

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Zbinden et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

W._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 16 LPGA et 43 al. 3 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** W. _____ (ci-après: l'assuré), né le 21 juillet 1958, marié et père de famille, a travaillé en qualité d'ouvrier du bâtiment (manœuvre) pour l'entreprise C. _____ SA depuis 1981. Il a cessé son activité le 18 décembre 2002 en raison de cervico-lombalgies et de douleurs hémicorporelles gauches. Le 11 mars 2003, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

b) Dans un rapport médical du 20 février 2003 adressé au Dr M. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, le Dr A.F. _____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué notamment ce qui suit:

"Objectivement, je n'ai pas de signes évoquant une atteinte neurologique expliquant les douleurs du patient. Notamment malgré le syndrome cervical et l'absence de réflexes bicipitaux et stylo-radiaux, il n'y a pas d'atteinte radiculaire démontrable objectivement.

La majorité des douleurs décrites par le patient sont reproduites par la palpation musculaire, notamment dans des points qui sont généralement présents lors de fibromyalgie. Peut-être s'agit-il d'une des pistes possibles, sous réserve de ce que peut démontrer les examens radiologiques que je n'ai pas vus."

Dans un avis médical du 7 avril 2003 adressé au Dr M. _____, le Dr P. _____, médecin-chef à l'Hôpital d'Orbe, pose le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants (F45.1), en l'absence de substrat organique ou radiologique et en présence de nombreux signes de non-organicité; relevant que l'origine n'est bien entendu pas de nature organique, il suggère une évaluation psychiatrique.

Dans un rapport médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 7 avril 2003, le Dr M. _____ pose le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de probable fibromyalgie, existant depuis plusieurs années mais exacerbée en décembre 2002, entraînant pour l'instant une incapacité de travail de

100% dans l'activité de manœuvre dans le bâtiment. Il pose en outre divers diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, dont celui de scoliose dorsale modérée dextro-convexe et de spondylose débutante, spina bifida S1, consécutives à une chute sur le lieu de travail en 1996.

c) Le 4 septembre 2003, le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, établit à la demande de la caisse-maladie G._____, qui versait à l'assuré des indemnités journalières selon la LAMal, un rapport d'expertise psychiatrique dans lequel il pose le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Ce rapport retient notamment ce qui suit:

"Le long entretien que nous avons eu avec M. W._____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le résultat des examens paracliniques, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, M. W._____ présente un tableau poly-algique à prédominance à l'hémi-corps gauche, atypique tant par sa localisation, sa présentation que la qualité des symptômes. Nous relevons subjectivement un sentiment de perte de force, parfois d'hypo-esthésie, associé à des symptômes digestifs sous forme d'épigastralgie, et une légère anxiété flottante.

En l'absence d'une symptomatologie digestive ou urogénitale manifeste, un trouble de somatisation semble peu probable. Nous n'avons pas d'arguments pour un trouble de conversion, une hypocondrie. Tout au plus pourrions-nous évoquer ici un trouble somatoforme indifférencié, selon le DSM IV, qui correspond à celui de fibromyalgie en médecine générale.

Il existe certains éléments de la lignée anxieuse et dépressive, qui semblent toutefois insuffisants pour parler d'un état dépressif majeur moyen à sévère ou d'un trouble anxieux spécifique.

L'hypothèse d'abus d'alcool ou d'une consommation excessive d'alcool ne peut pas être clairement démontrée au vu de notre expertise.

Il n'y a pas d'élément en faveur d'un trouble majeur de la personnalité en tous les cas assimilable à une atteinte à la santé mentale. M. W._____ a toujours bien fonctionné, tant du point de vue professionnel, familial que social jusqu'aux faits qui nous occupent.

Qu'en est-il de la psychogenèse des troubles présentés par l'assuré(e)?

