instruction du dossier soit complétée en ce qui concerne l'atteinte psychiatrique.

Le 12 juillet 2006 l'assuré a transmis à l'OAI le courrier que le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin adjoint et responsable de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d' [...] avait adressé à son conseil le 6 juillet précédent. Ce courrier indique notamment ce qui suit :

"M. Y. \_\_\_\_\_ est suivi dans notre Unité de Psychiatrie Ambulatoire depuis le 31 mars 2006, après deux autres suivis psychiatriques en 2001 et en 2003.

Il se plaint de douleurs multiples: dorsalgies, nuqualgies, polyarthralgies qui sont de plus en plus intenses. Le début de la symptomatologie douloureuse se retrouve dans l'enfance du patient mais les douleurs sont devenues presque permanentes à partir de 2001. M. Y. \_\_\_\_\_ évoque d'importants troubles du sommeil sous forme de difficultés d'endormissement ainsi qu'une sensation intense de fatigue qui se manifeste et persiste pendant toute la journée.

L'examen objectif montre un patient bien orienté, calme, collaborant. Nous constatons une thymie triste et un important ralentissement psychomoteur ainsi qu'une apathie. Il évoque une aboulie, une anhédonie et une diminution de l'appétit.

Le patient exprime des idées suicidaires à caractère fluctuant. Il n'y a pas de signes de la lignée psychotique. Le discours est cohérent centré sur ses douleurs mais le patient n'a pas la capacité de parler

d'un vécu émotionnel qui peut être mis en relation avec sa symptomatologie douloureuse.

Nous avons retenu le diagnostic suivant :

- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11
- Trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant F45.4

Actuellement, M. Y. \_\_\_\_\_ suit une thérapie intégrée avec des entretiens une fois par mois et un traitement médicamenteux antidépresseur et hypnotique mais sans amélioration notable de la symptomatologie.

Par rapport au passé, nous avons constaté une aggravation du tableau clinique avec des douleurs chroniques qui sont de plus en plus invalidantes, une symptomatologie négative importante (anhédonie, aboulie, apathie) ainsi qu'un retrait social de plus en plus marqué.

Nous constatons que la symptomatologie de M. Y. \_\_\_\_\_ répond aux critères de Mosimann concernant les troubles somatoformes douloureux."

Dans un avis SMR du 31 octobre 2007, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

"Après une relecture attentive de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_, je me dois de dire que je ne partage pas l'avis de la Dresse N. \_\_\_\_\_. A titre personnel, je considère, en accord avec le Dr L. \_\_\_\_\_, que la désinsertion sociale, la cristallisation de l'état de santé et l'échec des traitements justifient une incapacité de travail.

L'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ me paraît en tous points probante. Ses conclusions ne le sont pas moins. En bref, il retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, que personne ne conteste. Il souligne aussi l'absence de comorbidité psychiatrique significative. Il explique ensuite que, dans ce contexte, le caractère invalidant du trouble somatoforme repose sur un certain nombre de critères dits de Meyer-Blaser (réf. : ou de Mosimann), qu'il énumère en détail.

Selon son appréciation médicale, il est d'avis qu'une incapacité de travail de 50% est justifiée.

Il souligne fort à propos que l'appréciation des critères de Meyer-Blaser est du domaine juridique, et non médical. Ces critères sont passés en revue et commentés. Dès lors, il appartient aux juristes, et non pas aux médecins, de se prononcer sur le caractère invalidant de la maladie."

Par décision sur opposition du 21 décembre 2007, l'OAI a confirmé sa décision rejetant la demande de prestations d'invalidité de l'assuré pour le motif que celui-ci ne présentait pas d'atteinte médicale

invalidante au sens de l'AI. A cet égard, il a retenu, en se fondant sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr L.\_\_\_\_\_ que l'assuré ne présentait pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante permettant de considérer que le trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué était invalidant. Quant aux autres critères posés par la jurisprudence pour admettre exceptionnellement le caractère invalidant de ce trouble, il a estimé, en s'écartant sur ce point des conclusions de l'expertise psychiatrique, que l'assuré ne présentait ni perte d'intégration sociale, ni affection corporelle chronique, ni état psychique cristallisé et enfin qu'on ne pouvait considérer que tous les traitements médicamenteux avaient été traités. Cela étant, l'OAI a considéré que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Pour le surplus, il a indiqué que le courrier des médecins de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire du 6 juillet 2006 n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, l'état dépressif retenu par les psychiatres traitants ne pouvant, selon la jurisprudence, faire l'objet d'un diagnostic séparé, soit constituer une comorbidité psychiatrique, dès lors qu'il apparaît comme l'une des manifestations d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux.

**D.** Par acte du 1<sup>er</sup> février 2008, Y.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition de l'OAI du 21 décembre 2007, en concluant principalement à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'assuré a fait valoir en substance que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr L.\_\_\_\_\_ satisfaisait pleinement aux conditions de la jurisprudence et qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de ses conclusions. Il a relevé que, comme l'expert, les psychiatres traitants considéraient que la symptomatologie de l'assuré répondait aux critères de Mosimann concernant le trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'il y avait lieu de considérer ce dernier comme invalidant au sens de l'AI et de retenir une incapacité de travail de 50 %.

