

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 octobre 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Rossier et M. Zbinden, assesseurs
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

Y._____, à Vevey, recourant, représenté par Protekta Assurance de protection juridique SA, à Berne,

et

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

Art. 7, 8, 43 al. 1, 61 let. c LPGA ; art 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, ressortissant suisse, marié et père deux enfants dont l'un est majeur, travaillait en qualité de manoeuvre pour la société T._____, à Vevey, depuis le mois de mars 1989. Le 5 décembre 2006, il est tombé en incapacité de travail et a perçu des indemnités de l'assurance perte de gain maladie de son employeur, Z._____ (ci-après : Z._____) jusqu'au 23 novembre 2008. Il a été licencié de l'entreprise T._____ à cette date.

B. Le 2 octobre 2007, Z._____ a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) une demande de prestations AI, tendant à l'octroi de mesures professionnelles de reclassement et d'une rente, remplie par Y._____ le 20 septembre 2007.

Divers rapports médicaux étaient joints à cette demande, dont un rapport médical initial LCA du 13 février 2007 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie, qui posait le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de discopathie L5-S1 avec sciatalgie bilatérale, ainsi qu'un rapport médical initial LCA du 15 mars 2007 de la Dresse F._____, médecin traitant de l'assuré, qui posait le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies persistantes avec status après lumbago sévère le 4 décembre 2006, de syndrome lombovertébral sans syndrome radiculaire, de discopathie C5-S1 et de dysbalance musculaire. La Dresse F._____ rendait également compte de troubles anxieux et dépressifs ayant nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur le 28 février 2007. Dans un courrier adressé à l'assureur perte de gain le 17 août 2007, la Dresse F._____ indiquait que l'évolution était défavorable sur le plan psychologique malgré le traitement médicamenteux.

Etait également joint à la demande de l'assuré un rapport médical du 19 juillet 2007 du Dr G._____, médecin-chef du Centre médical de Lavey-les-Bains, qui mentionnait ceci :

"Depuis décembre 2006, péjoration de la symptomatologie douloureuse, douleurs constantes dans la région lombaire basse, en barres, irradiant au niveau des omoplates. Dans ce contexte, début d'une prise en charge intensive du 4 au 22 juin 2007. Subjectivement le patient était très satisfait de sa prise en charge avec augmentation de l'endurance et de la force. Sur le plan psychique, nous sommes frappés par un état dépressif bien présent et nous proposons au patient un suivi psychiatrique, éventuellement psychothérapeutique."

C. Dans le cadre de l'instruction de la demande AI, le Dr P. _____ a adressé à l'Office AI un rapport médical du 20 novembre 2007 dans lequel il exposait que l'assuré avait présenté dès décembre 2006 d'importantes douleurs lombaires avec sciatalgies bilatérales en bascule, largement investiguées, pour lesquelles aucune indication opératoire n'avait été posé. Un état dépressif sévère s'était cependant greffé sur ces douleurs qui limitait totalement la capacité de travail de son patient. Le Dr P. _____ estimait qu'il était nécessaire de régler au préalable le problème de dépression qui apparaissait au premier plan avant d'envisager un retour au travail.

Dans un rapport médical du 4 décembre 2007, le Dr G. _____ a signalé que l'intéressé suivait actuellement un traitement psychiatrique en raison d'un état dépressif sévère entraînant une incapacité totale de travailler.

Par avis médical du 17 juin 2008, le Dr I. _____ du service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a indiqué que les rapports médicaux au dossier ne permettaient pas de trancher la question de la capacité de travail résiduelle de l'assuré et qu'il était nécessaire de prendre connaissance de l'expertise médicale effectuée sur mandat de l'assureur perte de gain.

Cette expertise, réalisée en octobre 2007 par le Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et troubles de l'adaptation (F 43.2) entraînant une incapacité de travail de 20%. Dans ses réponses au

questionnaire de l'assureur perte de gain, l'expert V._____ mentionnait cependant une capacité de travail résiduelle de 20% environ sur le plan psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2007).

