

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mai 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Glas et Silva, assesseures
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Swiss Claims Network SA,
à Fribourg,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], en Suisse depuis [...], marié et père de famille, était employé depuis octobre 1998 auprès de l'entreprise maraîchère [...] à [...]. Le 14 juillet 2006, il a déposé une première demande de prestations AI, faisant état de douleurs au dos à compter de février 2004. Cette première demande a été rejetée par décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 27 février 2007.

B. Le 28 septembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Dans un rapport du 8 octobre 2008, les Drs B._____ et W._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante au Département de psychiatrie du Centre C._____ (ci-après : le C._____) ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux ainsi qu'un état dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Ils ont en outre indiqué ce qui suit :

« M. P._____ souffre d'un trouble somatoforme douloureux depuis avril 2006 qui se caractérise par des douleurs dorsales ainsi que cervicales et occipitales peu sensibles au traitement antalgique. En outre M. P._____ souffre d'un état dépressif sévère chronique sans symptômes psychotiques. Cet état dépressif se caractérise par une anhédonie, une aboulie, des troubles d'endormissement avec un sommeil entrecoupé, une asthénie, des périodes d'inappétence, une humeur triste morose, un retrait social, et une irritabilité qui s'exprime envers sa propre famille. »

Par lettre adressée le 9 octobre 2009 à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné une aggravation de l'état de santé de son patient depuis la dernière décision de refus. En sus des lombalgies chroniques, il avait développé des troubles psychiatriques sous la forme d'un état dépressif majeur nécessitant un suivi psychiatrique ainsi qu'un traitement psychoactif de Remeron. Il avait en outre fait un tentamen en 2008.

Le 22 octobre 2009, le Dr R._____, chef de clinique, et Z._____, psychologue-psychothérapeute, à la Polyclinique du Département de psychiatrie du C._____, ont posé les diagnostics d'état dépressif sévère, sans symptôme psychotique et de trouble somatoforme douloureux depuis 2006. Ces praticiens ont constaté que l'assuré ne pouvait travailler dans un contexte professionnel où un rendement était exigible, mais que des mesures de réinsertion professionnelle apparaissaient indiquées.

Dans un rapport médical du 28 janvier 2010, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics suivants:

« F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques.
F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant.
F62.8 Autres modifications durables de la personnalité, liées à un syndrome algique chronique et état de tension prolongé.
Cervico-scapulalgies chroniques. »

Son pronostic était réservé. La poursuite d'un traitement médicamenteux et du suivi psychothérapeutique en individuel avec renforcement des acquis et prévention des décompensations était indiquée. L'assuré présentant des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, une asthénie significative et un ralentissement psychomoteur, un repli social, une auto-dévalorisation, une interprétativité « victimisation », une irritabilité et des épisodes d'anxiété paroxystique, il en résultait une incapacité de travail de 100 % depuis mars 2006 dans l'activité de maraîcher. Le Dr K._____ a noté que l'octroi d'une rente pourrait être bénéfique par un abaissement du stress et une reconnaissance sociale de la souffrance vécue.

Au terme d'un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 21 avril 2010, les Drs I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G._____, spécialiste en médecine interne générale, ont relevé que le trouble de l'humeur qualifié de sévère constituait un fait nouveau inexistant lors de la première demande de

prestations. En cas de syndrome douloureux somatoforme persistant, il était convenu de la réalisation d'un examen psychiatrique au SMR ou d'une expertise psychiatrique.

Par communication du 3 juin 2010, l'OAI a indiqué à son assuré qu'un examen serait pratiqué par le cabinet d'expertises médicales du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à [...]. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 11 octobre 2010, le Dr D._____ a notamment retenu ce qui suit :

« Diagnostics

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

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
 - Probable épisode dépressif moyen (F32.1)
- selon les critères des ouvrages de référence.

Appréciation finale:

Résumé du cas

[...] Au début des années 2000, l'assuré a présenté un tableau de douleurs qui se sont bientôt montrées en discordance avec les bases organiques objectives. On a d'abord retenu les lombalgies aspécifiques. Progressivement, le diagnostic s'est orienté vers le syndrome douloureux somatoforme persistant avec sa comorbidité d'un trouble dépressif.

Questionné sur l'évolution, l'assuré dit que les choses vont de mal en pis malgré un traitement conséquent. Selon les informations à disposition, l'assuré a arrêté définitivement de travailler en automne 2006, après une période d'arrêt de travail à 100% et à 50%.

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation le soussigné retient un épisode dépressif moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant.

- Trouble dépressif

[...]

En l'état, l'évaluation est difficile sachant que la recherche de symptômes dépressifs est inductible de ceux-ci. Il y a aussi un certain degré de discordance entre une présentation pleinement rassurante et des plaintes dépressives relativement importantes.

L'assuré rapporte la tristesse et la fatigue anormale ainsi que la perte d'intérêt et du plaisir. Il tend à conférer un caractère permanent à ces trois symptômes.

Par ailleurs, il y aurait des idées suicidaires fréquentes formulées de façon passive (la vie ne vaut pas la peine). La culpabilité est relatée

en termes d'une certaine honte de ne pouvoir subvenir aux besoins de la famille. La baisse de l'estime de soi est référée à la perte des rôles familiaux et sociaux. Il y a aussi les difficultés à penser et à se concentrer et les troubles du sommeil.

Si on prend en compte l'ensemble de ces symptômes, on doit retenir l'épisode dépressif moyen. Celui-ci pourrait remonter au milieu des années 2000. A priori, il n'y a pas d'arguments pour noter de véritable rémission depuis lors.

En l'absence d'épisode antérieur, on peut exclure la récurrence.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque étant restée négative, on peut écarter un trouble bipolaire.

Au terme de cette réflexion diagnostique, on doit retenir un épisode dépressif moyen. Le soussigné doit toutefois le qualifier de probable, sachant une discordance manifeste entre les plaintes et les constatations objectives.

- Syndrome douloureux somatoforme persistant

[...]

