

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

S. _____, à Yverdon, recourant, représenté par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 4 et 28 LAI; 8 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** S._____ (ci-après: l'assuré), né le 4 juillet 1958, marié et père de quatre enfants, s'est installé définitivement en Suisse en 1995 en qualité de réfugié. Il a travaillé comme aide-menuisier depuis le 1^{er} octobre 2000. Son contrat de travail a été résilié pour le 31 juillet 2002.

Selon un rapport du 21 février 2002 du Dr I._____, du Centre médical d'Yverdon, l'assuré avait présenté une incapacité de travail dès le 6 février 2002 pour des douleurs du rachis diffuses. Dans un rapport du 24 mai 2002, le Dr V._____, médecin chef à l'Hôpital d'Orbe, a posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants (F45.4).

b) Le 8 avril 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a requis l'avis du Dr D._____, médecine générale FMH à Yverdon et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 16 avril 2003, ce médecin a indiqué que l'assuré avait présenté des lombalgies aiguës en soulevant une charge et qu'il avait présenté une incapacité de travail de 100% du 27 novembre au 10 décembre 2001.

Le 14 novembre 2005, l'assuré a été examiné par les Drs M._____ et Y._____, respectivement rhumatologue FMH et psychiatre FMH, au SMR. Dans un rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 16 novembre 2005, ces praticiens ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies étagées chroniques persistantes, dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs (M54.9), ainsi qu'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assuré et entière dans une activité adaptée à son problème de dos et tenant compte de ses limitations fonctionnelles.

L'OAI a également requis l'avis de la Dresse T._____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Lausanne et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 15 novembre 2005 adressé à l'OAI, cette praticienne a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0); l'incapacité de travail était totale depuis le mois de novembre 2001 et pour une période indéterminée. Dans un rapport du 14 février 2008 adressé à l'OAI, la Dresse T._____ a indiqué que l'état de santé psychique de l'assuré se détériorait progressivement et qu'il présentait en particulier un trouble du cours de la pensée avec des troubles de la perception de type cénesthésiques, des idées de ruine, des ruminations incessantes, une importante irritabilité, des difficultés sociales et des troubles du sommeil.

c) Par décision du 15 mars 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel; l'assuré a formé opposition contre ce prononcé. En raison d'un vice de forme relatif à la Dresse Y._____, l'OAI a confié une expertise psychiatrique à la Dresse N._____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Valeyrès-sous-Montagny. Dans un rapport du 15 juillet 2008, cette praticienne n'a posé aucun diagnostic sur le plan psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé (p. 18), a indiqué que ce dernier ne présentait pas de limitation qualitative ou quantitative au plan psychique et mental et a retenu une capacité résiduelle de travail entière sur le plan psychique, sans diminution de rendement (p. 23). Elle s'est fondée notamment sur les pièces médicales figurant au dossier (p. 3-9), l'anamnèse de l'assuré (p. 10-14), les plaintes et données subjectives de celui-ci (p.15-16) ainsi que sur le status clinique (p. 16-17) et a expliqué les raisons pour lesquelles elle s'écartait de l'avis formulé par la Dresse T._____ dans son rapport du 15 novembre 2005.

d) Par décision sur opposition du 14 octobre 2008, l'OAI a confirmé sa décision du 15 mars 2006. Il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Se référant à l'expertise psychiatrique du 15

juillet 2008 de la Dresse N._____, il a relevé que la capacité de travail de l'intéressé était entière sur le plan psychiatrique et que l'avis de la Dresse N._____ était prépondérant par rapport à celui de la Dresse T._____, indiquant que le rapport du 15 novembre 2005 ainsi que le courrier du 14 février 2008 de cette praticienne étaient moins étayés que l'expertise précitée et qu'ils émanaient du médecin traitant. Indiquant un revenu d'invalidé de 52'025 fr. 56 en 2003 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) compte tenu d'un abattement de 10% et un revenu sans invalidité de 45'556 fr. 85 que l'assuré aurait pu réaliser en 2003, l'OAI a retenu que l'intéressé n'avait droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement dans une nouvelle profession.