M. W._____ est un homme de 45 ans, qui connaît depuis un certain nombre d'années des difficultés sur sa place de travail. Sans facteur déclenchant particulier, il présente une symptomatologie algique, rapidement extensive, pour laquelle les différentes investigations pratiquées ont pu exclure une origine organique. Si, lors d'une première investigation par le Dr A.F._____, neurologue FMH, pratiquée le 14.2.2003, M. W._____ évoque la possibilité d'une reconversion professionnelle, le discours actuellement est beaucoup plus fataliste. Celui-ci est légèrement revendicateur et polyplaintif, ce qui laisse penser que M. W._____ ne semble plus avoir actuellement la motivation de reprendre une activité professionnelle même adaptée. Certes, l'absence de qualification professionnelle, les problèmes linguistiques risquent de représenter un obstacle important chez ce sujet par ailleurs vif d'esprit et intelligent, qui a bien compris les enjeux de la présente expertise.

Le trouble somatoforme indifférencié ne se greffe pas sur une histoire personnelle douloureuse, voire un contexte psychosocial ou familial difficile. De surcroît, il n'y a pas d'arguments pour un trouble de la personnalité prémorbide significatif. Les quelques éléments anxio-dépressifs chez ce sujet très démonstratif devraient réagir favorablement à l'introduction d'un antidépresseur sérotoninergique bien conduit. Nous n'avons pas toutefois ici actuellement le sentiment que les éléments qui sortent du champ médical expliquent pourquoi l'assuré surinvestit ses problèmes physiques. Son statut de malade semble lui offrir de nombreuses solutions à des problèmes de réalité.

De notre point de vue, il faut surtout éviter ici la multiplication des investigations médicales ou exploratoires devant tous nouveaux symptômes et valoriser la relation avec son médecin généraliste, le Dr M._____.

Les troubles mentionnés plus haut, d'un point de vue psychiatrique, valent tout au plus pour une incapacité de travail de 20 à 30% dans une activité physique adaptée."

d) Dans un rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du SMR du 22 juin 2005, le Dr H._____ et la Dresse A._____ relèvent que l'assuré refuse de répondre aux questions et se positionne dans un rôle de victime handicapée et oppositionnelle qui refuse toute collaboration avec l'examineur. Ils rappellent que l'assuré avait bénéficié le 5 avril 2005 d'un examen bi-disciplinaire au SMR, mais qu'aucune collaboration n'avait été possible, autant sur le plan psychique que somatique. Il s'agit donc d'un deuxième examen bi-disciplinaire au SMR où l'assuré se montre théâtral, démonstratif, oppositionnel et refuse toujours de répondre aux questions. Sur la base de l'observation clinique et en tenant compte du manque de collaboration de l'assuré, les médecins du SMR diagnostiquent

un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique. Sur la base de leurs observations, ils estiment que l'assuré ne souffre d'aucune maladie psychiatrique invalidante qui puisse justifier une diminution de la capacité de travail. En tenant compte d'une exagération des douleurs chroniques et en dépit de doutes, ils estiment que l'intéressé a une capacité de travail exigible de 70%-80% dans toute activité, en plein accord avec les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr Q._____.

e) Dans un rapport médical du 11 août 2005 adressé à l'OAI, le Dr V._____, chef de clinique, et la Dresse X._____, médecin-assistante à l'Unité de psychiatrie ambulatoire (UPA) d'Yverdon-les-Bains, qui suivent l'assuré depuis le 7 juillet 2003, posent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4); ils évaluent l'incapacité de travail à 100%, tant dans l'activité habituelle de manœuvre que dans toute autre activité professionnelle, l'état dépressif de l'assuré associé à des troubles somatoformes, le ralentissement psychomoteur, l'irritabilité accrue, les difficultés de tenir le focus, l'impossibilité de contrôler ses impulsions et sa colère, les idées de persécution fluctuantes s'avérant des limitations fonctionnelles qui l'empêchent de s'investir dans un régime de travail; le pronostic est très réservé au moyen et long cours.

En tenant compte du rapport médical de l'UPA d'Yverdon-les-Bains, le SMR, dans un avis médical du 18 août 2005, propose un complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr Q._____.

f) Dans son rapport d'expertise complémentaire du 25 juillet 2006, le Dr Q._____ décrit les constatations opérées lors des examens cliniques du 10 novembre 2005 et du 20 mars 2006, qui lui permettent d'affirmer qu'il n'y a pas d'éléments pour une anxiété généralisée ou un trouble panique tel que défini par le DSM IV, ni d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. Il pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'éventuel état dépressif et retient, en réponse aux questions, que l'activité exercée jusqu'ici est toujours

exigible à 80%, en précisant qu'il n'y a pas de diminution de rendement sur un tel taux d'activité. Sous "discussion", il expose ce qui suit:

"Tout comme nos confrères du SMR Léman qui ont examiné l'assuré le 7.4.2005 et 8.6.2005, nous avons à faire à un sujet démonstratif, oppositionnel, geignard, créant une agitation manifeste dans le cabinet, tant lui que sa fille et son épouse. Malgré l'importance des plaintes ainsi que son comportement, se dégage un sentiment d'inauthenticité important.