Dans le cas présent, les douleurs sont indiscutablement la plainte principale de l'assuré. Le dossier souligne la discordance entre ces plaintes et les bases organiques objectives. Le contexte de détresse ne fait guère de doute. On doit dès lors retenir le critère A du tableau 1 ci-dessus.

En l'état, il n'y a pas les arguments pour retenir un autre trouble somatoforme que le syndrome douloureux somatoforme persistant. L'épisode dépressif n'est pas assez typique ni assez sévère pour exclure le trouble somatoforme. Il est tout au plus probable. Il est apparu après les douleurs somatoformes. Il n'y a pas d'arguments pour une psychose et une psychose schizophrénique en particulier. Il n'y a dès lors pas lieu de retenir les facteurs d'exclusion prévus à la lettre B du tableau 1 ci-dessus.

Au terme de cette réflexion, le soussigné retient le syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'instar de la plupart des intervenants au dossier sur ces dernières années.

- Autres pathologies psychiatriques

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

L'assuré a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

Appréciation assécurologique

[...]

- Appréciation clinique

En premier lieu, il convient d'effectuer une appréciation clinique de cette situation. Le syndrome douloureux somatoforme persistant ne fait guère de doute ici. L'épisode dépressif doit être qualifié de probable. La présentation objective de l'assuré est en effet relativement rassurante. On s'attendrait à un sujet plus triste, plus inhibé et plus ralenti, au vu de ce qui était décrit au dossier. En fait, si on se réfère à ce qu'on observe, on peut douter de la réalité clinique d'un épisode dépressif. Les éléments réactionnels paraissent d'ailleurs au premier plan.

Comme l'assuré rapporte néanmoins des plaintes dépressives, le soussigné les a prises en compte. La chose permet de retenir un épisode dépressif moyen ou modéré, sans plus. Il n'y a pas d'arguments pour un degré de sévérité supérieur à celui qui a été retenu. [...] L'assuré a par ailleurs des ressources. Il collabore correctement et adéquatement à l'investigation. Il fonctionne bien sur le plan intellectuel. [...] Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne.

Points nécessitant un examen particulier

Dans un tel contexte, il convient aussi 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 n'a rien d'extraordinaire. On est face à une situation d'épisode dépressif probable, sans plus, dans la mesure où l'on confronte les plaintes de l'assuré à ce qui est objectivement constaté. [...]

Le trouble n'a dès lors pas l'acuité qui justifierait de le faire considérer à part et de lui conférer une incapacité de travail psychiatrique significative dans un contexte de trouble somatoforme.

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 d'avantage 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 garde de bonnes capacités relationnelles. Il peut communiquer correctement. Il suit le focus de l'entretien.

L'expertisé rapporte par ailleurs de bons liens dans sa famille nucléaire (femme et enfants). Il garde un contact hebdomadaire avec ses parents. Il rencontre son frère au travers de visites réciproques. Il dit garder des amis, même si son réseau social a logiquement rétréci avec l'arrêt de l'activité professionnelle et la précarité économique actuelle. On ne peut dès lors pas retenir une perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

On peut admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assuré durent depuis des années. On pourrait admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, sachant que l'expertisé est au bénéfice de soins adéquats.

Certaines douleurs chroniques ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité.

Dans le cas de M. P. _____, on peut envisager une certaine fixation des troubles. L'assuré a pourtant des ressources. Il peut modifier sa thymie en cours d'entretien. Il peut s'intéresser. Il peut se défendre, s'il a l'impression de ne pas être compris ou traité justement. Pour le soussigné, on n'est pas face à l'attitude fataliste et définitivement figée de certaines douleurs chroniques. Cette situation paraît tout de même garder une certaine plasticité, même si celle-ci est toute relative.

Au vu de ces constatations et du point de vue strictement psychiatrique, le soussigné ne retient dès lors pas d'incapacité de travail dans ce cas, dans la mesure où il applique les règles actuellement en vigueur en la matière. D'un point de vue médico-théorique, l'assuré devrait être à même de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

Actuellement, le traitement est vraisemblablement optimal tant en qualité qu'en quantité, au vu de ce qui peut être proposé dans un tel cas.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez un sujet qui se vit comme totalement invalide et qui, actuellement, n'a aucune demande pour réintégrer le marché de l'emploi.

Même si la situation est vraisemblablement fixée pour une longue durée, cet assuré conserve des ressources. Sa présentation montre encore une certaine plasticité peut être acquise par les démarches psychothérapeutiques de ces derniers mois.

Même si le pronostic est réservé, il subsiste un mince espoir d'une réintégration dans le monde ordinaire du travail. Cette possibilité a d'ailleurs été évoquée dans le rapport médical que vous a adressé le médecin psychiatre traitant.

Conclusions

En conclusion, M. P. _____ est un ressortissant [...] de [...] qui rapporte un père alcoolique et violent et l'enfance de celui qui a dû

travailler dur, beaucoup et dès son plus jeune âge en raison de la précarité économique familiale.

L'assuré a émigré en Suisse apparemment sans difficulté particulière même s'il peut avoir eu l'impression d'avoir été exploité par un premier employeur. Il a ensuite su trouver une bonne stabilité professionnelle.

Depuis le début des années 2000 et sans qu'on en trouve des causes psychosociales observables, l'expertisé a présenté un tableau de lombalgies aspécifiques. L'extension des douleurs et la perte des liens de celles-ci avec le socle organique objectif ont fait retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant bientôt assorti de diagnostics relevant de la dépression.

L'assuré n'a plus travaillé depuis l'automne 2006, d'après les informations à disposition. Il est actuellement au bénéfice de l'aide sociale après avoir épuisé les prestations de l'assurance chômage et les indemnités journalières pour perte de gain.