Dans un rapport médical du 31 janvier 2008, la Dresse K._____, médecin assistante, et le psychologue M._____ de la Polyclinique psychiatrique de l'Est vaudois ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) limitant entièrement la capacité de travail de l'assuré depuis le mois de décembre 2006. Ils faisaient état d'une aggravation de l'état de santé du recourant et décrivaient un patient triste, tendu, angoissé, en état d'épuisement, sur lequel le traitement au Cipralax n'avait pas été efficace motif pour lequel ils l'avaient remplacé par un traitement au Surmontil pour la nuit dans le but d'améliorer le sommeil, ainsi que par du Solian à 200mg/jour et de l'Entumine en réserve. Ils estimaient cependant qu'une hospitalisation devrait être envisagée dans l'hypothèse où les médicaments étaient insuffisants car l'intéressé présentait une énorme souffrance.

Au mois de décembre 2007, l'assuré a été hospitalisé à la Polyclinique psychiatrique de l'Est vaudois. Dans leur rapport médical du 31 janvier 2008, la Dresse K._____ et le psychologue M._____ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F32.2), de trouble somatoformes indifférencié (F45.1), et de lombalgie chronique dans le contexte de troubles dégénératifs. Ils expliquaient que M. Y._____ avait présenté quelques symptômes psychotiques au mois de décembre 2007, ce qui avait motivé l'introduction du médicament Solian, lequel s'était toutefois avéré inefficace. Peu avant les fêtes de fin d'année, il avait dû être hospitalisé en raison d'apparition d'idées suicidaires et de tensions importantes. Lors de l'hospitalisation, le traitement de Surmontil avait été augmenté, et un traitement de Temesta et Haldol avait été introduit. Cette médication avait amené une légère amélioration en ce sens que le patient avait pu prendre de la distance par rapport à ses idées suicidaires et de persécution et qu'il se sentait moins tendu. Leur pronostic restait toutefois défavorable.

Dans un avis médical du 29 juillet 2008, le Dr C. _____ du SMR s'est prononcé sur les rapports médicaux au dossier. Il estimait que la formulation du rapport d'expertise du Dr V. _____ du 11 octobre 2007, rédigé en langue allemande, ne permettait pas d'évaluer si les critères invalidants du trouble somatoforme diagnostiqué étaient réunis ni de comprendre si l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle de 20% ou s'il s'agissait d'une incapacité de 20%. Le Dr C. _____ retenait toutefois que les psychiatres de la policlinique psychiatrique de l'Est vaudois avaient diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif sévère limitant entièrement la capacité de travail de l'assuré et que celui-ci avait été hospitalisé en décembre 2007 pour des symptômes psychotiques et des idées suicidaires. Il proposait de réinterroger les psychiatres traitants au mois d'octobre 2008 sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Dans un rapport médical complémentaire du 26 mars 2009, les Dresses H. _____, chef de clinique adjoint et R. _____, médecin assistante, de la Policlinique psychiatrique de l'Est vaudois, ont attesté une incapacité totale de travail quelque soit l'activité professionnelle envisagée dès le 5 décembre 2006. Leur rapport a notamment la teneur suivante :

"Depuis notre rapport du 19.11.2007, l'évolution de la situation psychique de M. Y. _____ n'a pas été favorable, ceci malgré la poursuite du traitement psychiatrique couplé au traitement psychopharmacologique. Nous soulignons ici que le patient a séjourné à 2 reprises en milieu psychiatrique [du 20.12.2007 au 24.12.2007 et du 20.11.2008 au 8.12.2008] pour des idées auto- et hétéro-agressives. Plusieurs médicaments psychotropes ont été instaurés et ensuite arrêtés par manque de réponse clinique significative. De surcroît la symptomatologie douloureuse au niveau dorso-lombaire persiste et limite ce patient dans ses activités quotidiennes. De ce fait, la seule activité possible jusqu'à ce jour a été l'atelier occupationnel chez Caritas que M. Y. _____ fréquente à raison de 2x/semaine. Le patient demeure donc dans un état psychique décompensé sous une forme anxio-dépressive.