Les informations que l'on peut recueillir sont variables, peu fiables d'un moment à l'autre. Dans l'ensemble, il est difficile de comprendre quoi que ce soit, si ce n'est qu'il a mal et qu'il serait dans l'incapacité de travailler.

En d'autres termes, tout est centré autour d'une problématique algique, mal systématisable, exprimée sur un mode démonstratif, presque revendicateur. L'examen clinique est impossible à réaliser, bien que nous ayons convoqué cet assuré deux fois.

Nos observations sont donc superposables à celles de notre rapport du 4.9.2003 et surtout à celles du SMR Léman du 7.4. et 8.5.2005.

Il s'agit donc d'un cas très difficile à apprécier. Soit on se place dans le rôle du médecin traitant et on prend fait et cause pour l'assuré, soit on considère des éléments objectifs et l'impression globale que produit cet assuré. A partir de là, rien ne nous permet de nous écarter de l'appréciation du SMR Léman du 7.4. et 8.5.2005.

De notre point de vue, l'assuré n'est pas au bout de ses revendications, mais actuellement, Monsieur W._____ semble s'être définitivement ancré dans son statut d'invalidé. Tout donne lieu à penser que rien n'évoluera tant qu'il n'aura pas obtenu une rente."

B. a) Le 4 octobre 2006, l'OAI a présenté à l'assuré un projet de décision de refus de rente. Il y est exposé que l'assuré a cessé son activité d'ouvrier en bâtiment en 2002 en raison de ses problèmes de santé, que l'OAI a requis des examens spécialisés, notamment un examen bi-disciplinaire auprès du SMR ainsi qu'une expertise médicale auprès du Dr Q._____, et qu'appréciant les renseignements contenus dans ces différents rapports, il constate que la capacité de travail de l'assuré est de l'ordre de 80% aussi bien dans son activité d'ouvrier en bâtiment que dans toute activité adaptée, si bien que la demande doit être rejetée puisqu'un taux d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas le droit à la rente.

b) L'assuré, représenté par Procap service juridique, a fait part le 13 novembre 2006 de ses objections à ce projet de décision, faisant notamment valoir que les problèmes de collaboration lors des examens au SMR et chez le Dr Q._____ étaient liés à sa problématique psychique et donc involontaires, et qu'il était arbitraire de fixer la capacité de travail à 80% sans pouvoir le motiver ni expliquer la grande divergence avec les rapports des médecins traitants. Il a produit un courrier du 10 novembre 2006 du Dr V._____ et de la Dresse X._____, dont il ressort notamment ce qui suit:

"Dans les deux expertises [réd.: l'examen bi-disciplinaire auprès du SMR et l'expertise psychiatrique auprès du Dr Q._____] le comportement de M. W._____ est considéré comme "non collaborant, revendicatif" donnant l'impression d'une "inauthenticité" C'est très probablement l'impression que le patient donne lors des entretiens ponctuels avec les experts où il présente une révolte associée à des sentiments de non reconnaissance de sa souffrance. Nous avons également été confrontés à cette attitude où il se montre méfiant, sur la défensive, voire dans la revendication, surtout au début de notre prise en charge. Cependant, avec l'établissement d'un lien thérapeutique de confiance, la symptomatologie dépressive et anxieuse apparaît au premier plan. Il faut rappeler toutefois qu'au moment du débordement émotionnel il déploie des défenses de type caractériel.

(...)

Malgré plusieurs tentatives médicamenteuses et les entretiens réguliers auprès de notre service, nous observons une évolution défavorable chez M. W._____, avec un état de régression qui à notre avis s'avère une expression de l'effondrement narcissique du patient (perte d'identité, perte de son rôle d'homme et de père de famille et d'employé exemplaire).