Le 26 février 2008, l'OAI a indiqué qu'il confirmait la décision sur opposition du 21 décembre 2007, tant dans ses conclusions que dans ses motifs. Il a conclu au rejet du recours.

Par courrier du 27 avril 2010, le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales a indiqué aux parties que, vu les avis médicaux divergents concernant l'état de santé psychique du recourant, il estimait qu'une expertise psychiatrique judiciaire s'avérait nécessaire et qu'il envisageait de la confier au Dr S.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre spécialiste en matière de troubles somatoformes. Il a imparti un délai au 12 mai 2010 aux parties pour faire savoir si elles s'opposaient à la désignation de cet expert et pour produire leur questionnaire à son attention.

Par lettre du 6 mai 2010, l'OAI a notamment indiqué qu'il ne s'opposait pas à la désignation du Dr S.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert.

Le 12 mai 2010, le recourant a notamment indiqué au juge instructeur que la désignation du Dr S.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert lui paraissait judicieuse.

**E.** Le 27 septembre 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport d'expertise. Celui-ci qui se fonde sur l'examen du recourant les 19 et 23 août 2010, un entretien téléphonique avec le Dr H.\_\_\_\_\_, la lecture du dossier mis à sa disposition par l'OAI et les rapports d'hospitalisations du recourant au Centre de psychiatrie [...]. Après avoir posé les diagnostics de :

- syndrome de dépendance lié à l'utilisation de substances psycho-actives multiples,
- syndrome douloureux somatoforme persistant,
- trouble de personnalité non spécifié,

l'expert conclut notamment à l'absence d'une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques en relevant en particulier les éléments suivants :

**"Diagnostics**

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de :

- **Syndrome de dépendance lié à l'utilisation de substances psycho-actives multiples (F19.24)**
- **Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)**
- **Trouble de la personnalité NS (non spécifié) (F60.9)**

Selon les critères et la dénomination des ouvrages de référence.

### **Appréciation finale**

#### **Résumé du cas**

L'assuré est un ressortissant macédonien de langue maternelle turque qui dit avoir été adopté et qui est vraisemblablement né d'un cousin de son père. On n'a pas d'informations sur le développement psychomoteur. La scolarité, commencée tardivement, aurait été très laborieuse.

Dans la suite, l'expertisé semble avoir essentiellement travaillé sur le domaine agricole familial. Il dit être venu en Suisse en 1997. Il a travaillé un peu plus d'une année comme casseroier. Après des arrêts de travail et une courte période de chômage, il a fini par trouver un emploi stable de quatre ans dans une blanchisserie jusqu'en 2003. Depuis lors, M. Y. \_\_\_\_\_ dit n'avoir plus jamais repris d'activité lucrative.

Sur le plan personnel, cet homme a épousé une Suisseuse qu'il dit avoir rencontrée en Macédoine. Cette femme a un enfant d'un premier lit dont la paternité fait l'objet de rumeurs dans la famille. L'assuré dit avoir eu une fille de son épouse en 2001. Il est maintenant divorcé. Il dit garder de bons contacts tant avec son épouse qu'avec ses deux enfants.

Sur le plan psychiatrique, on retiendra le père adoptif alcoolique et vraisemblablement violent. On retiendra les difficultés scolaires. On retiendra encore l'inaptitude au service militaire, en raison de troubles psychiatriques vraisemblablement graves. L'assuré reste évasif sur ses antécédents.

M. Y. \_\_\_\_\_ a présenté des douleurs de l'appareil locomoteur dès l'enfance. Il dit avoir été traité et hospitalisé à plusieurs reprises dans son pays. A la fin des années 90, il a été l'objet d'investigations et de traitements en Suisse. Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante avec HLAB27 positif s'est progressivement imposé. La discordance entre l'importance des plaintes et les bases somatiques objectives a fait retenir le syndrome douloureux somatoforme persistant ou la fibromyalgie.

L'assuré a été mis au bénéfice de suivis psychiatriques épisodiques en 2001, 2003 et 2006, selon les informations à disposition. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises en milieu psychiatrique. Depuis plus d'une année, il dit ne plus avoir de prise en soins psychiatrique ou psychothérapeutique par spécialiste.

Le traitement actuel correspond à ce qui se pratique ordinairement dans les situations de douleurs somatoformes. Il y a le suivi du médecin de premier recours à raison d'une consultation mensuelle. Il y a des séances de physiothérapie par blocs quelques fois par année. Les spécialistes n'interviennent qu'à la demande du médecin traitant.