En appliquant les règles actuellement en vigueur, le soussigné ne peut retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas pour des motifs qui ont été développés dans le corps de ce rapport d'expertise.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez un sujet qui n'a aucune demande dans cette direction. Le pronostic reste réservé, même s'il reste une mince possibilité de retour au travail sur le long terme. »

Par décision du 6 janvier 2011, confirmant un projet du 8 novembre 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

C. Le 7 février 2011, P._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans ce cadre, il a produit une expertise privée du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 26 mai 2011, qui a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32. 11) et de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), estimant qu'une capacité de travail de 50 % était actuellement exigible dans une activité adaptée chez cet expertisé.

Par arrêt du 3 septembre 2012 (cause AI 46/11 - 287/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré, en retenant en particulier ce qui suit (consid. 5) :

« **5. a)** En l'espèce, sur le plan somatique, le Dr S. _____ (rapport du 8 mai 2006) avait posé les diagnostics de lombalgies chroniques d'origine aspécifique et de troubles statiques modérés, le Dr T. _____ (rapport du 22 juin 2006) de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, troubles statiques et déconditionnement physique global et focal avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse ainsi qu'un état anxio-dépressif réactionnel et le Dr Q. _____ (rapport du 14 août 2006), le diagnostic de lombalgies résistantes chroniques. Ce praticien retenait une incapacité de travail de 50 % depuis le 3 juillet 2006 dans l'activité habituelle et le Dr T. _____ estimait qu'il n'était pas certain que le recourant puisse continuer jusqu'à l'âge de la retraite dans une activité lourde. Le Dr G. _____ (rapport du 4 décembre 2006) a retenu un début de longue maladie dès le 6 mars 2004, la capacité de travail comme ouvrier maraîcher étant de 50 % et de 100 % dès cette date dans une activité adaptée à savoir sans port de charges de plus de 15 kg, pas de position du tronc tenu en porte-à-faux et pas de flexion répétée du tronc.

A la suite de la deuxième demande, le Dr Q. _____ (rapport du 9 octobre 2009) a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de cervico-scapulagies chroniques et de discopathies. Il a indiqué que les cervico-lombalgies évoluaient défavorablement depuis 2006 et relevé l'existence d'une distorsion évidente entre les lésions organiques objectives et les plaintes subjectives du recourant. Le Dr S. _____ (rapport du 11 novembre 2008) a posé le diagnostic de cervico-lombalgies chroniques aspécifiques dans le cadre de troubles statiques modérés et d'un syndrome d'amplification des symptômes. Il a également relevé une indiscutable discordance entre les allégations douloureuses de l'assuré et les constatations objectives fort restreintes en éléments pathologiques. Enfin le Dr L. _____, qui pose les mêmes diagnostics, fait état d'un déconditionnement principalement psychique. Aucun de ces praticiens n'indique d'incapacité de travail dans une activité adaptée due uniquement à des facteurs somatiques.

Une aggravation de l'état de santé du recourant sur ce plan entraînant une incapacité de travail plus importante n'est ainsi pas établie.

b) aa) Sur le plan psychique, l'ensemble des spécialistes consultés posent le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), 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. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence 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. A cet égard, 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, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF I 506/2004 du 22 février 2006). 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 131 V 49).

bb) Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 *in fine*; Meyer-Blaser, *op. cit.*, p. 81, note 135), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/2006 du 31 janvier 2007 et jurisprudence citée).

En l'espèce, les Drs B._____ et W._____ (rapport du 8 octobre 2008), ont posé le diagnostic d'état dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, le Dr R._____ (rapport du 22 octobre 2009), d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique et le Dr K._____ (rapport du 28 janvier 2010), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique ainsi

que d'autres modifications durables de la personnalité liées à un syndrome algique chronique et état de tension prolongé.

Le Dr D._____ pose le diagnostic de probable épisode dépressif moyen et le Dr H._____ d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Le diagnostic de modifications durables de la personnalité n'est posé par aucun autre praticien que le Dr K._____. Ce diagnostic, peu étayé ne doit dès lors pas être retenu, de même que celui de trouble dépressif récurrent, vu l'absence d'épisode antérieur (expertise du Dr D._____, p. 12), la récurrence impliquant des phases de rémission complète sur le plan de l'humeur (expertise du Dr H._____, p. 10). Quant à l'intensité du trouble dépressif, qualifié de sévère par les médecins traitants du recourant, il n'a pas été constaté comme tel par les experts.

Le Dr D._____ a expliqué (p. 7 de l'expertise) que la recherche d'une symptomatologie dépressive tendait à donner des réponses inductibles et constamment positives. C'est la raison pour laquelle, il n'a pas effectué le test de Hamilton (p. 8 de l'expertise). Son expertise ne saurait dès lors être considérée comme lacunaire pour ce motif comme le soutient le recourant. L'expert D._____ a retenu un épisode dépressif moyen probable pour la même raison. En outre, lors de l'examen clinique, il n'a pas constaté que le recourant présentait autant de symptômes que ceux dont il se plaignait, une discordance apparaissant entre une présentation pleinement rassurante et des plaintes dépressives relativement importantes. L'expert a en outre exposé (p. 14 de l'expertise) qu'un épisode dépressif sévère ne pouvait être retenu dès lors que les rapports médicaux qui retiennent ce degré ne mentionnent pas in extenso les huit items requis par la CIM-10. Il lui paraît par conséquent improbable que l'épisode dépressif du recourant s'il se confirmait ait atteint véritablement un degré de gravité sévère à un quelconque moment de l'évolution. L'expert en conclut que la comorbidité psychiatrique n'a rien d'extraordinaire dès lors que l'on est face à une situation d'épisode dépressif probable sans plus et que le trouble n'a pas l'acuité qui justifierait de le faire considérer à part et de lui conférer une incapacité de travail psychiatrique significative.

Le Dr H._____ a retenu un épisode dépressif moyen. Il relève toutefois également (expertise, pp. 10 et 11) que les éléments de sévérité ressortent plus du ressenti verbalisé et de la description que le fils donne de son père que de ce qui peut être observé durant la consultation, une certaine discordance semblant exister entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques, le recourant ne présentant pas de ralentissement psychomoteur marqué, ni d'indices observables en faveur de troubles cognitifs. Il indique également s'être fondé sur le dossier pour poser ce diagnostic, estimant que le caractère sévère du trouble psychiatrique est signalé et décrit à plusieurs reprises dans le dossier (expertise p. 16). Il ne détaille toutefois pas cette appréciation.