[...]

symptômes actuels/état actuel

Humeur dépressive, aboulie, anhédonie, attitude pessimiste face à l'avenir, idées auto- et hétéro-agressives récurrentes. Troubles du sommeil, anxiété, irritabilité et fatigabilité. Relevons des épisodes d'abus d'alcool qui paraissent moins fréquents dernièrement. Cette symptomatologie s'accompagne de douleurs dorso-lombaires chroniques.

Indications subjectives par le patient/constat objectif

M. Y. _____ se dit triste, angoissé, tendu, irritable, sans énergie et toujours fatigué avec beaucoup de difficultés à dormir. Craint de faire mal à quelqu'un ou à lui-même. Se plaint de douleurs en bas du dos.

Patient tendu, bégaiement important, symptomatologie dépressive sévère avec idées auto- et hétéro-agressives récurrentes. Plaintes somatiques sous forme de maux de tête et de douleurs dorso-lombaires.

Pronostic

Aucune amélioration de l'état psychique n'a été constatée ; le pronostic est donc très réservé.

Médication actuelle

Risperdal 2 mg 0-0-2

Surmontil 0-0-200 mg

Temesta 1 mg, 1-1-1+1 en réserve

Entumine 40 mg en réserve

[...]

Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins durant la dernière activité exercée en tant que

Profession : maçon

% du au

100 05.12.06 actuellement

[...]

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

Aboulie, fatigabilité, troubles de la concentration, troubles du sommeil, maux de tête, douleurs dorso-lombaires liées à des troubles dégénératifs de la colonne.

Comment se manifestent-elles au travail ?

Etat de détresse psychique, associé à des troubles somatiques susmentionnés qui rendent le patient incapable d'exercer son activité à plein temps.

[...]

Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales ?

Non."

D. L'Office AI a mis en œuvre, sur la base d'un avis médical du SMR du 27 avril 2009, une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique qui a été confiée au Centre d'expertise médicale, à Nyon (ci-après : CEMed). Elle a été effectuée par les Drs N._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 27 août 2009, ces experts n'ont retenu aucune atteinte à la santé invalidante. Ils ont posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4), de dysthymie (F 34.1), et de lombalgie commune sans syndrome neurologique déficitaire et sans lésion anatomique objectivable susceptible de l'expliquer. Sur le plan psychique, ils ont estimé que les fluctuations de l'humeur, la légère diminution d'estime de soi, l'irritabilité fluctuante n'étaient pas à l'origine de limitations. Leur appréciation médicale était motivée comme il suit :

"Synthèse et discussion

[...]

Sur le plan psychique, il s'agit d'une situation qui a débuté par des symptômes somatiques.

[...]

L'observation clinique montre un homme actuellement plutôt équilibré sur le plan thymique, certes avec des aspects dysphoriques, mais sans éléments significatifs en faveur d'un état dépressif décompensé. Le dosage médicamenteux montre que l'assuré ne prend que très peu l'antidépresseur prescrit.

On découvre un assuré essentiellement tendu, avec une charge émotionnelle contenue, mais qui peut certainement augmenter selon les situations et les facteurs de stress. Dans de telles situations, il dispose de médicaments en réserve et qui font, selon ses propres dires, un bon effet. Il est peu mobile au niveau de son caractère et ses visions d'avenir, étant notamment enfermé dans sa vision de sa propre invalidité. Il est pour lui très difficile d'imaginer une autre activité, alors que l'image que l'on a de

lui va dans le sens d'une capacité d'effectuer au moins une activité légère, semblable à ce qu'il fait pour Caritas ou dans son jardin.

On peut encore retenir un certain nombre d'éléments extra médicaux, tels dettes importantes, mécontentement avec l'évolution, notion d'usure (j'ai travaillé comme un con depuis mon enfance), plaintes relatives aux symptômes.