Dans le cas particulier, la médication est devenue lourde. Il y a un antidépresseur. Il y a des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il y a un antiépileptique prescrit dans certaines douleurs chroniques. Il y a enfin le tramadol dont l'assuré reconnaît abuser, sans qu'on sache la provenance de la totalité de sa médication par voie orale, le relevé de ce qui a été prescrit chez le pharmacien n'apportant pas la notion d'abus.

L'expertisé dit aller de mal en pis et se déclare totalement incapable de travailler dans quelle qu'activité que ce soit.

### **Appréciation diagnostique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient *un syndrome de dépendance lié à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble de personnalité non spécifié.*

- *Syndrome douloureux somatoforme persistant*

(...)

Dans le cas présent, Il ne fait guère de doute que l'expertisé se plaint de douleurs, que ses douleurs sont sa préoccupation permanente et intense et qu'elles se situent dans un contexte de détresse psychologique et sociale manifeste. Ces douleurs ne sont pas entièrement expliquées par un socle organique objectif. L'anamnèse et l'observation permettent de constamment retenir cette situation clinique. (...)

Il n'y a pas de trouble dépressif suffisamment sévère et typique qui permettrait d'exclure le trouble somatoforme. Il n'y a pas de trouble psychotique et schizophrénique en particulier. Il n'y a pas d'arguments pour retenir un autre trouble somatoforme que le syndrome douloureux somatoforme persistant.

Au vu de ce qui précède, on doit retenir ici le syndrome douloureux somatoforme persistant, conformément à la définition qu'en donne la CIM-10. Le trouble est constamment repris au dossier, même si les dénominations qui lui sont données ne respectent le plus souvent pas exactement la terminologie de la CIM-10.

(...)

- *Syndrome de dépendance lié à l'utilisation de substances psycho-actives multiples*

(...)

Bien que la chose ne soit jamais formellement mentionnée au dossier, il est évident que l'assuré a une prise fantaisiste de sa médication psychotrope et qu'il tend à abuser de certaines substances et du tramadol en particulier. Il rapporte de lui-même prendre trois à cinq comprimés de Tramal 100 mg par jour alors que la posologie maximale est de 400 mg. En parallèle, il a une injection hebdomadaire du même produit chez son médecin traitant. Il tend à réclamer d'autres substances et des hypnotiques en particulier. Cette problématique remonte à 2004 au moins, sachant qu'elle est mentionnée dans le rapport médical du 19.04.2004 du service de psychiatrie adulte (...).

Dans un tel contexte le soussigné a recherché les substances addictives habituelles par ce qu'elles laisseraient comme traces dans le sang et les urines. Il n'a pas retrouvé de traces d'alcoolisme ni des drogues classiques (cannabis, héroïne, morphine, codéine). Le tramadol se retrouve par contre à un taux sérique de plus de 30% du taux maximal admis en date du 23.08.2010. Ce taux confirme l'abus du produit, même si des facteurs métaboliques propres à l'assuré peuvent toujours être évoqués. L'assuré ne cache d'ailleurs pas sa consommation abusive.

L'expertisé a certainement développé une tolérance, au vu de son état tout de même convenable avec un tel taux sérique de tramadol dans le sang lors de la deuxième consultation. La dépendance ne fait guère de doute, sachant que M. Y. \_\_\_\_\_ semble avoir organisé son existence actuelle autour de la quête et de la consommation de substances psycho-actives et du tramadol en particulier.

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui légitime de retenir le syndrome de dépendance à des substances psycho-actives multiples et au tramadol en particulier, même si cette pathologie n'a pas été notée dans le libellé diagnostique jusqu'ici.

• *Trouble de personnalité*

Dans le cas présent, on doit admettre que l'expertisé n'a jamais bien fonctionné, en tous les cas depuis son émigration en Suisse, sachant qu'il n'a tenu que quatre ans dans un emploi stable. Il y a notion de difficultés scolaires. Si on ne sait rien de la suite, il y a tout de même une inaptitude au service militaire pour motifs psychiatriques.

Ce qu'on observe et qui a été observé, notamment lors des hospitalisations en milieu psychiatrique relève d'attitude projective, d'une méfiance excessive, d'une difficulté à aborder les émotions et d'une intolérance aux frustrations.

Au vu de ce qui précède, il paraît dès lors justifié de retenir des caractéristiques générales d'un trouble de personnalité, même si la chose n'a jamais été formellement notée jusqu'ici.

La recherche d'un trouble spécifique de personnalité n'est pas véritablement contributive. Il y a des éléments de dépendance, sans plus. Il y a des éléments théâtraux qu'on retrouve chez les personnalités narcissiques et certains borderlines. Il y a les difficultés de contact de certaines personnalités schizoïdes. On n'a pourtant pas les critères pour retenir un seul de ces troubles

spécifiques. Pour ce motif, le soussigné retient un trouble de personnalité NS (non spécifié), selon les règles du DSM-IV-TR dans un tel cas.

• *Autres pathologies psychiatriques*

Le dossier note fréquemment une pathologie dépressive. Il y a certes une fragilité psychologique qui s'exprime par une réactivité excessive aux problèmes existentiels. L'assuré peut alors présenter une symptomatologie dépressive transitoire. La composante réactionnelle est primordiale. La sévérité ne rejoint pas le seuil d'un épisode dépressif sur la durée.