Il suit de là que les conclusions de l'expert D._____, fondées sur ses propres observations, de même que sur l'examen du dossier, apparaissent mieux motivées et convaincantes que celles du Dr H._____. Au degré de la vraisemblance prépondérante, il y a lieu de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen probable.

De toute manière, même si l'on retenait le diagnostic posé par le Dr H._____, cela n'aurait pas d'incidence. En effet, il ne résulte pas des rapports médicaux figurant au dossier que le trouble dépressif serait indépendant du trouble somatoforme. Selon le rapport du 8 octobre 2008 des Drs B._____ et W._____, il a été diagnostiqué dès avril 2006 en même temps que le trouble somatoforme. L'anamnèse n'a pas révélé dans le cas particulier une prédisposition du recourant à développer un trouble dépressif. Enfin, le Dr H._____ ne mentionne pas que ce trouble constitue une comorbidité psychiatrique importante au regard de son acuité, partageant ainsi l'avis du Dr D._____, mais de sa gravité et de sa durée uniquement.

La présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ne peut dès lors être retenue.

cc) Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus tous réalisés. On ne voit pas que le recourant réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Certes, celui-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, une affection corporelle chronique, toutefois, les constatations objectives sont restreintes et la capacité de travail est complète dans une activité adaptée. Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, en effet, le recourant a de bonnes relations avec son épouse et ses enfants, a conservé des liens avec son frère et téléphone chaque semaine à ses parents. Il a en outre conservé quelques amis (expertise p. 5 et 7) avec son frère, il téléphone à ses parents et voit occasionnellement des amis. S'agissant de l'état psychique cristallisé, le Dr D._____ estime que l'on peut certes envisager une certaine fixation des troubles mais que le recourant a pourtant des ressources et que la situation paraît garder une certaine plasticité même si celle-ci est toute relative. Le Dr H._____ retient un état psychique cristallisé mais est d'avis que cet état pourrait encore être mobilisé par un accompagnement soutenant où des moyens conséquents de réinsertion professionnelle véritable sont déployés et où la perte de la capacité de gain est compensée. Il apparaît dès lors que ce critère ne peut être retenu. En revanche, on peut admettre l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

En conséquence, la majorité des critères n'est pas réalisée. Enfin les deux experts, comme d'ailleurs d'autres praticiens

avant eux (les Drs S._____ et Q._____) relèvent une discordance entre les plaintes exprimées par le recourant et les constatations cliniques.

Il apparaît ainsi que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail du recourant puisse être raisonnablement exigée de lui.

Aucune incapacité de travail sur le plan psychique ne peut être retenue.

Il n'y a ainsi pas de modification des circonstances sur le plan médical. »

Cet arrêt est entré en force.

D. L'assuré a déposé le 27 juin 2019 une nouvelle demande, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 11 novembre 2019.

E. L'assuré a déposé une nouvelle demande AI le 23 septembre 2021, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} janvier 2008. Il précisait être suivi par la Dre J._____, spécialiste en médecine interne générale, depuis 2014, par le Dr K._____ depuis 2010, et par le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, depuis 2016.

Invité à rendre plausible une modification de son état de santé, l'assuré a produit un rapport de la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 22 octobre 2021, selon lequel sa symptomatologie anxio-dépressive s'était péjorée, l'intéressé décrivant par ailleurs une ambiance conflictuelle à domicile avec son épouse. La capacité de travail était nulle, et même son travail occupationnel de trois demi-journées aux ateliers de jardinage restait difficile.

L'assuré a encore produit le 11 novembre 2021 un rapport de la Dre J._____, qui a posé les diagnostics avec effet sur sa capacité de travail de cervicarthrose et discarthrose C5C6, lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires bas, de trouble dépressif

chronique sévère, de trouble somatoforme douloureux, de syndrome d'apnées du sommeil sévère appareillé et de conflit sous-acromial et tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Elle notait que l'assuré avait été hospitalisé pour le protéger d'un geste auto-agressif en juin 2016, durant trois semaines, à M._____. Son état dépressif sévère ne lui permettait pas d'avoir une capacité de travail.

Par avis du 21 janvier 2022, le Dr X._____ du SMR a estimé qu'il y avait lieu de tenir compte du fait que l'assuré avait été hospitalisé en psychiatrie en 2016, et qu'il convenait dès lors d'entrer en matière.

Selon le rapport d'hospitalisation du 7 au 28 juin 2016 de la Dre V._____, cheffe de clinique adjointe au Département de psychiatrie du C._____, du 17 octobre 2016, on pouvait lire ce qui suit :

« Sur le plan diagnostique, nous retenons un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, s'inscrivant dans l'évolution d'un trouble dépressif récurrent: M. P._____ présente une tristesse, une anhédonie et une aboulie avec une diminution de l'élan vital, un ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration et attention, des troubles du sommeil et des idées suicidaires non-scénarisées. Nous reconduisons également le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ; en effet, les plaintes du patient portent essentiellement sur des douleurs intenses et persistantes, qui s'accompagnent d'un sentiment de détresse, non expliquées par un processus physiologique et qui surviennent dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux importants. »

Dans son rapport à l'OAI du 23 mars 2022, le Dr Y._____ a posé les diagnostics d'apparition de douleurs de l'épaule gauche sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs, et de péjoration des douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie de la coiffe, ainsi que de péjoration des lombalgies sur discopathie dégénérative, le tout depuis 2021, en faisant état d'une évolution défavorable pour l'ostéoarticulaire. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et il ne pouvait imaginer une capacité de travail dans une activité adaptée.

La Dre J._____, dans son rapport à l'OAI du 25 mars 2022, a posé les diagnostics de trouble dépressif sévère et de trouble somatoforme douloureux, les deux depuis 2015, ainsi que de cervicarthrose, arthrose lombaire et tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Pour elle, la capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis 2015.