Synthèse et conclusions

[...]

Sur le plan psychique les éléments subjectifs et objectifs permettent de retenir les diagnostics de

- trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4 CIM-10),
- dysthymie(F 34.1 CIM-10)

Le trouble somatoforme n'est donc pas associé à une comorbidité psychiatrique grave ; il n'y a pas de perte de l'intégration sociale, ni d'état psychique cristallisé. L'assuré a une activité, notamment dans un cadre social. Le trouble somatoforme n'est donc pas invalidant.

Il n'est ainsi pas possible d'admettre une incapacité de travail durable, par contre elle a été totale temporairement lors des deux périodes d'hospitalisation.

Par ailleurs, l'état thymique peut être encore amélioré par une prise régulière d'un antidépresseur, ce qui n'est pas le cas à ce jour, et l'adjonction d'un stabilisateur d'humeur."

Après avoir pris connaissance de ce rapport d'expertise, le Dr C._____ a adressé le 1^{er} septembre 2009 un courrier au CEMed dans lequel il demandait aux experts de prendre position de manière circonstanciée sur les incapacités de travail de longue durée pour des raisons psychiatriques qui étaient attestées par l'ensemble des médecins et psychiatres traitants de l'assuré depuis 2006. Il rappelait que la discussion des points litigieux déterminait d'autant plus la valeur probante d'une expertise médicale.

Selon une note d'entretien téléphonique du 6 janvier 2010, le Dr J._____, en réponse au courrier du SMR du 1^{er} septembre 2009, a confirmé par oral qu'il n'y avait pas d'autre incapacité de travail, hormis celles causées par les deux hospitalisations de l'assuré.

E. Se fondant sur l'expertise du CEMed, l'Office AI a adressé à l'assuré un projet de décision daté du 15 janvier 2010 prévoyant de rejeter la demande de prestations AI.

L'assuré s'est opposé à ce projet et a produit un certificat médical daté du 1^{er} février 2010 de son médecin traitant, le Dr L._____, qui attestait une évolution défavorable de son état de santé tant sur le plan physique que psychique.

F. Par décision du 23 février 2010, l'Office AI a nié le droit de Y._____ à toutes prestations de l'AI en se fondant sur les conclusions de l'expertise du CEMed selon lesquelles l'assuré présentait un trouble somatoforme indifférencié qui n'était pas invalidant.

G. Par acte du 26 mars 2010, Y._____, représenté par Protekta, Assurance de protection juridique SA, recourt contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du canton de Vaud. Il conclut à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de son recours, il fait valoir qu'il souffre d'un trouble somatoforme douloureux persistant invalidant associé à une comorbidité psychiatrique importante attestée par l'ensemble de ses psychiatres et médecins traitants. Il reproche dès lors à l'Office AI de s'être fondé exclusivement sur le rapport d'expertise du CEMed du 27 août 2009 dont il conteste la valeur probante.

Le recourant a également produit un courrier du responsable du Centre d'appui social et d'insertion de Vevey (ci-après : Caritas), daté du 9 mars 2010, qui expose en substance que l'assuré a participé aux ateliers de Caritas uniquement sur sa demande expresse. Cette activité avait pour but de pousser l'intéressé à sortir de chez et lui et garder une petite activité occupationnelle afin de l'aider à structurer sa vie et à lutter contre sa dépression. Le responsable de Caritas précise toutefois qu'excepté de courtes périodes, le recourant a été absent à de nombreuses reprises en raison notamment de sa dépression et qu'il est inconcevable de le laisser repartir dans le monde du travail au motif qu'il

n'est pas suffisamment solide pour répondre à des critères de rendement et de régularité exigés dans toute activité rémunérée.