Si on peut admettre l'existence de tableaux cliniques du registre du trouble de l'adaptation à un moment ou à d'autres de l'évolution de l'assuré, le soussigné est persuadé qu'on n'est pas dans le domaine du trouble dépressif récurrent.

Le soussigné rejoint par là l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_ et ce que retiennent les dernières lettres de sortie du secteur psychiatrique du [...]. (...)

**Appréciation assécurologique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient finalement *un syndrome douloureux somatoforme persistant, une dépendance à des substances psycho-actives multiples et un trouble de personnalité non spécifié.*

(...)

• *Appréciation clinique*

Le soussigné a beaucoup hésité dans cette appréciation particulièrement difficile avant d'arriver à la prise de position suivante.

Actuellement, c'est bien plus la consommation abusive de médicaments psycho-actives que la pathologie psychiatrique fonctionnelle qui entrave les performances de l'assuré. M. Y. \_\_\_\_\_ a des allures de toxicomane en activité. Il a d'ailleurs été brièvement interpellé par la police pour ce motif. Suite à cet abus, le fonctionnement intellectuel est déficitaire, comme cela se dégage du mini mental state de Folstein du 19.08.2010.

Lors du deuxième entretien, l'assuré avait d'ailleurs de la peine à s'exprimer. La démarche était ébrieuse. Il y avait des problèmes attentionnels. M. Y. \_\_\_\_\_ était occasionnellement somnolent.

Une telle présentation est évidemment incompatible avec une activité professionnelle, quelle qu'elle soit.

La question qui se pose est dès lors de savoir si on est face à une toxicomanie dite primaire ou secondaire, dans le sens que les règles usuelles d'application de la LAI donnent à ces deux qualificatifs.

En l'état, il n'y a pas de motifs à admettre que la consommation excessive de substances psycho-actives et du tramadol en particulier ait donné ici lieu à des troubles psychiatriques et cérébro-organiques, en particulier, irréversibles. Ce que présente l'assuré est un simple tableau d'abus de substances avec les signes et symptômes usuels somnolence, difficultés attentionnelles, dysarthrie, démarche ébrieuse. Ces symptômes disparaissent avec l'arrêt de la consommation de la substance en cause.

Par ailleurs, l'assuré présente de temps à autre une symptomatologie dépressive, dans la règle de peu de gravité. Celle-ci peut être partiellement liée à l'abus de substances psycho-actives. Elle devrait dès lors disparaître ou s'atténuer avec l'arrêt de la consommation de ces produits. Cette symptomatologie dépressive n'est par ailleurs pas suffisamment grave et durable pour valoir pour une incapacité de travail de longue durée.

En l'état, il n'y a par conséquent pas lieu d'admettre que la dépendance aux substances psycho-actives ait conduit ici à une atteinte à la santé physique ou mentale importante, durable et ayant valeur incapacitante en soi, dans la mesure où ce qui est actuellement constaté devrait disparaître avec l'arrêt de la consommation abusive des produits en cause et du tramadol, en particulier.

Par ailleurs, on doit se poser la question de savoir si la toxicomanie de M. Y. \_\_\_\_\_ est une conséquence d'une atteinte à sa santé physique ou mentale qui engendrerait per se une invalidité.

La consommation de substances psycho-actives est vraisemblablement apparue après le syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans la règle, ce syndrome n'est pas considéré comme incapacitant.

S'il y a des antécédents psychiatriques qui ont pu être graves au service militaire, tout indique que ce sujet a évolué vers la rémission. Le soussigné note enfin un trouble de personnalité pour marquer une certaine fragilité de l'assuré. Ce trouble n'a jamais été noté jusqu'ici, ce qui est déjà un indice qu'il n'est pas particulièrement sévère. Il n'a par ailleurs pas la gravité qui le rendrait incapacitant en soi. Il vaut essentiellement comme un facteur de fragilité et de chronicité.

En considérant tous ces points, on doit exclure que la toxicomanie soit ici la conséquence d'une affection psychiatrique qui aurait valeur incapacitante en soi. Le syndrome de dépendance à des substances psycho-actives multiples et au tramadol en particulier de M. Y. \_\_\_\_\_ doit par conséquent être considéré comme secondaire. En l'absence de la toxicomanie, on n'aurait pas ici les limitations fonctionnelles en rapport avec la consommation abusive de tramadol.

*•Points nécessitant un examen particulier en cas de troubles somatoformes*

En cas de trouble somatoforme, il convient d'examiner un certain nombre de points particuliers.

La comorbidité psychiatrique est un des points à considérer. De façon générale, elle doit être grave, typique, indiscutable sur le plan diagnostique et avoir valeur incapacitante en soi pour qu'elle puisse être envisagée de façon indépendante de ce que désigne déjà le trouble somatoforme.