Le 5 août 2022, la Dre F._____ a adressé un rapport à l'OAI, en précisant suivre l'assuré depuis le 27 avril 2020 (à la suite du Dr K._____, qui l'avait suivi d'avril 2009 à mars 2020), à une fréquence d'une fois toutes les trois à quatre semaines, et selon besoin. Elle a posé les diagnostics F33.3, F45.4, F62.8 ainsi que celui de symptomatologie douleurs dos, épaules et cervicales. Elle a noté que le patient présentait une péjoration de sa symptomatologie anxio-dépressive, avec un stress et une aggravation de sa symptomatologie douloureuse. Pour elle, l'épuisement psychique était notable, avec des angoisses permanentes et un sommeil perturbé, des réveils fréquents avec ruminations anxieuses et fantasmes de mort. La capacité de travail était nulle dans son activité habituelle. Elle a noté qu'il participait à un atelier de jardinage trois fois par semaine durant trois heures et trente minutes.

Par rapport du 16 janvier 2023 à l'OAI, la Dre F._____ a noté un amendement de la symptomatologie psychotique. Cependant le trouble dépressif persistait avec désespoir et angoisse. L'assuré rapportait des idées noires et des fantasmes de mort ; il n'avait pas d'interaction sociale en dehors de sa famille, ni d'ami.

Par avis du 21 février 2023, le Dr X._____ a relevé ce qui suit :

« **Discussion**

Le médecin généraliste estime que l'assuré n'a plus de CT [capacité de travail] depuis 2015 sans mentionner formellement une aggravation. À notre connaissance le conflit sous-acromial et l'atteinte de la coiffe n'étaient pas connus et pourraient constituer une aggravation cependant nous n'avons aucun élément iconographique ou clinique pour retenir une atteinte incapacitante à

ce niveau. Sur le plan psychique, la psychiatre affirme une aggravation sans fournir un status très détaillé et en prenant en compte de nombreux facteurs psycho-sociaux. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est connu de longue date et n'était pas estimé incapacitant en 2010. Le trouble dépressif récurrent l'était également. L'épisode était moyen lors de l'expertise et actuellement il est difficile d'admettre un épisode sévère avec le status fourni. **Pour cette raison nous souhaitons l'organisation d'une expertise bi-disciplinaire :**

- **Expertise psychiatrique**
- **Expertise rhumatologique ou orthopédique »**

Les Drs N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de A._____ ont examiné l'assuré le 28 avril 2023 et adressé leur rapport d'expertise le 1^{er} juin 2023 à l'OAI. Ils ont estimé que la capacité de travail du recourant était nulle depuis l'hospitalisation à M._____ en juin 2016.

Par avis médical du 7 juin 2023, le Dr X._____ a requis que des questions complémentaires soient posées aux experts, en particulier sur le point de savoir ce qui permettait de retenir que la capacité de travail dans l'activité habituelle était différente de celle retenue en 2006. Sur le plan psychiatrique, le médecin du SMR a notamment requis que l'expert détaille avec précision les éléments lui permettant d'affirmer que la capacité de travail était nulle depuis 2016, alors que le trouble somatoforme douloureux existait déjà en 2010.

Par expertise complémentaire du 23 juin 2023, les experts ont répondu aux questions du SMR.

Par avis du 25 juillet 2023, le Dr X._____ a retenu qu'en dehors d'une brève période en 2016, l'assuré n'avait pas présenté une aggravation notable de son état de santé depuis la décision de janvier 2011.

Par projet de décision du 3 août 2023, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit aux prestations, dès lors que son

état de santé n'avait pas subi de modification notable et durable depuis sa décision du 6 janvier 2011.

Le 6 septembre 2023, l'assuré a contesté le projet de décision, en demandant qu'une copie des pièces médicales de son dossier soit transmise aux Drs F._____, Y._____ et J._____.

Le 28 novembre 2023, l'assuré, désormais représenté par Swiss Claims Network SA, a confirmé s'opposer au projet de décision. Il a produit un rapport établi le 9 octobre 2023 par la Dre F._____ selon lequel il souffrait d'une péjoration de son état de santé.

Par décision du 11 décembre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations, pour les motifs figurant dans son projet de décision du 3 août 2023. Il a joint à son envoi un courrier du même jour en faisant partie intégrante, selon lequel aucun nouveau diagnostic n'avait été posé entre l'expertise du Dr D._____ du 27 septembre 2010 et celle du Dr E._____ du 28 avril 2023. Il n'y avait pas d'aggravation des troubles, à part durant l'hospitalisation de trois semaines en juin 2016 pour aggravation du trouble dépressif récurrent, à la sortie de laquelle il existait une rémission partielle des symptômes et qui avait eu lieu dans le contexte réactionnel du décès de sa mère.

F. Par acte du 25 janvier 2024, P._____, représenté par Swiss Claims Network SA, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la reconnaissance d'une invalidité de 100 % lui ouvrant le droit à une rente entière, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, il fait valoir que, sur la base de l'expertise mise en œuvre par l'OAI, sa capacité de travail est nulle depuis 2016. Pour lui, cette expertise est pleinement probante et doit être suivie. S'il est exact qu'il est tant bien que mal en mesure de gérer son quotidien et sa vie privée, ses ressources ne sont pas suffisantes pour lui permettre d'affronter les exigences de la vie professionnelle, même dans une activité industrielle simple. Il se prévaut du fait qu'il est triste, anhédonique,

hyposthénique, algique, que sa capacité volitionnelle est altérée et sa thymie très fortement déprimée, éléments qui sont en opposition avec une activité lucrative, même simple. Pour lui, l'avis SMR ne repose sur aucun élément clinique et ne discute pas le point de vue divergent qu'il défend.

Le 28 février 2024, le recourant a produit un certificat médical du C._____ du 21 février 2024 selon lequel il était hospitalisé à M._____ depuis le 7 février 2024.