B. a) Par acte du 14 novembre 2008, S._____ recourt contre cette décision sur opposition et conclut principalement à son annulation dans le sens de l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à son annulation avec renvoi à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il se réfère aux avis médicaux de la Dresse T._____, dont il soutient que les conclusions sont opposées à celles de la Dresse N._____, et se prévaut d'une détérioration de son état de santé, attestée par la Dresse T._____. S'appuyant sur l'avis du Centre médical d'Yverdon, par l'intermédiaire du Dr I._____, il considère que son incapacité de travail est totale. Compte tenu des divergences entre l'experte et les autres praticiens consultés, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

b) Dans sa réponse du 16 février 2009, l'OAI expose n'avoir rien à ajouter à sa décision, qu'il ne peut que confirmer, et conclut au rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 18 mai 2009, le recourant produit un rapport médical du 9 mai 2009 de la Dresse T._____, spécialiste FMH (2008) en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. Cette praticienne a noté que l'assuré était très angoissé et qu'il se plaignait d'agitation interne, de ruminations, de troubles du sommeil, d'irritabilité et

de sensations corporelles étranges, mises sur le compte de troubles cénesthésiques, et d'idées de ruine accompagnées d'une idéation suicidaire. Faisant état de ses constatations, elle a répondu comme suit aux questions suivantes posées par l'avocat de l'assuré :

"1) [Evolution de la maladie et résultat des thérapies] L'état de santé de S._____ se péjore malgré un suivi médical adapté, conjoint par un médecin somatique et un psychiatre;

[...]

3) [Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail] A) Etat dépressif majeur récurrent avec symptômes psychotiques F 33.3; B) Etat de stress post-traumatique avec déclenchement différé F 43.1;

4) [La situation médicale s'aggrave-t-elle?] Oui, la situation médicale s'aggrave, l'état de santé psychique de S._____ s'inscrit dans les maladies chroniques pour lesquelles le suivi médical est un accompagnement pour atteindre une certaine stabilisation et pour lesquelles il n'y a pas de guérison envisagée".

Le recourant maintient ainsi les conclusions prises dans son recours.

d) Dans sa duplique du 15 juin 2009, l'OAI produit un avis SMR du Dr B._____ du 4 juin 2009, auquel il déclare se rallier entièrement. Cet avis conclut que le rapport du 9 mai 2009 de la Dresse T._____ ne fait que reprendre les éléments de ses rapports de 2005 et 2008, dont les conclusions ont été analysées et contestées par l'experte en juillet 2008 avec une solide argumentation.

e) Le 23 juin 2009, le juge instructeur informe le recourant que la requête d'expertise est rejetée en l'état, l'instruction apparaissant complète sur le plan médical; il réserve l'avis des autres membres de la cour qui sera appelée à statuer.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1)

s'appliquent à l'AI (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. a) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Dans la décision sur opposition du 14 octobre 2008, l'OAI lui a nié le droit à ces

prestations, considérant que l'assuré ne présentait pas un degré d'invalidité suffisant.

b) Sur le plan psychique, le recourant se prévaut des rapports de la Dresse T._____, qui atteste une incapacité de travail totale, et estime que l'expertise de la Dresse N._____, qui retient une capacité de travail entière, ne saurait être déterminante. A titre préalable, on relèvera qu'une contradiction entre praticiens quant au diagnostic ou quant à l'incapacité de travail d'un assuré n'exige pas en soi de s'écarter de l'avis formulé par un expert et d'ordonner l'établissement d'une nouvelle expertise.

La Dresse T._____ (rapport du 15.11.2005) a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0); l'incapacité de travail était totale depuis le mois de novembre 2001 et pour une période indéterminée; elle a notamment évoqué la présence d'idées de ruine, des ruminations, des troubles cénesthésiques et des sentiments de persécution. Par la suite, elle a indiqué que l'état de santé psychique de l'assuré se détériorait progressivement et qu'il présentait en particulier un trouble du cours de la pensée avec des troubles de la perception de type cénesthésiques, des idées de ruine, des ruminations incessantes, une importante irritabilité, des difficultés sociales et des troubles du sommeil (rapport du 14.02.2008).

Dans son expertise, longue de 26 pages (rapport du 15.07.2008), la Dresse **Catherine Lomier Viret** n'a posé aucun diagnostic sur le plan psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé (p. 18), a indiqué que ce dernier ne présentait pas de limitation qualitative ou quantitative au plan psychique et mental et a retenu une capacité résiduelle de travail entière sur le plan psychique, sans diminution de rendement (p. 23). La Dresse N._____ n'a pas constaté de trouble du cours de la pensée, de cénesthésie, d'idées de ruine, d'agitation ou ralentissement psychomoteur, de signe anxieux, d'attaque de panique

ou de manifestation algique; elle a relevé que l'irritabilité était sous-jacente mais non importante, que l'assuré ne prenait pas d'antidépresseurs et elle a signalé d'importantes discordances entre le discours de l'assuré et les constatations objectives (p. 21). Se référant à la CIM-10, elle a par ailleurs nié la présence d'un état de stress post-traumatique (p. 20) et a indiqué que les éléments figurant au status (humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, manque d'énergie, diminution de la confiance en soi et réveils fréquents) étaient tout au plus assimilables à un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (p. 22).

A ce stade, on peut déjà relever que les constatations de l'experte sont plus fouillées et mieux motivées que celles du psychiatre traitant. Par ailleurs, la Dresse N._____ a expliqué les raisons pour lesquelles elle s'écartait de l'avis de la Dresse T._____, en exposant notamment ce qui suit (expertise, p. 20) :

"Dans un rapport du 15.11.2005, la Dresse T._____ évoque une thymie triste, un repli sur soi, un ton monocorde, des ruminations, des pleurs et conclut à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (sentiments de persécution, d'avoir des éclats d'obus dans la tête et de troubles de la perception de son corps), existant depuis novembre 2001 et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Elle retient une incapacité de travail de 100% depuis novembre 2001, bien qu'elle n'ait vu S._____ que depuis le printemps 2004. Selon ma collègue, l'introduction de neuroleptique avait permis une diminution des angoisses, sans répercussion sur les douleurs.

Le status décrit ci-dessus par ma collègue correspond à un épisode dépressif léger selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10 et non à un épisode dépressif sévère. Les symptômes psychotiques sont décrits par l'expertisé mais non objectivés par la Dresse T._____".

De telles explications, dûment motivées, emportent la conviction de la cour de céans. On ajoutera à cela que la Dresse T._____ n'a pour sa part pas expliqué en quoi l'avis de l'experte serait erroné ni les raisons pour lesquelles il y aurait lieu, contrairement à l'avis de cette dernière, de retenir une incapacité de travail totale ainsi que les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et

de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

En outre, en tant que psychiatre traitant de l'assuré, l'avis de la Dresse T._____ doit être apprécié avec les réserves d'usage en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1), on relèvera également que l'avis de la Dresse N._____, en tant qu'experte, est plus objectif et impartial que celui de la Dresse T._____ pour déterminer l'état de santé psychique de l'assuré et évaluer son incapacité de travail. Il convient donc, comme le SMR (avis du 15 juin 2009 du Dr B._____) de préférer l'avis de l'experte à celui de la Dresse T._____. S'agissant plus particulièrement du rapport médical du 9 mai 2009 de la Dresse T._____, établi postérieurement à l'expertise, il ne fait pour l'essentiel que reprendre les éléments figurant dans les précédents rapports de cette praticienne - comme l'a relevé le Dr B._____ dans son avis SMR du 15 juin 2009 - et ne permet de toute façon pas de douter des constatations et conclusions de l'experte.

Enfin, le rapport d'expertise de la Dresse N._____ a été établi compte tenu de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier (p. 3-9), d'une anamnèse détaillée, en particulier familiale, personnelle, professionnelle, sociale et psychopathologique (p. 20-14), des plaintes et données subjectives de l'assuré (p. 15-16), d'un status clinique fouillé (p. 16-17) et il comporte une appréciation médicale claire, exempte de contradictions, de même que des conclusions convaincantes et dûment motivées (p.16 ss), de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue.

Dans cette situation où divergent les avis du psychiatre traitant, la Dresse T._____, qui relève un épisode dépressif majeur avec symptômes psychotiques et de l'expert N._____, qui ne retrouve à l'examen qu'un épisode dépressif léger, on doit suivre l'appréciation de

l'expert qui a procédé à une expertise qui est effectuée selon les règles admises et qui est cohérente. Il faut reconnaître que le status clinique de cette expertise est fouillé et qu'il ne permet pas de retrouver la symptomatologie sur laquelle se fonde l'avis de la Dresse T._____. L'hypothèse émise par ce médecin, celle d'un effet tardif d'un traumatisme vécu lors de la guerre en Yougoslavie, n'est pas suffisamment étayée: on ignore ce que le recourant a pu subir, l'existence d'éventuelles réactions sur le moment et les mécanismes psychologiques en jeu.

c) Sur le plan somatique, on relèvera que, comme le retient le rapport du 16 novembre 2005 du SMR, l'assuré présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son problème de dos et tenant compte de ses limitations fonctionnelles. A ce sujet, les explications détaillées du Dr M._____, qui a procédé à une étude fouillée du cas sur la base de l'anamnèse, d'un status physique complet, des plaintes de l'assuré, avant de porter une appréciation dûment motivée, sont convaincantes. En ce sens, en particulier les avis contraires des Drs D._____ (rapport du 16.04.2003) et I._____ (rapport du 21.02.2002), attestant une incapacité de travail, peu motivés et étayés, ne sauraient être suivis. Le recourant n'a du reste pas exposé en quoi l'avis du SMR serait erroné.

4. a) Reste à déterminer l'incapacité de gain du recourant, compte tenu de son revenu avec et sans invalidité.

Compte tenu d'un salaire de 57'806 fr. 20 selon l'ESS 2003 (TF I 869/05 du 27 mars 2006 consid. 5.3 et les références citées) et d'un abattement de 10% retenu par l'OAI et paraissant équitable compte tenu des circonstances (ATF 129 V 475 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), le revenu d'invalidé est de 52'025 fr. 58. La comparaison de ce montant avec un revenu sans invalidité de 45'556 fr. 85 en 2003 (questionnaire pour l'employeur du 04.07.2003, compte tenu de l'évolution des salaires de 2001 à 2003) ne met pas en évidence de degré d'invalidité.

b) Il s'ensuit que le recourant n'a pas droit à des mesures d'ordre professionnel, le degré d'invalidité n'atteignant pas 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4), ni a fortiori à une rente d'invalidité (art. 28 LAI a contrario). On relèvera qu'il en va de même si l'on se fonde sur un abattement maximal de 25% du revenu d'invalidité (ATF 129 V 475 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF I 797/06 du 21.08.2007 consid. 6.2). Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

5. Au vu de ce qui précède, le dossier s'avère complet pour statuer sur la demande de rente et de mesures d'ordre professionnel, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de complément d'instruction sous forme d'une nouvelle expertise médicale, requise par le recourant.

6. 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. 1 bis LAI). Ceux-ci doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 14 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émoulement judiciaire de 250 francs est mis à la charge de S._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Damond, avocat à Lausanne (pour S._____)
- 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).

Le greffier :