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique est essentiellement constituée d'une toxicomanie qu'on doit qualifier de secondaire. Elle ne saurait dès lors avoir valeur incapacitante si on applique les règles usuelles en la matière.

Par ailleurs, l'assuré présente un trouble de personnalité. Celui-ci est de peu de gravité. Il n'a d'ailleurs jamais été retenu au dossier. Le soussigné l'a noté pour mettre en exergue une certaine fragilité et les risques d'évolution vers la chronicité.

Le soussigné réfute le trouble dépressif récurrent. Même s'il était retenu, ce dernier n'a jamais eu des caractéristiques de sévérité telle qu'il doive être considéré à part de ce que désigne le syndrome douloureux somatoforme persistant.

En l'état, on ne peut dès lors retenir ici une comorbidité psychiatrique suffisamment sévère et durable pour qu'elle justifie d'être considérée à part et valoir pour une incapacité de travail.

En cas de trouble somatoforme, le deuxième critère à considérer est celui de l'intégration sociale (et de la vie et des capacités relationnelles des sujets en cause).

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes graves perdent leurs contacts sociaux et leurs capacités relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur famille. Ils ne sortent quasiment plus. Ils n'ont plus d'amis. Ils n'ont plus de visites. Ils se désintéressent des médias et de l'actualité. Ils vivent cloîtrés dans leur chambre allant jusqu'à éviter les repas avec leurs proches. Ils peuvent inverser leur rythme nyctéméral, vivant la nuit et dormant de jour, afin d'être davantage isolés. Pour le soussigné, de telles situations vont dans le sens d'un trouble somatoforme gravissime et ont d'ailleurs pour règle une comorbidité psychiatrique le plus souvent sévère.

Dans le cas présent, l'assuré est certes isolé. Son réseau social est réduit à un minimum. Il lui reste pourtant les contacts avec sa famille d'origine et les deux frères aînés, en particulier. Il lui reste de bons liens avec sa belle-soeur et les enfants de celle-ci. Il reste encore des liens avec son épouse et sa fille. L'assuré garde de bonnes capacités relationnelles. Il s'est impliqué dans les contacts humains qu'il a à la pharmacie qui lui délivre les médicaments et dans le cabinet médical du médecin traitant. On ne peut dès lors pas retenir de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme, on constate que l'assuré ne présente pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations figurant au dossier. La maladie de

Bechterew n'est pas ici particulièrement sévère. Elle permet d'ailleurs une activité professionnelle dans un travail adapté tel que celui que l'assuré effectuait dans une blanchisserie industrielle, d'après ce qu'on peut lire au dossier.

On peut par contre admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assuré durent depuis des années. On peut aussi admettre la résistance au traitement, l'expertisé bénéficiant des soins adéquats, compte tenu de ce qui peut être proposé dans son cas. L'observance thérapeutique n'est pourtant pas bonne. Tout indique que l'assuré gère sa médication à sa manière et qu'il a trouvé des moyens pour obtenir plus de tramadol que ce à quoi il aurait droit.

Dans le cas de M. Y. \_\_\_\_\_, on doit admettre que la situation a quelque chose de figé et de cristallisé. Rien ne change depuis des années. Rien ne paraît vouloir changer à moyen terme. Cette présentation clinique n'est pourtant pas seulement liée au trouble somatoforme. Pour le soussigné, elle relève aussi et peut-être principalement de la dépendance au tramadol.

Au terme de cette réflexion, on doit par conséquent admettre qu'il n'y a pas ici les critères de sévérité qui permettraient de faire l'exception et de ne pas exiger de l'assuré qu'il surmonte sa douleur somatoforme et reprenne son activité professionnelle dans un travail adapté à ses limitations physiques, dans la mesure où on applique les règles usuelles en la matière.

En l'état, la prise en soins peut être considérée adéquate tant en qualité qu'en quantité au vu de ce qui peut être fait dans un tel cas.

Il est vrai qu'on devrait tenter de réduire la consommation de certaines substances psycho-actives et du tramadol en particulier. Il n'est pas certain que cela soit possible, sans passer par une hospitalisation et peut-être une situation de crise tant psychiatrique que somatique (risque de convulsions). Le suivi spécialisé n'apporterait probablement rien de plus, dans la mesure où l'assuré ne veut ou ne peut pas s'y engager.

Sur le plan professionnel, il n'y a guère de mesures à proposer, sachant que l'expertisé est convaincu qu'il est totalement incapable de reprendre son travail. Le pronostic à long terme n'est vraisemblablement pas bon."

Par déterminations du 20 octobre 2010, l'OAI a déclaré se rallier à l'analyse de la situation effectuée par le SMR le 7 octobre 2010 qu'il a jointe à son courrier et a conclu au rejet du recours. Dans l'avis SMR du 7 octobre 2010, les Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ relèvent que l'expert S. \_\_\_\_\_ considère qu'il n'y a pas d'incapacité de travail psychiatrique, ce qui confirme la position de l'OAI retenant une pleine capacité de travail dans l'activité précédemment exercée et dans toute autre activité

adaptée. Ils concluent que, s'agissant d'un recours, c'est au tribunal qu'il appartient de trancher.