Dans sa réponse du 4 juin 2012, l'Office AI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le 19 août 2010, le recourant a encore produit un rapport médical dans lequel les Desses Q._____, Chef de clinique, et ???_____, médecin assistante, de la policlinique psychiatrique de l'Est vaudois, font état d'une légère évolution favorable au début de traitement psychiatrique en 2007 avec une baisse des angoisses et un arrêt de la consommation d'alcool mais confirment que la symptomatologie reste importante et nécessite la poursuite du traitement psychiatrique et psychopharmacologique. Elles rappellent que le recourant a été hospitalisé à de nombreuses reprises en milieu psychiatrique en raison d'idées auto- et hétéro-agressives, lesquelles sont réapparues à la suite de la décision de refus de prestations de l'Office AI. Ces idées ont toutefois pu être canalisées grâce à un rapprochement des entretiens psychiatriques ainsi qu'à une augmentation de la médication anxiolytique. Selon ces médecins, le recourant présente une perte d'espoir par rapport à sa situation ; il mentionne souvent des idées suicidaires ; sa thymie est abaissée ; il est irritable et ressent un sentiment de dévalorisation et de culpabilité ; il présente également une anhédonie. Elles confirment qu'en raison de son état de santé psychique, le recourant ne participe que sporadiquement à l'atelier protégé de Caritas.

L'Office AI s'est déterminé le 30 août 2010 sur le rapport médical produit par le recourant et estime qu'il n'apporte aucun élément nouveau sur la situation médicale du recourant.

H. Le 19 janvier 2012, une expertise judiciaire a été confiée à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : la PMU) et réalisée par les Drs S._____, spécialiste en médecine interne, W._____, spécialiste en rhumatologie, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme de leur examen clinique, ces

experts ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.1) et syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) limitant entièrement la capacité de travail du recourant depuis le mois de décembre 2006.

Les experts judiciaires ont motivé leur appréciation médicale comme il suit (cf. rapport d'expertise du 12 juin 2012) :

"Actuellement, Monsieur Y._____ se plaint de fatigue, de troubles du sommeil, d'une extrême nervosité et une irritabilité avec des moments de colère débordante. Il décrit une anxiété de fond avec des épisodes d'angoisse paroxystique incontrôlable. Il présente des idées suicidaires de manière fluctuante avec scénario. Il décrit entendre parfois les voix des morts l'appelant à venir les rejoindre.

A l'examen clinique, l'expertisé paraît inquiet, tendu, la thymie est déprimée, la nervosité est sensible. Le discours est compréhensible, mais on note d'importantes difficultés au rapport des dates et des événements. Monsieur Y._____ présente un léger bégaiement qui s'accroît à certains moments plus difficiles de l'entretien.

Ces différents éléments nous amènent à confirmer le diagnostic de trouble dépressif récurrent, diagnostic posé par les psychiatres traitants. L'épisode actuel est moyen à sévère. Ce trouble dépressif est variable en intensité depuis en tout cas fin 2006 alternant entre des états dépressifs très sévères et des états dépressifs moyens. Monsieur Y._____ n'a jamais plus été asymptomatique depuis 2006. Malgré une prise en charge psychiatrique intégrée avec une lourde médication psychotrope, l'évolution est restée défavorable ayant nécessité à 2 reprises une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Monsieur Y._____ bénéficie maintenant d'une prise en charge psychiatrique institutionnelle assez lourde avec une médication psychotrope conséquente. Monsieur Y._____ montre beaucoup de volonté avec une attitude très positive face au traitement et la compliance, comme le montre le dosage des médicaments, est très bonne.

Cet état dépressif, grâce à cette prise en charge psychiatrique, évolue très lentement et grâce à la volonté de l'expertisé on peut espérer un pronostic plutôt favorable à long terme.

De plus, au vu du tableau douloureux non entièrement expliqué par les examens cliniques et paracliniques, d'intensité élevée, entraînant d'importantes répercussions non seulement dans la vie professionnelle, mais aussi sociale de Monsieur Y._____, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Tous les traitements mis en oeuvre n'ont jusqu'à ce jour pas permis de diminuer la symptomatologie douloureuse malgré les efforts entrepris par Monsieur Y._____ en ce sens.