Même si la revendication caractérielle (défensive) du patient peut apparaître au premier plan lors du premier contact, nous considérons que les limitations fonctionnelles (apragmatisme, anhédonie) faisant aussi partie du tableau dépressif, rend le patient incapable d'assumer un travail."

c) Par décision du 29 avril 2008, l'OAI a confirmé son projet de refus de rente du 4 octobre 2006. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a relevé que le dossier comprend pas moins de quatre expertises psychiatriques qui arrivent toutes aux mêmes conclusions. Le

Dr Q._____ en a réalisé deux, dont celle du 4 septembre 2003, à laquelle l'assuré avait semble-t-il bien collaboré, ayant été requise par la caisse-maladie G._____. Les deux autres examens ont été effectués par le SMR. Contrairement aux psychiatres traitants dont le rôle est thérapeutique, les experts mandatés ont procédé à une évaluation objective de la situation et s'accordent à reconnaître une capacité de travail réduite de 20-30%. L'attitude oppositionnelle de l'assuré n'a pas été un obstacle à une évaluation correcte de son état de santé, mais a simplement ralenti et compliqué l'instruction.

C. a) L'assuré recourt contre cette décision par acte du 5 juin 2008, en concluant avec suite de frais et dépens à ce qu'il soit dit qu'il a droit à une rente d'invalidité, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Son argumentation sera reprise dans la mesure utile dans les considérants de droit du présent arrêt.

A l'appui de son recours, le recourant produit un bref rapport médical du Dr M._____ du 30 mai 2008, faisant état notamment de troubles somatoformes douloureux persistants et de troubles dépressifs récurrents en péjoration, un certificat de prise en charge en physiothérapie du 29 mai 2008 attestant qu'il a bénéficié régulièrement depuis 2005 d'un traitement de physiothérapie antalgique, ainsi qu'un rapport médical du 27 mai du Dr R._____, chef de clinique adjoint à l'UPA d'Yverdon-les-Bains. Ce praticien y pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), et expose notamment ce qui suit:

"Du point de vue clinique, nous observons une symptomatologie dépressive sévère et persistante sous forme d'anhédonie, d'aboulie, d'irritabilité, sentiment de désespoir important, troubles du sommeil avec idéation suicidaire fluctuante.

D'autre part, nous observons une symptomatologie anxieuse sévère avec signes neurovégétatifs tels que transpiration profuse, tremblements des deux mains et barre thoracique."

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 25 septembre 2008, l'OAI indique n'avoir rien à ajouter à sa décision et propose le rejet du recours.

c) Le 9 janvier 2009, Procap a adressé au Tribunal, afin de permettre à celui-ci de chiffrer les éventuels dépens, un résumé de l'activité déployée dans ce dossier par son Service juridique depuis le 10 février 2004, soit 14.5 heures à 230 fr./h, les frais et débours se montant à 141 fr., ce qui donne un total de 3'476 fr. hors TVA.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI; Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La LPA-VD (Loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

Il convient ainsi d'examiner ci-après les différents griefs soulevés par le recourant à l'encontre de la décision attaquée.

3. a) Le recourant critique d'abord l'affirmation de l'OAI selon laquelle l'attitude oppositionnelle de l'assuré lors des examens effectués auprès du Dr Q. _____ et des médecins du SMR n'a pas été un obstacle à une évaluation correcte de son état de santé, mais a simplement ralenti et compliqué l'instruction. Il invoque l'art. 43 al. 3 LPGA, aux termes duquel l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier, si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer, moyennant cependant qu'il ait adressé à l'assuré une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable. Le recourant soutient que sa situation médicale est loin d'être claire et qu'une évaluation objective de sa capacité de travail par les médecins sans examens cliniques ni test psychométrique ou discussion avec la personne concernée n'est pas possible. Selon le recourant, l'évaluation faite par l'expert et les médecins du SMR ne pouvait dans ces conditions servir de base à une décision, et

l'OAI aurait dû soit se baser sur les rapports des psychiatres de l'UPA, soit impartir au recourant un délai raisonnable en lui indiquant qu'à défaut de collaboration de sa part une décision sera rendue en l'état (incomplet) du dossier. Ne l'ayant pas fait, mais ayant pris une décision sur la base de rapports médicaux incomplets, l'OAI aurait violé l'art. 43 al. 3 LPGA.

b) Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière; il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

Précisant la portée de cette disposition, le Tribunal fédéral a exposé que selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir impartit un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi; il ne doit cependant faire usage de cette dernière possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier. En tous les cas, l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 229 c. 2; 97 V 173 c. 3; TF U 48/07 du 6 novembre 2007, c. 4.2 et les références citées; TF I 906/05 du 23 janvier 2007, c. 5.4).

c) En l'espèce, l'OAI n'a pas refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, mais a statué sur le fond après avoir recueilli de nombreux avis médicaux et procédé à une instruction complète sur le plan médical. Sur le plan psychiatrique, l'OAI a d'abord pris en considération le rapport d'expertise psychiatrique établi le 4 septembre 2003 par le Dr Q._____ à la demande de la caisse-maladie G._____. Ce rapport se fonde sur des examens complets - notamment un long entretien avec l'assuré, des tests psychométriques et des examens paracliniques -, prend en considération les plaintes de la personne examinée, repose sur une anamnèse circonstanciée, décrit clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale et aboutit à des conclusions qui sont bien motivées, de sorte qu'il remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit attribuée (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1). Il n'en ressort au surplus pas que l'expert ait rencontré à l'époque des difficultés de collaboration avec l'assuré.

Par la suite, l'OAI ne s'est pas heurté à un refus de l'assuré de se soumettre aux examens médicaux qui ont été ordonnés, à savoir en premier lieu un examen clinique bi-disciplinaire qui a eu lieu le 7 avril 2005 puis à nouveau le 8 juin 2005 et a donné lieu à un rapport d'examen clinique du 22 juin 2005. Les médecins du SMR ont certes rencontré des difficultés de collaboration avec l'assuré, qui a refusé de répondre aux questions en disant à chaque fois "je ne sais pas". Ce nonobstant, ils ont pu recueillir les informations données par l'assuré, de même que les plaintes décrites par celui-ci, et procéder à des observations cliniques qui leur ont permis de poser des diagnostics et d'estimer la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique.

Après avoir recueilli le rapport médical de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon-les-Bains du 11 août 2005, l'OAI a encore fait procéder à un complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr Q._____. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 25 juillet 2006, le Dr Q._____ décrit les constatations opérées lors des examens cliniques du 10 novembre 2005 et du 20 mars 2006, qui lui permettent

d'affirmer qu'il n'y a pas d'éléments pour une anxiété généralisée ou un trouble panique tel que défini par le DSM IV, ni d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique; il pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'éventuel état dépressif et retient que l'assuré a une capacité résiduelle de travail de 80%. Bien que le Dr Q. _____ ait fait état des difficultés de collaboration rencontrées avec l'assuré, il a été en mesure, lors des deux entretiens qu'il a eus avec l'assuré dans le cadre de ce complément d'expertise, de recueillir les informations données par l'assuré, de même que les plaintes décrites par celui-ci, et de procéder à des observations cliniques. Ces éléments lui ont permis de confirmer les conclusions de son premier rapport d'expertise du 4 septembre 2003, conclusions qui se recoupaient d'ailleurs avec celles auxquelles avaient entre-temps abouti les médecins du SMR.

De ce qui précède, il résulte que l'attitude oppositionnelle de l'assuré dans le cadre de l'examen bi-disciplinaire auprès des médecins du SMR ainsi que dans le cadre du complément d'expertise auprès du Dr Q. _____ n'a pas empêché une évaluation correcte de son état de santé sur le plan psychiatrique. L'attitude peu coopérative de l'assuré n'a ainsi pas conduit l'administration à renoncer à des mesures d'instruction supplémentaires qui se seraient avérées nécessaires, ni par voie de conséquence à statuer sur la base d'un dossier incomplet, de sorte que le grief de violation de l'art. 43 al. 3 LPGA tombe à faux.