Le 22 novembre 2010, le recourant s'est déterminé sur le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ en ces termes :

"(...) nous vous faisons parvenir ci-joint le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2010 qui fait partie intégrante de notre prise de position.

Pour le surplus, on constate à la lecture de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ que sa conclusion - pas d'incapacité de travail psychiatrique - est basée sur une hypothèse (plus de symptômes après adaptation de la médication) et non sur la situation actuelle du recourant.

En effet, le Dr S.\_\_\_\_\_ constate que le recourant souffre actuellement d'un syndrome de dépendance lié à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble de personnalité non spécifié. Il précise que le recourant a un fonctionnement intellectuel déficitaire et que lors d'un entretien il avait de la peine à s'exprimer, avait des problèmes attentionnels et était occasionnellement somnolant (page 21). Il admet aussi que les troubles du recourant durent depuis des années, qu'il a une résistance au traitement (page 23) et qu'il ne voit guère que proposer tant sur le plan médical que professionnel (page 26). Son pronostic à long terme est par conséquent sombre (pages 26 et 27).

Compte tenu de cette description (résumée) du recourant, il paraît évident que sa capacité de travail ne peut être entière.

Mais l'expert considère qu'aussi bien les symptômes liés à la consommation excessive de substances psycho-actives que la symptomatologie dépressive disparaîtraient avec l'arrêt de la consommation de ces produits. Il précise cependant que la réduction de la consommation ne sera probablement pas possible sans passer par une hospitalisation et peut être une situation de crise tant psychiatrique que somatique (page 27).

Il faut relever que cette consommation n'est pas une consommation de drogues classiques mais de médicaments que le recourant doit prendre en raison des douleurs qui constituent son problème principal et qui sont en constante augmentation. Il ne sera dès lors pas facile de trouver un équilibre entre la dose nécessaire pour calmer les douleurs et celle permettant de ne pas avoir d'effets secondaires.

En ce qui concerne le trouble somatoforme, l'expert confirme que les critères de processus maladif de longue durée, de résistance au traitement et d'état psychique cristallisé peuvent être admis (page 23). Il ne retient pas le critère de l'intégration sociale, car d'après lui, malgré un réseau social réduit au minimum, le fait que le recourant voit occasionnellement sa fille et va chercher ses médicaments à la pharmacie implique des contacts humains, ce qui montrerait que le recourant garde de bonnes capacités relationnelles. Cependant, il ne s'agit là que de contacts limités au strict minimum nécessaire à la survie et aucunement d'une intégration sociale comme on l'entend usuellement.

Ainsi, en l'état actuel, l'incapacité de travail du recourant paraît évidente et ce n'est qu'après un éventuel sevrage - si un tel est effectivement envisageable d'un point de vue médical (ce que le Dr H.\_\_\_\_\_ conteste) - que l'on pourra évaluer sa capacité de travail déterminante pour l'Al.

(...)"

Dans un courrier du 15 novembre 2011 adressé au conseil du recourant concernant le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé que l'ensemble du grave syndrome douloureux somatoforme persistant que présentait son patient entraînait un sévère handicap que la médecine moderne ne pouvait pas plus efficacement traiter ou atténuer, de sorte que, selon lui, seule était possible la reconnaissance d'une incapacité de gain complète pour laquelle il y avait lieu d'accorder une rente. Il a fait valoir qu'alors qu'il suivait le recourant à sa consultation depuis plus de dix ans, celui-ci n'avait jamais dévié dans ses plaintes douloureuses, qui avaient été progressivement crescendo en intensité ces dernières années, que tous les traitements possibles admis à ce jour par la science -médicamenteux ou de physiothérapie - avaient été tentés sans amendement notable à ce jour de ses douleurs, que cette situation avait entraîné, depuis plusieurs années, une importante consommation d'antalgiques dérivés des opiacés (Tramal) qui ne pouvait être interrompue et qui, à elle seule, déterminait d'importantes difficultés psychiques et cognitives qui empêchaient toute activité professionnelle, qu'en outre le recourant vivait totalement reclus et enkysté dans ses douleurs rebelles qui conditionnaient toute son existence, que c'est ainsi qu'il avait perdu son épouse, ne pouvait supporter de voir sa fille unique plus d'une à deux fois par mois, environ une heure, avant de s'isoler à

nouveau à cause de ses douleurs, n'avait aucun ami et vivait comme un reclus même face aux proches qui l'avaient accueilli et chez lesquels il vivait.

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

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

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 francs.

**2.** Sont litigieuses en l'espèce l'évaluation de l'état de santé psychique du recourant, respectivement de sa capacité de travail. Il s'agit dès lors d'examiner si l'état de santé de l'assuré justifie le refus des prestations d'invalidité, notamment une rente.