Le trouble dépressif récurrent de part sa sévérité est à considérer comme une co-morbidité au trouble somatoforme. Le trouble dépressif n'est pas réactionnel au trouble somatoforme bien qu'il ait débuté fin 2006. Ce trouble dépressif s'est plutôt développé dans un contexte d'impossibilité de reprendre le travail et de tensions familiales liées à cette perte.

Les douleurs s'étendent maintenant sur plusieurs années, sans rémission durable malgré une prise en charge non seulement somatique, mais surtout psychiatrique intensive nous permettant de retenir un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique. Comme nous l'avons dit plus haut, Monsieur Y._____ montre beaucoup d'efforts pour participer activement à tous les traitements proposés pour surmonter les effets du trouble.

C'est uniquement grâce au traitement psychiatrique institutionnel que Monsieur Y._____ n'est pas désintégré socialement. C'était d'ailleurs le but premier de l'occupation professionnelle chez Caritas qui a été remplacée par cette prise en charge psychiatrique. Ainsi, si à la lecture de la description de la vie quotidienne on ne peut parler de désintégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, c'est uniquement grâce à cette prise en charge. Avant l'activité occupationnelle de Caritas, Monsieur Y._____ était complètement désinséré socialement. Notre appréciation s'éloigne de l'expertise multidisciplinaire réalisée en 2009 au CEMED qui ne retenait pas de trouble dépressif récurrent, mais retenait le diagnostic de dysthymie. Nous confirmons cependant, au vu du parcours psychiatrique de Monsieur Y._____ avec 2 hospitalisations nécessaires en milieu psychiatrique, l'intensité des moyens mis en oeuvre par le service psychiatrique ambulatoire de l'Est vaudois, que Monsieur Y._____ présente depuis la fin 2006 et en tout cas de façon certifiée dès 2007 une pathologie psychiatrique sévère avec un trouble dépressif récurrent, les épisodes sévères alternant avec les épisodes moyens. L'excellente compliance de Monsieur Y._____ au traitement

psychiatrique mis en place qui est un traitement lourd prouve que Monsieur Y._____ présente une souffrance psychique authentique et qu'il accepte toutes les propositions pour tenter de s'en sortir.

[...]

En conclusion, Monsieur Y._____ présente actuellement un trouble somatoforme douloureux persistant de mauvais pronostic ainsi qu'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère qui entraîne encore actuellement une incapacité de travail totale dans toute activité. Cependant grâce à la bonne volonté de l'expertisé et à la prise en charge psychiatrique institutionnelle intensive mise en place, l'évolution est lentement favorable permettant d'espérer une amélioration de la capacité de travail dans le futur. Nous proposons que la situation soit réévaluée d'ici 1 à 2 ans."

Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire, le recourant a indiqué n'avoir aucune observation complémentaire à faire valoir.

Par acte du 5 juillet 2012, l'Office AI a pour sa part refusé d'adhérer aux conclusions du rapport d'expertise de la PMU; ils reprochent aux experts judiciaires de s'être écartés sans motivation suffisante de l'appréciation des experts du CEMed. L'Office AI a produit un avis médical du SMR du 21 juin 2012 qui nie en substance la présence d'une comorbidité psychiatrique ainsi que des autres critères jurisprudentiels nécessaires pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux présenté par le recourant.

Le recourant s'est déterminé le 13 juillet 2012 sur les observations de l'Office AI.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) auprès du tribunal compétent (art. 69 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur

l'assurance-invalidité; RS 831.20] en dérogation à l'art. 58 LPGA), le présent recours, qui respecte les autres conditions formelles du droit fédéral (notamment l'art. 61 let. b LPGA) est recevable.

2. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'Office AI retient sur la base du rapport d'expertise du CEMed du 27 août 2009 que le recourant ne souffre pas d'un trouble somatoforme douloureux invalidant et conserve dès lors une capacité de travail entière quelle que soit l'activité envisagée.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art 28 al. 2 LAI reprend les mêmes paliers.

b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une

limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 131 V 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50; 130 V 354). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée). 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 (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les preuves et les apprécie librement.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

3. a) En l'espèce, le rapport d'expertise judiciaire du 12 juin 2012 comporte une anamnèse soigneusement reconstituée et détaillée du cas. Il repose sur un examen clinique attentif, discute et départage de manière motivée les appréciations des différents spécialistes qui ont été amenés à se prononcer. Les diagnostics retenus par les experts sont bien documentés et l'absence de capacité de travail résiduelle appréciée avec

soin et dûment motivée au regard des limitations psychiques importantes de l'assuré.

Les experts judiciaires retiennent que le recourant présente une pathologie psychiatrique sévère depuis décembre 2006 qui se caractérise par un trouble dépressif récurrent dont l'intensité varie de moyenne à très sévère; ils estiment que l'épisode actuel est moyen à sévère. Selon ces spécialistes, ce trouble dépressif récurrent constitue de part sa sévérité et sa durée une comorbidité psychiatrique importante au trouble somatoforme douloureux persistant, lequel a été attesté par l'ensemble des médecins ayant examiné le recourant. Ils expliquent que ce trouble dépressif majeur s'est développé en parallèle au trouble somatoforme douloureux persistant dans un contexte de perte de travail et de tensions familiales liées à cette perte, mais qu'il n'est pas réactionnel. En raison des douleurs qui s'étendent depuis plusieurs années, sans rémission durable, malgré la prise en charge somatique et surtout psychiatrique intensive dont bénéficie l'intéressé, les experts de la PMU retiennent un état psychique cristallisé avec un pronostic qui est défavorable.

b) Contrairement à l'opinion de l'Office AI, les experts judiciaires se sont dûment expliqués sur les raisons qui les conduisent à s'écarter des conclusions des experts du CEMed. Ils exposent qu'ils ne peuvent pas se rallier au diagnostic de dysthymie retenu par ces experts en 2009 au vu du parcours médical du recourant qui comprend deux hospitalisations en milieu psychiatrique en 2007 et 2008 avec idées suicidaires et risques auto- et hétéro-agressifs, une prise en charge institutionnelle intensive au service ambulatoire de la policlinique psychiatrique de l'Est vaudois, ainsi qu'une médication psychotrope conséquente. Les conclusions des experts judiciaires rejoignent celles de l'ensemble des psychiatres et médecins traitants du recourant qui s'accordent à reconnaître l'existence d'une pathologie psychiatrique sévère limitant totalement la capacité de travail de l'intéressé depuis de nombreuses années. Tous ces médecins font les mêmes constatations objectives, à savoir que le recourant paraît triste, tendu, irritable, angoissé

avec perte du sommeil et retiennent la présence d'idées suicidaires et de risques auto- et hétéro-agressifs. Ces risques ont du reste nécessité deux hospitalisations en milieu psychiatrique, une troisième ayant été évitée de justesse en 2010 grâce à une intensification du traitement psychiatrique. Or, en dépit du lourd parcours psychiatrique de l'expertisé et des avis unanimes des médecins traitants, les experts du CEMed retiennent un trouble dépressif léger sans incidence sur la capacité de travail. Ce diagnostic pour le moins surprenant dans le contexte médical qui vient d'être décrit a d'ailleurs conduit le médecin du SMR à interpeller le CEMed afin qu'il prenne position de manière circonstanciée sur les incapacités de travail de longue durée pour des motifs psychiques attestées par l'ensemble des médecins traitants depuis 2006 (cf. courrier du CEMed du 1^{er} septembre 2009). Pour toute réponse, le Dr J._____ s'est limité à confirmer par oral au SMR que le recourant avait toujours disposé d'une pleine capacité de travail, hormis les périodes durant lesquelles il avait été hospitalisé à la Polyclinique psychiatrique de l'Est vaudois sans discuter plus en avant les avis contraires exprimés par l'ensemble des médecins traitants. Ce faisant, le Dr J._____ n'a manifestement pas répondu aux interrogations du SMR. Malgré cela, le SMR, et à sa suite l'Office AI, soutiennent que le rapport d'expertise du CEMed aurait une pleine valeur probante.

Les experts judiciaires se sont également longuement expliqués sur les raisons qui les conduisent à retenir que le recourant présente un état de santé psychique cristallisé nonobstant le maintien de certaines activités sociales. Ils relèvent que seule une intense prise en charge psychiatrique institutionnelle et une lourde médication psychotrope empêchent l'intéressé d'être totalement désinséré. Ils constatent que malgré cette prise en charge globale, l'évolution de l'état psychique de l'assuré est restée défavorable, une 3^e hospitalisation n'ayant été évitée que de justesse en 2010 au prix d'une intensification du traitement psychiatrique. Quant à la mesure occupationnelle mise en place par Caritas (Vevey), le responsable du Centre à Vevey a clairement expliqué, sans avoir été contredit, qu'il avait dû intervenir énergiquement auprès du recourant pour que celui-ci accepte de suivre cette mesure, et qu'elle

avait pour seul but de lutter contre le repli sur soi et obliger l'intéressé à sortir physiquement de chez lui. Malgré une réelle volonté de bien faire, le recourant a eu beaucoup de mal à suivre la mesure occupationnelle, celle-ci a d'ailleurs été interrompue en 2010 et a été remplacée par une prise en charge au centre thérapeutique de jour de Clarens depuis février 2011. Le responsable de Caritas estime, à l'instar des experts judiciaires et des médecins traitants, que le recourant est dans l'incapacité totale de travailler, étant inapte à se soumettre à des critères de rendement et à des horaires tels que cela est exigé dans toute activité rémunérée. Les critiques de l'Office AI à ce propos ne reposent sur aucun fondement.

Finalement, bien que les experts n'excluent pas l'hypothèse d'une évolution favorable à long terme, compte tenu de l'excellente compliance du recourant au traitement psychiatrique intégré institutionnel, ils retiennent que l'atteinte grève encore lourdement la capacité de travail; le recourant reste en effet très fragile, avec une fluctuation importante de l'humeur, des pics d'anxiété paroxystique et des idées suicidaires mobilisées à la moindre contrainte. Pour ces raisons, ils proposent une réévaluation à moyen terme.

c) En définitive, il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions des experts de la PMU, dont le rapport d'expertise judiciaire du 12 juin 2012 satisfait aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 2c). Les experts judiciaires attestent une incapacité de travail de longue durée depuis décembre 2006, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant présente, en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant accompagné d'une comorbidité psychiatrique significative, une incapacité de travail de 100% dès cette date. En application de l'art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le recourant a dès lors droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2007.

4. En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2007.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). Dans le cas présent, il y a lieu de fixer les frais de justice à 400 fr. Vu l'issue du litige, ceux-ci doivent être supportés par l'office intimé. En effet, vu le changement de jurisprudence consacré par l'arrêt AI 230/11 - 144/2012 du 23 avril 2012, il convient de considérer, conformément à la jurisprudence fédérale, que l'art. 69 al. 1bis LAI impose la perception de frais de justice à la charge de la partie qui succombe, qu'il s'agisse de la partie recourante ou intimée. Sur le principe même de l'absence de gratuité de la procédure, les cantons sont liés par cette disposition (ATF 133 V 402 consid. 4.3; TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5).

Le recourant, en obtenant ainsi gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter, compte tenu d'un double échange d'écritures et de déterminations sur une expertise judiciaire, à 2'500 fr. à la charge de l'office intimé débouté (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision attaquée rendue le 23 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Y._____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2007.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Protekta Assurance de Protection juridique SA (pour Y._____),
- 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 :