4. a) Le recourant reproche ensuite à l'OAI d'avoir suivi les conclusions de l'expert Q. _____ et des médecins du SMR en écartant celles de ses psychiatres traitants de l'UPA d'Yverdon-les-Bains, qui le suivent depuis 2003. Selon lui, les précisions données par les médecins de l'UPA, ainsi que "l'inconsistance" du rapport d'expertise et des rapports du SMR, mettraient sérieusement en doute la pertinence de ces derniers, auxquels on ne saurait dès lors reconnaître pleine valeur probante. Par ailleurs, en juxtaposant le rapport d'expertise de 2003 - auquel le recourant avait bien collaboré - à celui de 2006, l'aggravation de l'état de santé du recourant paraît évidente, de sorte qu'il serait arbitraire de

retenir une capacité de travail de 80% en 2006 alors qu'elle avait été estimée à 70-80% en 2003.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 c. 4, 115 V 134 c. 2, 114 V 314 c. 2c, 105 V 158 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, c. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, c. 3).

c) En l'espèce, comme on l'a déjà dit, le rapport d'expertise psychiatrique établi le 4 septembre 2003 par le Dr Q._____ à la demande de la caisse-maladie G._____ se fonde sur des examens complets - notamment un long entretien avec l'assuré, des tests psychométriques et des examens paracliniques -, prend en considération les plaintes de la personne examinée, repose sur une anamnèse circonstanciée, décrit clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale et aboutit à des conclusions qui sont bien motivées, de sorte qu'il remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit attribuée. Les conclusions de ce rapport ont été confirmées - après que les médecins du SMR, ayant de leur côté examiné l'assuré, furent parvenus à des conclusions qui se recoupaient avec celles de l'expert Q._____ - par le rapport d'expertise complémentaire établi le 25 juillet 2006 après deux nouveaux entretiens avec le recourant qui ont eu lieu les 10 novembre 2005 et 20 mars 2006, soit à quatre mois d'intervalle. Les conclusions du Dr Q._____ se fondent sur des éléments objectifs et non seulement, comme semble le penser le

recourant, sur l'attitude oppositionnelle que celui-ci a eue dans le cadre du complément d'expertise et sur le sentiment d'inauthenticité des plaintes qu'a alors ressenti l'expert. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 25 juillet 2006, le Dr Q._____ a précisé que ses observations étaient superposables à celles de son expertise de 2003 - lors de laquelle le recourant, comme celui-ci le relève lui-même, avait bien collaboré - ainsi qu'à celles faites par le SMR dans le rapport d'examen clinique du 22 juin 2005. Il a souligné que les divergences entre ses propres conclusions et celles des médecins du SMR d'une part, les conclusions des médecins traitants d'autre part, étaient dues au rôle du médecin traitant qui prend fait et cause pour l'assuré.

Dans leur rapport du 10 novembre 2006 produit par l'assuré à l'appui de sa contestation du projet de décision du 4 octobre 2006, les médecins de l'UPA posent le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'instar de l'expert Q._____ et des médecins du SMR. Ils posent en outre le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, alors que l'expert Q._____ retient que s'il existe certains éléments de la lignée anxieuse et dépressive, ceux-ci sont toutefois insuffisants pour parler d'un état dépressif majeur moyen à sévère ou d'un trouble anxieux spécifique. Ces différences de diagnostic expliquent les différences dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, l'incapacité de travail étant estimée à 70% à 80% par le Dr Q._____ et à 100% par les médecins traitants de l'UPA. L'appréciation de ces derniers n'est toutefois pas de nature à remettre sérieusement en cause l'appréciation objective de l'expert Q._____, dans la mesure où la mise au premier plan de la symptomatologie anxio-dépressive repose expressément sur "l'établissement d'un lien thérapeutique de confiance". Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, il n'y a ainsi pas lieu de remettre en cause les conclusions de l'expert Q._____.

5. a) Rappelant les principes posés par la jurisprudence fédérale sur la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux, le recourant soutient que la comorbidité psychiatrique est

clairement attestée par les psychiatres de l'UPA. De même, les autres critères retenus par la jurisprudence qui font que l'effort de volonté en vue de surmonter la douleur est impossible et par conséquent la réintégration dans un processus de travail également, ils auraient été au moins partiellement mentionnés par le SMR, mais sans que les conséquences en aient été tirées. En effet, le recourant souffre d'affections corporelles chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (problèmes dorsaux), d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, et il est fait état de l'échec du traitement médical; le critère de la perte d'intégration sociale serait également rempli puisque le recourant évite tout contact social, se montre agressif envers sa famille et s'isole complètement. Selon le recourant, les critères permettant de conclure à une sévérité des troubles somatoformes douloureux et de leur reconnaître un caractère invalidant seraient ainsi tous présents et constitueraient une base suffisante pour admettre que la capacité de travail du recourant est sévèrement limitée et a conduit à une invalidité avérée.

b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité; il existe au contraire une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société. (ATF 132 V 65 c. 4.2.1; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, c. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière

de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 c. 4.2.2; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, c. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 c. 4.2.2; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, c. 2.2).

c) En l'espèce, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants qui a été posé ne suffit pas pour conclure à l'invalidité sévère alléguée par le recourant. Il résulte en effet des constatations de l'expert Q._____, dont on a exposé plus haut pour quels motifs elles l'emportaient sur celles des médecins traitants et qui sont au demeurant corroborées par celles des médecins du SMR, qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. Le critère d'un état psychique cristallisé, sans

évolution possible au plan thérapeutique, n'entre donc pas en ligne de compte en l'absence de comorbidité psychiatrique. Par ailleurs, on ne saurait retenir que le recourant souffre d'affections corporelles chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, puisque les examens effectués ont permis d'exclure une origine organique des douleurs. Les éléments du dossier ne permettent pas non plus de constater une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Quant à l'échec des traitements concernant la problématique algique, il a été dûment pris en compte par l'expert Q._____, puisque celui-ci retient en raison des douleurs chroniques une diminution de la capacité de travail de 20% à 30%. Au surplus, le fait que la problématique algique soit mal systématisable et exprimée sur un mode démonstratif et qu'il se dégage selon l'expert Q._____ un sentiment d'inauthenticité important - ce qui rejoint les constatations faites par les médecins du SMR lors de leurs propres examens - constitue un élément important en faveur d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Il s'ensuit que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient une capacité résiduelle de travail de 80% sur le plan psychiatrique.

6. a) Le recourant reproche enfin à l'OAI d'avoir déterminé son degré d'invalidité sur la seule base d'une évaluation médico-théorique de sa capacité de travail, sans procéder au calcul économique imposé par l'art. 16 LPGA et sans tenir compte du fait que l'activité de manœuvre du bâtiment ne serait plus adaptée.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). Ainsi, en droit suisse, les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants; l'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATF 110 V 275 c. 4a et la référence; cf. aussi ATF 114 V 314 c. 3c; par analogie RAMA 1991 n° U 130 p. 272 c. 3b). Dès lors, le taux d'invalidité ne se confond

pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, car ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 114 V 281 c. 1c et 310 c. 3c).

c) En l'espèce, il ne résulte pas des pièces du dossier qu'il existerait sur le plan somatique des limitations fonctionnelles qui empêcheraient le recourant d'exercer son activité habituelle de manœuvre dans le bâtiment, en l'absence d'origine organique des douleurs. Les seules limitations fonctionnelles qui ont été mises en évidence sont celles constatées sur le plan psychiatrique, qui ont conduit à retenir une capacité résiduelle de travail de 80%. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 25 juillet 2006, le Dr Q._____ indique que l'activité exercée jusqu'ici est toujours exigible à 80%, en précisant qu'il n'y a pas de diminution de rendement sur un tel taux d'activité. Telles sont d'ailleurs également les conclusions des médecins du SMR. Dans la mesure où l'activité de manœuvre dans le bâtiment est ainsi exigible à 80%, le degré d'invalidité se confond en l'espèce avec celui de l'incapacité de travail, puisque le même travail exercé à 80% conduit à une perte économique de 20%. Au demeurant, même si l'on retenait une capacité de travail résiduelle de 30%, le degré d'invalidité serait toujours inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente.

7. a) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une capacité de travail résiduelle de 80% dans son activité antérieure de manœuvre dans le bâtiment et qu'il présente ainsi un degré d'invalidité de 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Par conséquent, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit

se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI, applicable ratione temporis à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1^{er} juillet 2006). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 29 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour W. _____),
- 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 :