**a)** Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail, 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). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % (art. 28 LAI) au moins.

**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).

L'assureur est tenu, 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 (TF I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 peuvent avoir 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 précité).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

**3. a)** D'emblée, il y a lieu de relever que, constatant que les rapports médicaux versés au dossier étaient contradictoires, particulièrement en ce qui concerne le caractère invalidant du syndrome somatoforme douloureux persistant que présente le recourant, le juge instructeur a mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a déposé son rapport le 27 septembre 2010.

Se fondant sur l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, et du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant, le recourant estime que son état de santé psychique (épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11 et trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant F45.4) ne lui permet plus d'exercer aucune activité professionnelle que ce soit. Pour sa part, l'intimé considère que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr S.\_\_\_\_\_ remplit tous les critères posés par la jurisprudence, si bien qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue.

**b)** Au vu de l'ensemble des pièces médicales relatives à l'état de santé psychique de l'assuré, on doit reconnaître à l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ une pleine valeur probante. Le rapport de l'expert du 27 septembre 2010 contient en effet une anamnèse complète et un condensé des renseignements tirés du dossier; il fait également état des indications subjectives délivrées par le recourant, ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen psychiatrique, qui s'est déroulé sur deux séances; il s'achève par une appréciation motivée des diagnostics retenus et de leur répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé d'un point de vue psychiatrique. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a clairement expliqué les motifs pour lesquels il n'avait retenu aucune incapacité de travail, malgré les diagnostics retenus de syndrome douloureux somatoforme persistant, de dépendance à des substances psycho-actives multiples et de trouble de personnalité non spécifié.

L'appréciation psychiatrique du Dr S.\_\_\_\_\_ est non seulement cohérente, mais elle n'est au demeurant pas remise en cause de manière déterminante par les rapports des autres médecins (rapport du 6 juillet 2006 du Dr M.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, et déterminations du 15 novembre 2010 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant), qui se sont exprimés sur l'état de santé psychique du recourant. Que ceux-ci ne partagent pas l'opinion de l'expert judiciaire en ce qui concerne la gravité des troubles psychiatriques diagnostiqués et leur impact sur la capacité de travail de l'intéressé ne suffit pas à battre en brèche ses conclusions. En effet, au vu de la distinction consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire à celle-ci. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expertise (TF I 533/06 du 23 mai 2007, consid. 5.3 et les références). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Alors que l'expert judiciaire s'est, à juste titre, fondé *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6, p. 398 et ss), soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'Organisation mondiale de la santé, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10), pour retenir la présence d'un syndrome de dépendance lié à l'utilisation de substances psycho-actives multiples (F19.24), de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9) ainsi que pour évaluer leur intensité, leurs éventuels liens avec des facteurs contextuels, leur impact clinique et éventuellement handicapant, tant les déterminations du Dr H.\_\_\_\_\_ que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ se contentent d'indiquer les diagnostics retenus (épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11 et trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant F45.4), de souligner la gravité du trouble somatoforme douloureux persistant, d'énumérer un certain nombre de symptômes et d'affirmer que leur présence et leur intensité doit conduire à reconnaître une atteinte

invalidante à la santé, donc une incapacité de travail du recourant lui ouvrant le droit à une rente.

**c)** En tout état de cause, le rapport d'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ a été établi de manière consciencieuse, après avoir rencontré le recourant à deux reprises; il tient compte des opinions émanant des médecins et psychiatres qui ont suivi l'assuré et prend en considération les plaintes actuelles de l'intéressé. Son avis est en outre partagé par les Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ du SMR (avis médical du 7 octobre 2010), ainsi que par le Dr C. \_\_\_\_\_, qui dans son rapport d'expertise rhumatologique du 9 juillet 2001, attribuait les discordances entre les plaintes et les éléments objectivés d'un point de vue rhumatologique à la présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant, sans comorbidité psychiatrique, voire à de la simulation et estimait, dans ce contexte, qu'il n'y avait pas de limitations à la capacité de travail du recourant.

**4.** Sur le plan somatique, au vu de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, on doit également reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus à l'expertise rhumatologique Q. \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2004, laquelle n'est au demeurant pas contestée par le recourant. Elle se fonde en effet sur un examen clinique complet, expose de façon minutieuse et détaillée les éléments diagnostiques et comporte des conclusions claires. Il fait également état des indications subjectives délivrés par le recourant, ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen clinique; il s'achève par une appréciation motivée de la capacité de travail de l'intéressé compte tenu de l'ensemble des renseignements recueillis. L'expert Q. \_\_\_\_\_ a clairement expliqué les motifs pour lesquels il n'avait retenu aucune incapacité de travail, malgré les diagnostics retenus, soit un trouble somatoforme douloureux persistant, une spondylarthrite ankylosante avec LHAB27 positif et un syndrome d'apnée du sommeil. Il a notamment relevé que ni l'examen clinique ni les radiographies ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes douloureux, leur intensité, leur localisation ubiquitaire et leur retentissement sur le

fonctionnement actuel et que la présence à l'examen clinique de signes comportementaux sous la forme d'une exagération de la réponse verbale, une projection non anatomique de la douleur et 14 sur 18 points de Smythe douloureux à la palpation, complété par l'évocation d'une fatigue généralisée, d'une tristesse, de troubles mnésiques et de la concentration, d'état vertigineux, de céphalées restaient évocateurs d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Du point de vue rhumatologique seul, il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité professionnelle légère épargnant les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 15 kilos et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, telle que celle précédemment exercée par le recourant (laveur dans une blanchisserie).