Dans sa réponse du 11 mars 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a maintenu que les renseignements obtenus lors de l'expertise ne faisaient pas état d'une modification significative de la situation médicale depuis le 6 janvier 2011. Il a rappelé que la nouvelle jurisprudence sur l'évaluation du syndrome douloureux somatoforme persistant selon les indicateurs prévalant depuis l'ATF de juin 2015 ne constituait pas en soi un motif de révision, pas plus que la seule appréciation différente de la capacité de travail. L'intimé a ajouté que la capacité de travail nulle retenue par l'expert psychiatre était incohérente avec son mini CIF et son status. Quant au certificat médical du 21 février 2024, il avait trait à un événement survenu postérieurement à la date de la décision litigieuse et n'avait dès lors pas à être pris en compte dans le cadre de la présente procédure.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 let. c LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, comme en l'espèce, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 23 septembre 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 6 janvier 2011.

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

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

c) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. La rente est versée dès le début de mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b).

6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans

être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 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 ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

7. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait

due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

8. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la dernière demande de prestations déposée par le recourant, et a confié la réalisation d'une expertise à A. _____ afin d'élucider sa capacité de travail exigible.

a) S'agissant du volet somatique, l'expert N. _____ a posé les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de rachialgies chroniques et de douleurs chroniques aux deux épaules. Aucun diagnostic n'avait d'effet sur la capacité de travail. Le recourant n'élève aucun grief à l'encontre de l'évaluation somatique de son état.

Le rapport de l'expert, pleinement probant, peut être confirmé. L'expert a relevé qu'il existait déjà en 2006 une discordance entre les plaintes de la personne assurée et les résultats de l'examen clinique. Les examens complémentaires avaient mis en évidence des lésions dégénératives, qui pouvaient provoquer des douleurs du rachis dans une activité lourde. Ainsi, la capacité de travail du recourant est nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier agricole en raison de lombalgies positionnelles, mais elle est totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité sédentaire avec possibilité de changer de position, pas de porte-à-faux du rachis, pas de charges dépassant 5 kg), sans baisse de rendement.

Certes, comme le relève le SMR (cf. avis du 25 juillet 2023), la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 % en 2006. Il n'en demeure pas moins que la Dre J. _____ comme le Dr Y. _____ ont fait état d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, en particulier en raison de péjoration des douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie de la coiffe (cf. avis du Dr Y. _____ du 23 mars 2022).

On tiendra dès lors le volet somatique de l'expertise pour probant, ce qui conduit à confirmer que la capacité de travail est nulle

dans l'activité habituelle, mais demeure entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles listées ci-dessus.

b) Sur le plan psychiatrique, l'expert E._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, avec syndrome somatique (F32.21) et de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4). Il a estimé qu'à ce niveau, depuis l'hospitalisation survenue en 2016, la capacité de travail était nulle.

Se pose dès lors la question de savoir si le rapport d'expertise d'avril 2023 et son complément de juin 2023 mettent en évidence une modification de l'état de santé du recourant, ou si, comme le soutient le SMR, la situation est superposable à celle ayant conduit à la décision de janvier 2011.

En premier lieu, il convient de constater, sur le plan diagnostique, que l'expert D._____ faisait état d'un probable épisode dépressif moyen (F32.1). Or l'expert E._____ retient quant à lui le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, avec syndrome somatique (F32.21). Toutefois, l'expert E._____ n'explique pas les raisons qui le conduisent à retenir un tel diagnostic. Il note certes que l'assuré est porteur d'une pathologie thymique dépressive marquée, mais cette seule affirmation ne permet pas encore de discerner, en dehors de toute autre explication, la péjoration diagnostique. En particulier, l'expert ne fait pas état des symptômes traditionnellement présents lors d'un épisode dépressif sévère, sinon de façon éparsée et non claire, dans la partie consacrée à l'évaluation psychiatrique. Le Dr E._____ a pour le surplus fait les constats suivants dans son rapport d'expertise d'avril 2023 :

« 4.2. Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

[...]

Au plan psychiatrique

- Il existe une limitation uniforme des activités dans de nombreux domaines de l'existence.

Cet assuré n'a pas d'interaction conjugale autre que mauvaise.

Il nourrit des relations intrafamiliales De Facto.

Il n'a pas de relations amicales en dehors de celles contactées au sein des ateliers de l'Hôpital Psychiatrique de M._____.

- Les symptômes et pertes de fonctionnalité dont se plaint l'assuré apparaissent cohérentes et plausibles à l'expert psychiatre car cet assuré n'est pas histrionique.

Les résultats de notre examen à savoir un **épisode dépressif F 32.21, épisode dépressif sévère avec syndrome somatique et un syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4** sont valides et compréhensibles pour la même raison.

- Est présente au sein du dossier médical mis à disposition une évocation de "trouble" douloureux somatoforme persistant. Il s'agit d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations

(Il est possible, mais non obligatoire, de classer explicitement les diagnostics en fonction de leur impact sur la capacité de travail.)

[...]

Au plan psychiatrique

- **F 32.21 Episode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, avec syndrome somatique.**

- **F 45.4 Syndrome somatoforme douloureux persistant.**

Cet assuré est triste, anhédonique, hyposthénique. Il ressent des manifestations algiques.

La capacité volitionnelle est altérée.

Les principaux facteurs pesants sont la présence des indicateurs de gravité concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4.

Monsieur est en outre porteur d'une pathologie thymique dépressive marquée.

Les ressources disponibles sont impactées.

Elles ont été explorées selon la CIF.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, des facteurs pesants et des ressources

[...]

Au plan psychiatrique

-Monsieur rapporte un milieu d'origine au sein duquel le développement et la scolarité se déroulèrent sans accroc jusqu'à l'âge de 18 ans.

Monsieur a correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours aujourd'hui.

Il n'est pas porteur d'un éventuel trouble spécifique F 60 de la personnalité.

-Cet assuré détient quelques ressources.

Ces dernières sont explorées selon la CIF :

Monsieur détient sa capacité de déplacement.

Il est capable d'aller à différents endroits, respectivement se confronter à différentes situations en utilisant différents moyens de transports tels que l'automobile sur de petites distances ou en étant

véhiculé par autrui. L'assuré craint néanmoins de se rendre dans les magasins.

L'hygiène et les soins corporels apparaissent sans particularité chez un assuré qui n'est pas incurie le jour de notre travail.

Monsieur apparaît capable de s'occuper de lui et de se soigner.

Cet assuré n'a pas d'activité spontanée. Il n'a pas de loisirs, pas de hobbies, il ne pratique pas de sport.

Monsieur apparaît incapable d'avoir des comportements spontanés en dehors d'éventuelles obligations professionnelles ou sociales. Monsieur fréquente les ateliers de l'Hôpital Psychiatrique de M._____.

Cet assuré a des relations proches.

Il apparaît capable de donner et de recevoir un soutien affectif significatif, notamment à ses enfants et petits-enfants. L'assuré nourrit de mauvaises relations conjugales avec son épouse.

Cet assuré est capable d'évoluer au sein d'un groupe.

Il est capable d'en intégrer un tel qu'au sein des ateliers de l'Hôpital de M._____. Monsieur en discerne les règles et s'y adapte.

Le sens du contact envers des tiers est efficient chez un assuré capable d'entrer aisément et de manière informelle en contact avec l'expert psychiatre.

Monsieur détient sa capacité de s'affirmer. Cet assuré est à même de défendre ses convictions sans violer des normes sociales.

La capacité d'endurance de l'assuré n'est pas amoindrie au motif psychiatrique.

L'assuré relate plus une fatigabilité qu'une asthénie massive.

Ainsi Monsieur serait capable de persévérer suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé dans une activité professionnelle ou autre en maintenant un niveau de rendement continu.

Monsieur détient capacité de jugement et de prise de décisions.

Cet assuré, qui n'est pas psychotique, est capable de percevoir les faits de façon différenciée et en fonction du contexte il est capable d'en tirer les conclusions appropriées.

Monsieur sait faire usage de compétences spécifiques.

Il est capable d'utiliser ses connaissances professionnelles et de la vie selon les attentes des rôles à jouer. C'est, du reste, ce qu'il effectue au sein des ateliers de l'Hôpital Psychiatrie de M._____.

L'assuré détient flexibilité et capacité d'adaptation.

Il est capable d'adapter son comportement, sa réflexion et son vécu à des situations changeantes. Il est cependant tributaire de son atteinte à la santé qui préterite son quotidien ou ses vacances par exemple.

Monsieur planifie et structure des tâches.

Il est capable de consacrer le temps adéquat à des activités de travail en atelier spécialisé auprès de l'Hôpital de M._____.

Monsieur s'adapte aux règles et aux routines.

Il est capable de respecter des règles, de venir à des rendez-vous comme convenu ou de s'intégrer dans l'actuelle procédure organisationnelle asséculologique. Il a cependant dû être étayé par son fils pour ce faire.

-Les difficultés de l'assuré sont d'être esseulé, en dehors d'un réseau constitué De Facto par les personnes qu'il fréquente, les ateliers de l'Hôpital de M._____.

Monsieur présente de nombreux critères de gravité du syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, selon l'ATF de juin 2015 inhérent.

4.5. Motivation de la capacité de travail globale

(Les capacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout ; justifier une éventuelle dégradation des performances)

[...]

Au plan psychiatrique

La capacité de travail est de 0%.

Elle est nulle depuis l'hospitalisation en psychiatrie et la prise en charge par la Dre F._____.

4.6. Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Combien d'heures de présence par jour l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

[...]

Au plan psychiatrique

0 heure.

[...]

Actuellement, à quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l'incapacité de travail

(indiquer les deux valeurs) de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 %?

[...]

Au plan psychiatrique

La CT est de 0%, L'IT [incapacité de travail] est de 100%.

Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?

[...]

Au plan psychiatrique

Au motif psychiatrique, la capacité de travail est nulle, depuis l'hospitalisation au sein de l'Hôpital de M._____.

4.7. Capacité ou incapacité de travail dans une activité adaptée

Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?

[...]

Au plan psychiatrique

L'activité au sein des ateliers protégés de l'Hôpital de M. _____ constitue une activité adaptée.

[...]

À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l'incapacité de travail (indiquer les deux valeurs) de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 %?

[...]

Au plan psychiatrique

La CT est de 0%.

L'IT est de 100%.

Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?

[...]

Au plan psychiatrique

Elle est nulle, de 0%, depuis l'hospitalisation au sein de l'Hôpital de M. _____.

4.8. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Du point de vue de l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de manière significative par des mesures médicales (si non, justification succincte) ?

[...]

Au plan psychiatrique

Non.

De multiples tentatives de traitement ont été effectuées en milieux somatiques et psychiatriques stationnaires et ambulatoires.

Les possibilités thérapeutiques sont épuisées. »

Le Dr E. _____ a encore relevé ce qui suit dans son complément d'expertise de juin 2023 :

« A. Catégorie degré de gravité fonctionnelle

a. Complexe atteinte à la santé

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

Monsieur présente une sensation algique persistante qui s'accompagne d'un sentiment de détresse.

Cela n'est pas expliqué par un substratum somatique sous-jacent.

Monsieur présente un contexte de conflits émotionnels notamment conjugaux qui semble suffisamment important pour être considéré comme l'étiologie de ce trouble.

Monsieur requiert une aide et une sollicitation accrues de l'entourage et du corpus médical.

Son fils est revenu vivre chez son père pour le soutenir. L'assuré bénéficie d'un étayage médico-infirmier conséquent.

2. Succès du traitement ou résistance à cet égard

Cet assuré a été hospitalisé en milieux psychiatriques.

Il bénéficie d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré auquel il est compliant.

Il n'existe pas de résistance au traitement.

3. Succès de la réadaptation ou de la résistance à cet égard

L'assuré n'apparaît pas hostile à des mesures de réadaptation.

Il fréquente les ateliers de l'Hôpital de M._____.

4. Comorbidités

Cet assuré est porteur d'un épisode dépressif sévère avec syndrome somatique sans symptômes psychotiques.

B. Catégorie cohérence

1) Limitations uniformes des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il existe une limitation uniforme des activités dans de nombreux domaines comparables de l'existence.

Cet assuré fréquente des ateliers protégés au sein d'un hôpital psychiatrique. Il n'a pas de relation conjugale.

Les relations intrafamiliales le sont De Facto.

L'assuré n'a pas de relation amicale.

Il ne parvient pas à éprouver de l'hédonie lorsqu'il se rend en vacances.

Ces dernières sont préteritées par son état de santé.

2) Poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'assuré est compliant aux traitements médicaux qui lui sont prodigués.

Il paraît au maximum de ses ressources adaptatives, notamment au sein d'ateliers protégés.

L'épisode dépressif est sévère et résistant. 2016 est le marqueur temporel présent au sein du dossier transmis.

2. Devant un épisode dépressif sévère de plus de six ans que vous décrivez comme résistant, une hospitalisation pour faire le point sur le diagnostic et autres traitement possibles (sismothérapie, stimulation transcrânienne par ex) est-elle exigible ?

Oui, l'expert préconise une hospitalisation et cela en vue de tenter de réduire le préjudice à la santé. »

On doit admettre, à lecture de ces éléments, que l'on ne discerne pas, *prima facie*, la péjoration retenue par l'expert qui devrait

conduire à constater que le recourant présente une incapacité de travail totale depuis juin 2016.

Le rapport d'expertise est en effet très sommairement motivé. On peine y à trouver les ressources du recourant. L'examen de la mini CIF-APP reproduit ci-dessus ne conduit pas non plus à un résultat convaincant : cette rubrique est extrêmement succincte et composée d'une liste des capacités qui seraient préservées auprès du recourant, sans aucune illustration concrète en lien avec le cas particulier.

Les constats résultant de la mini CIF-APP sont en outre, de prime abord, en contradiction avec la sévérité des troubles retenus. On y lit en effet que le recourant n'a pas d'activité spontanée. Par contre, il est décrit comme étant en mesure de se déplacer, et de maintenir son hygiène, d'avoir des relations proches, d'évoluer au sein d'un groupe, d'avoir des contacts avec des tiers, de s'affirmer, de maintenir sa capacité d'endurance, et de persévérer dans une activité. Il détiendrait également sa capacité de jugement, et saurait faire usage de compétences spécifiques, serait flexible et capable d'adaptation, ainsi que de planifier et structurer ses tâches, et il s'adapterait aux règles.

On relèvera qu'il apparaît également contradictoire de la part de l'expert de décrire que le recourant est esseulé, alors qu'il note qu'il a un réseau constitué des personnes qu'il fréquente auprès des ateliers de l'Hôpital de M._____, ainsi que de sa famille.

L'expert ne semble au demeurant pas avoir compris qu'il ne lui appartenait pas de revoir la situation qui prévalait en 2010 à la lumière des indicateurs posés par la jurisprudence en 2015. Son examen des indicateurs est par ailleurs tellement sommaire qu'il ne permet pas de suivre le raisonnement l'ayant conduit à retenir une capacité de travail nulle depuis l'hospitalisation de juin 2016. Il est au demeurant constant que la jurisprudence publiée aux ATF 141 V 585 ne constitue pas en soi un motif de révision, pas plus que la seule appréciation différente de la capacité de travail.

On note toutefois qu'en 2010, le recourant entretenait de bonnes relations avec son épouse, et que désormais, il souffre de difficultés conjugales. Un certain épuisement des ressources semble ressortir de l'expertise du Dr E._____, sans que celui-ci soit établi de façon claire, l'expert n'ayant procédé qu'à une analyse (rudimentaire) de la gravité de l'atteinte à la santé de l'intimé conformément aux indicateurs définis par la jurisprudence (ATF 141 V 281).

Quant au test de Hamilton mentionné par l'expert E._____, l'expert D._____ n'y avait pas procédé, dans la mesure où ce dernier relevait que la recherche d'une symptomatologie dépressive tend à donner des réponses inductibles et constamment positives. Ce test ne semble dès lors pas à même d'établir la sévérité de l'épisode dépressif.

Il n'en demeure pas moins que les carences de l'expertise du Dr E._____ ne suffisent pas à exclure qu'une péjoration effective de l'état de santé du recourant au plan psychiatrique puisse entrer en considération, étant rappelé que la dernière évaluation expertale le concernant date de 2010. Son état de santé paraît en tout cas ne pas s'être amendé, comme en témoigne son hospitalisation, certes intervenue postérieurement à la décision attaquée. Le seul fait que le recourant se rende trois demi-journées par semaine auprès des ateliers de l'Hôpital psychiatrique de M._____, activité de nature strictement occupationnelle, ne permet pas non plus de retenir que son état serait demeuré superposable à celui qui prévalait lorsqu'a été rendue la décision de janvier 2011.

Ainsi le manque de consistance du volet psychiatrique de l'expertise, respectivement les incohérences qui en résultent (notamment à la lumière de la sévérité de l'atteinte retenue en présence de la mini CIF-APP qui ne semble pas mettre en évidence un assuré sévèrement atteint dans sa santé) exclut de lui reconnaître valeur probante.

Ce document ne permet en effet pas de déterminer l'incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant, ni de se prononcer sur les ressources à sa disposition pour en surmonter les conséquences.

9. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 *ad* art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à

l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise du Dr E. _____ était insuffisant (compte tenu de ses lacunes et incohérences notamment) pour statuer sur le droit aux prestations du recourant, de sorte que ce document ne pouvait se voir accorder valeur probante. La Cour de céans estimant que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction, il s'agit dès lors de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction. Après actualisation des pièces médicales, il lui appartiendra de solliciter une nouvelle expertise psychiatrique du recourant, l'expert psychiatre pouvant s'adjoindre les services d'un neuropsychologue s'il l'estime opportun.

10. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 11 décembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour P. _____),
- 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 :