Cela étant, il faut considérer que la situation médicale du recourant, tant sur le plan physique que psychique, est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il reste à déterminer quelles conséquences elle induit sur les prétentions du recourant.

**5. a)** Comme on l'a vu au considérant 3 ci-dessus, il ne se justifie pas que la Cour de céans s'écarte des conclusions de l'expert judiciaire S.\_\_\_\_\_ quant à la présence et à l'impact des troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant, de sorte qu'il convient d'admettre que le syndrome somatoforme douloureux persistant n'est pas invalidant et n'a pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. On relèvera tout au plus que, comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet,

l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. 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-38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2).

Dans le cas présent, il résulte clairement de l'expertise judiciaire que le recourant ne présente pas, en sus du syndrome somatoforme douloureux persistant, une comorbidité psychiatrique sévère par sa gravité, son acuité et sa durée. Après avoir exclu que le trouble de la personnalité non spécifié retenu remplisse les critères de gravité requis puisqu'il exprime plutôt la fragilité psychique que le recourant présente, l'expert a retenu que c'est bien plus la consommation abusive de

médications psycho-actives que le trouble somatoforme douloureux persistant qui entrave les performances du recourant et est incompatible avec une activité professionnelle quelle qu'elle soit. En outre, selon les conclusions de l'expertise, il n'y a pas de motifs pour admettre que le syndrome somatoforme douloureux persistant ait donné lieu à des troubles psychiatriques et cérébro-organiques irréversibles, les symptômes (sommolence, difficultés attentionnelles, dysarthrie, etc.) présentés par le recourant étant usuels en cas d'une consommation abusive de produits psycho-actifs multiples et disparaissant avec l'arrêt de la consommation de la substance en cause. Enfin, l'expert a expliqué que le syndrome de dépendance lié à l'usage de substances psycho-actives multiples, pour s'être manifesté après l'apparition du syndrome somatoforme douloureux persistant, n'était dans la règle pas considéré comme incapacitant. Dans son appréciation finale englobant tous ces points, le Dr S. \_\_\_\_\_ a également clairement exclu que la toxicomanie soit, dans le cas du recourant, la conséquence d'une affection psychiatrique qui aurait valeur incapacitante en soit, et estimé qu'elle devait être considérée comme secondaire. Quant aux autres critères déterminants dont la présence permet à titre exceptionnel de considérer un trouble somatoforme douloureux persistant comme invalidant, l'expert n'a pas retenu de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, en relevant avec pertinence que le recourant conservait des liens avec sa famille d'origine, sa belle-sœur et les enfants de celle-ci ainsi qu'avec son épouse et sa fille. Si le Dr S. \_\_\_\_\_ a reconnu un processus maladif de longue durée et une résistance au traitement, il a toutefois observé que l'observance thérapeutique n'était pas bonne puisque l'assuré avait reconnu lui-même gérer sa médication à sa manière et avait trouvé des moyens pour obtenir plus de Tramadol que ce à quoi il a droit d'un point de vue thérapeutique. De même, tout en reconnaissant que l'état du recourant avait "quelque chose de figé et de cristallisé", l'expert a estimé que cette cristallisation relevait aussi et peut-être principalement de la dépendance au Tramadol plutôt que du seul trouble somatoforme. Ainsi, au terme de sa réflexion, le Dr S. \_\_\_\_\_ a considéré que les critères de sévérité qui permettraient de ne pas exiger de l'assuré qu'il surmonte sa douleur somatoforme et reprenne son activité

professionnelle dans un travail adapté à ses limitations physiques n'étaient pas réunis et qu'en définitive, le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail psychiatrique.

**b)** En ce qui concerne l'état de santé somatique du recourant, il n'y a pas non plus de motifs de s'écarter des conclusions de l'expert Q.\_\_\_\_\_, qui a conclu de façon claire et convaincante que la maladie de Bechterew n'avait en l'état pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle celle de laveur en blanchisserie exercée précédemment.

Dans ces conditions, la Cour de céans retient que, du point de vue de l'assurance-invalidité, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle antérieure de laveur dans une blanchisserie industrielle ou dans tout autre travail adapté à ses limitations somatiques fonctionnelles. Par conséquent, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que le recourant ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité et qu'il a rejeté sa demande de prestations.

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).



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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 21 décembre 2007 est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant Y.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Franziska Lüthi, avocate auprès de Procap protection juridique, à Bienne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :