

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard
Greffier : M. Rebetez

Cause pendante entre :

Q._____, à Saint-Prex, recourant, représenté par Me Claudio Venturelli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 44 LPGA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1956, a exercé la profession de chauffeur poids-lourds auprès de l'entreprise Henry-Transports & Cie à Rolle de 1990 à 2008. Il a déposé le 1^{er} décembre 2008 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Il ressort d'une lettre du médecin-conseil de l'Allianz Assurances du 8 décembre 2008 que l'assuré est en incapacité de travail depuis début 2008 jusqu'à fin janvier 2009. Il a été opéré au début de 2008 en raison d'une acromioplastie gauche pour réparation de la coiffe, puis pour une nouvelle déchirure en septembre 2008. Il avait déjà été opéré à droite en 2007 pour la même affection. Il présente d'autre part une uncarthrose C6-C7 bilatérale importante et une myélopathie sur canal cervical étroit où l'ENMG a confirmé une atteinte radiculaire cervicale.

Le 17 décembre 2008, le Dr [...] F. _____, psychiatre traitant de l'assuré, pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent existant de 1990 jusqu'au printemps 2008. Selon lui, le trouble dépressif actuel serait secondaire aux séquelles des deux épaules qui ont été opérées. Il mentionne notamment les symptômes actuels suivants : angoisse, ruminations, trouble de la concentration, sentiment de honte et d'impuissance, idéations suicidaires. Sur le plan anamnestique, le psychiatre fait état d'un manque affectif évident lié à la perte de sa mère à l'âge de 12-13 ans ainsi que du fait qu'en 1990, deux des frères de l'assuré ont été tués en Turquie, ce qui a débouché sur un syndrome dépressif et un suivi chez un premier psychiatre le Dr [...]. Le Dr F. _____ indique un traitement de Cipralax 20 mg (un antidépresseur), de Lexotanil 1,5 mg en réserve (un tranquillisant) et de médicaments contre les douleurs. Il précise encore qu'il existe une incapacité de travail complète depuis janvier 2008 et qualifie le pronostic de peu favorable.

Dans son rapport du 13 février 2009, le Dr [...] B._____, neurologue FMH, fait état de cervico-brachialgies bilatérales avec atteintes radiculaires chroniques C6-C7 des deux côtés sur troubles dégénératifs pluri-étagés de la colonne cervicale. Il relève des douleurs et limitations scapulaires bilatérales dans le cadre d'un status post réparation de la coiffe des rotateurs à droite et après deux interventions pour déchirure de la coiffe des rotateurs à gauche. Enfin, il signale des lombosciatalgies droites aiguës avec troubles sphinctériens dans le cadre d'une hernie discale lombaire paramédiane droite au niveau L5-S1 avec conflit au niveau de la racine S1 à droite. Pour le neurologue, il existe une incapacité de travail complète depuis le 25 novembre 2008, date du premier contrôle neurologique étant précisé que l'incapacité de travail est antérieure à cette évaluation. Enfin, le neurologue estime que le pronostic est plutôt défavorable.

Dans le rapport de sortie du Centre universitaire romand de neurochirurgie du 17 février 2009, il est signalé que l'assuré a subi une cure chirurgicale d'une hernie discale lombaire L5-S1 droite et qu'il présente une radiculopathie irritative.

Le Dr F._____, mentionne dans son rapport du 6 juillet 2009 que la capacité de travail dans une activité adaptée doit être évaluée. Il rappelle que le trouble dépressif est secondaire aux problèmes orthopédiques, notamment les épaules, et sur le plan symptomatique, il signale un sentiment de honte et d'impuissance ainsi qu'une grande nervosité chez son patient. D'un point de vue psychiatrique et avec un soutien, l'assuré serait apte aux mesures de réadaptation. L'incapacité de travail est toujours complète selon le psychiatre.

Sur la base de ces éléments, le médecin-chef adjoint du Service médical régional AI (ci-après : SMR) estime le 20 janvier 2010 qu'il est nécessaire de faire un examen clinique rhumatologique et psychiatrique.

Un tel examen interdisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) a été réalisé au Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed) entre le 26 février et le 30 mars 2010. Dans leur rapport du 23 juillet 2010, les Drs Z._____, spécialiste FMH en rhumatologie, W._____, spécialiste FMH en neurologie, et V._____, spécialiste FMH en psychiatrie se sont exprimés en ces termes :

"Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale :

Monsieur [...] est un assuré de 53 ans, marié, père de cinq enfants aux études. L'épouse souffre d'arthrose et de problèmes psychiques, elle est en traitement. L'assuré est sans formation professionnelle, il a été actif en dernier lieu comme chauffeur à la voirie. Il ne travaille plus depuis deux ans. Monsieur [...] signale l'apparition, courant 1993, de douleurs au niveau des deux genoux traitées conservativement avec persistance encore actuellement d'une gonalgie. Courant 1997, Monsieur [...] mentionne l'apparition de lombalgies sans sciatalgie associée traitée conservativement.

Monsieur [...] s'est plaint de l'apparition de douleurs au niveau des deux épaules tout d'abord à droite (2008), puis à gauche (2008), traitées tout d'abord conservativement puis chirurgicalement, subjectivement sans amélioration des douleurs.

Parallèlement à la problématique au niveau des épaules vont apparaître des cervicalgies allant se compliquer de brachialgies bilatérales et de paresthésies au niveau des deux membres supérieurs, en raison desquelles Monsieur [...] consultera tout d'abord le Dr [...] puis le Dr [...] et enfin le Dr B._____. Ce dernier fera pratiquer une IRM cervicale qui révélera un canal cervical étroit, prédominant en C5-C6 avec une myélopathie associée. Le traitement sera jusqu'ici conservateur, mais l'assuré a rendez-vous prochainement dans le Service de neurochirurgie du CHUV.

Courant 2008, Monsieur [...] notera l'aggravation de ses lombalgies se compliquant de sciatalgies droites aiguës début 2009, avec des troubles urinaires. Une IRM lombaire sera pratiquée qui mettra en évidence une hernie discale L5-S1 droite, comprimant la racine L5 droite et l'assuré bénéficiera d'une cure de hernie discale en urgence au CHUV en janvier 2009. L'intervention précitée entraînera une nette amélioration de la symptomatologie au niveau du membre inférieur droit, mais persisteront des douleurs lombaires.

Situation actuelle :

Sur le plan neurologique, Monsieur [...] se plaint de la persistance de douleurs au niveau des épaules et des genoux des deux côtés. Il mentionne la persistance de cervico-brachialgies bilatérales se compliquant de paresthésies au niveau des deux mains et d'un manque de force globale des deux membres supérieurs. Parallèlement persistent des lombalgies sans sciatologie associée, mais avec des paresthésies au niveau de la plante du pied droit, se compliquant en position assise prolongée ainsi qu'à la marche prolongée de paresthésies diffuses des deux membres inférieurs. Les douleurs augmentent dans toute position prolongée y compris couchée. L'assuré signale un manque de force globale du membre inférieur droit, alors que la force est plus ou moins bonne à gauche. Il mentionne également des troubles urinaires avec une incontinence urinaire occasionnelle et des urgences mictionnelles. Notion également d'un manque d'érection.

Le traitement actuel comporte essentiellement, pour ce qui est des douleurs, un traitement AINS et d'antalgiques. Il n'y a plus de traitement physique en cours.

Des médecins traitants restent le Dr [...], le Dr F. _____ psychiatre et le Dr B. _____ neurologue.

En raison des troubles susmentionnés, Monsieur [...] n'a pas repris d'activité professionnelle, même adaptée et partielle.

L'examen neurologique révèle une limitation sensible localement de la mobilité de la nuque, toutefois sans contracture des muscles paracervicaux et du chef supérieur du trapèze.

L'examen du rachis dorso-lombaire révèle de discrets troubles statiques vertébraux, une percussion lombaire basse sensible, une cicatrice d'intervention calme, pas de contracture paravertébrale significative, la flexion latérale et antérieure lombaire est modérément limitée et sensible localement.

Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées.

A l'examen des membres supérieurs, on note des douleurs à la mobilisation des deux épaules. Les manoeuvres à la recherche d'un TOS ainsi que la recherche des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du tunnel carpien sont bilatéralement négatives. La trophicité musculaire est encore bonne. Les réflexes tendineux sont faiblement obtenables à droite et apparemment inobtenables à gauche. La force musculaire des deux

membres supérieurs paraît préservée. L'examen de la sensibilité révèle une apparente hypoesthésie tactile et douloureuse du dos de la main gauche et de la face palmaire de la main gauche, épargnant le centre de la paume. Les sensibilités posturales et vibratoires sont préservées.

A l'examen des membres inférieurs, les points de Valleix et la manoeuvre de Lasègue sont bilatéralement négatifs. La trophicité, les réflexes tendineux et la force musculaire sont intacts. A l'examen de la sensibilité, l'assuré signale une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face postéro-externe de la jambe droite ainsi que la plante du pied droit. Pour le reste, l'examen neurologique est sans anomalie.

En bref, un examen clinique révélant une limitation modérée sensible localement de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire, une possible aréflexie tendineuse brachiale gauche, une hypoesthésie tactile et douloureuse au niveau de la main gauche de topographie mal systématisée et une hypoesthésie tactile et douloureuse de topographie plutôt S1 au niveau du membre inférieur droit.

L'examen clinique a été complété par une ENMG. Cet examen ne met pas en évidence d'atteinte significative du nerf médian au niveau du canal carpien des deux côtés qui aurait pu expliquer les paresthésies au niveau des deux mains. L'examen myographique des deux membres supérieurs confirme la présence d'une atteinte radiculaire C7, éventuellement également C6 d'aspect plutôt chronique et séquellaire, sans signe d'atteinte neurogène périphérique dans les autres myotomes examinés.

L'examen myographique du membre inférieur droit met en évidence des tracés à basse fréquence mais normalement riches pour la qualité d'effort obtenue cliniquement, ne permettant pas de confirmer l'existence d'une atteinte radiculaire significative au niveau du membre inférieur droit.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. L'IRM lombaire effectuée le 21 juillet 1997 révèle une protrusion/hernie discale médiane et paramédiane L1-L2 entraînant un rétrécissement du diamètre du canal rachidien à ce niveau. Il n'y a pas de pathologie discale significative plus bas située. L'IRM cervicale effectuée le 3 décembre 2008 met en évidence un canal cervical étroit de C4 à C7 prédominant en C5-C6 où il existe un rétrécissement important du diamètre du canal rachidien, une protrusion/hernie discale médiane et paramédiane, une hypertrophie des ligaments jaunes et une arthrose postérieure, se compliquant d'une myélopathie cervicale.

L'IRM lombaire effectuée le 22 janvier 2009 permet de retrouver la protrusion discale L1-L2 et met également en évidence une hernie discale L5-S1 médio-latérale droite. L'IRM cervico-dorso-lombaire effectuée le 10 mars 2010 permet de retrouver une sténose du canal rachidien cervicale prédominant en C5-C6 associée à une myélopathie de même niveau. On retrouve également un rétrécissement du diamètre du canal rachidien et des canaux de conjugaison au niveau C4-C5 et C6-C7. Aux dires du radiologue, la myélopathie est plus importante que préalablement. Il n'y a pas d'anomalie au niveau dorsal. L'IRM lombaire met en évidence un status post-cure de hernie discale L5-S1 à droite, sans argument en faveur d'une récurrence de hernie, sans canal lombaire étroit et sans nouvelle hernie discale ailleurs située.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, sur le plan neurologique, il ne fait guère de doute que Monsieur [...] présente un rétrécissement du diamètre du canal rachidien cervical prédominant en C5-C6 entraînant une myélopathie cervicale de même niveau. Si l'examen clinique ne révèle pas de déficit neurologique certain, l'EMG met en évidence indubitablement des signes d'atteinte neurogène dans les muscles dépendant du myotome C7 des deux côtés.

Par ailleurs, Monsieur [...] souffre de lombalgies en relation avec des altérations dégénératives discovertébrales lombaires pluri étagées, avec un status post-cure de hernie discale L5-S1 droite, toutefois actuellement sans signe de récurrence de hernie discale, tant cliniquement qu'électromyographiquement et radiologiquement.

Sur le plan thérapeutique, il convient effectivement, comme cela est prévu, de prendre l'avis des neurochirurgiens quant à l'attitude thérapeutique au niveau cervical. Au niveau lombaire, il s'agit vraisemblablement d'une situation classique post-opératoire avec des douleurs lombaires persistantes mais disparition des sciatalgies suite à l'intervention chirurgicale. Le traitement doit en principe comporter, AINS, antalgiques mineurs et majeurs, éventuellement pose d'un stimulateur épimédullaire.

Sur le plan de la capacité de travail, on doit admettre que Monsieur [...] n'est plus à même de travailler comme chauffeur poids lourds, étant donné que cette activité nécessite une station assise prolongée difficilement exigible au vu des altérations dégénératives disco-vertébrales cervicales et lombaires et de la myélopathie cervicale C5-C6.

Dans une activité adaptée permettant des changements relativement fréquents de position, ne nécessitant pas un engagement physique lourd,

ainsi que le port régulier de charges de plus de 10 kg, on peut estimer que la capacité de travail actuelle de Monsieur [...] est complète.

Sur le plan rhumatologique, les douleurs cervicales et lombaires sont toujours présentes.

Monsieur [...] se plaint également de la persistance de douleurs aux épaules, à droite, antérieurement et au V deltoïdien, en concomitance avec une douleur de la styloïde cubitale et d'hypoesthésie de la main (la paume comme le dos).

A gauche, il en va de même pour le moignon de l'épaule. Ces douleurs sont permanentes, sans relation avec les mouvements du membre supérieur.

Il y a persistance de douleurs rachidiennes, sans grande limitation fonctionnelle, tant au segment lombaire qu'au segment cervical.

Il y a également présence d'un relatif syndrome douloureux des deux épaules sans grande limitation des amplitudes articulaires.

Il y a de plus une relative limitation fonctionnelle des deux genoux.

Les limitations retenues rejoignent celles mentionnées ci-dessus. La conduite d'un camion poubelle n'est plus exigible. Par ailleurs, le travail en force au dessus de la ceinture scapulaire n'est pas possible.

L'arthrose débutante des genoux n'est pas encore invalidante pour le moment.

Sur le plan psychique, nous nous trouvons dans la situation d'un homme de maintenant 54 ans qui est depuis 4 ans atteint d'une problématique somatique.

Il s'agit d'un kurde de l'Est de la Turquie, qui a quitté son pays à deux reprises pour raisons politiques. Il est issu d'une grande famille de onze enfants avec un père qui a eu un assez grand domaine agricole devenu une société d'exploitation. Lui-même a fait une formation scolaire supérieure jusqu'à un équivalent de baccalauréat. Il est entré dans l'école de police, mais il a arrêté pour cause de raisons politiques. C'est à ce moment-là qu'il est parti la première fois en Libye où il a passé le permis de conduire poids lourds.

Lors d'un retour en Turquie, il a constaté qu'il était toujours recherché par la police, que la situation politique était toujours très tendue et il a pris la décision de quitter le pays. C'est à ce moment-là qu'il s'est présenté en Suisse et a fait une demande d'asile.

Monsieur [...] a fait un chemin d'intégration en Suisse très conséquent, avec apprentissage de la langue, intégration dans le pays et naturalisation en 2002. Il a d'abord travaillé sur des chantiers, ensuite comme ouvrier de la voirie de Rolle. Finalement, après obtention d'un permis de poids lourds suisse, comme conducteur de camion.

Lorsque l'assuré nous parle de sa vie professionnelle, le fait qu'il aime travailler, il nous apparaît tout à fait crédible et authentique. Les difficultés somatiques intervenues dès 2006 l'ont affecté, d'abord sous une forme réactionnelle, ensuite durable. Il a visiblement du mal à faire le deuil sur son intégrité corporelle, du mal aussi à envisager une alternative professionnelle.

Lors de notre entretien, les plaintes étaient centrées sur la partie somatique avec ses différentes manifestations et il a formulé un mal-être global sur le plan psychique. Il a utilisé des termes d'anxiété et de dépression, mais sans pouvoir préciser davantage. Parfois, il nous a parlé de se jeter au lac, aussi des moments où il veut tout casser, mais il s'agit apparemment plutôt des expressions verbales d'un ras le bol momentané et global, mais non de prémises à un passage à l'acte.

Dans l'examen psychiatrique, nous étions en face d'un homme très centré sur ses plaintes somatiques et qui les a verbalisées de manière cohérente, faisant un récit structuré et prenant d'abord beaucoup de place pour rapporter l'histoire médicale. A ce moment, Monsieur [...] a montré une certaine tonicité, peu compatible avec un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère.

Sur le plan affectif, nous avons vu un homme qui pouvait par moment être affecté en lien avec différentes problématiques, notamment la mort de ses deux frères et son atteinte physique, mais nous l'avons vu aussi dans une forme neutre, euthymique, voire même une fois ou l'autre souriant ou amusé. Il n'y avait donc pas d'état fixé au niveau de la tristesse. L'énergie vitale était légèrement réduite, mais l'assuré a, malgré une réduction de son périmètre d'activités, parlé aussi de quelques intérêts et ouvertures. Il n'est ni isolé, ni déconnecté des activités de la vie de tous les jours.

Le monitoring médicamenteux montre un assuré compliant, le traitement antidépressif prescrit est correctement suivi et a visiblement un effet positif/compensatoire.

Notre constat correspond à ce que nous le psychiatre traitant a caractérisé en 2009 comme troubles dépressifs secondaires aux problèmes orthopédiques.

En conclusion, l'anamnèse et l'observation nous fait poser le diagnostic de syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou des facteurs physiques (CIM-10 F59).

Cette terminologie est utilisée pour signaler la prédominance d'une perturbation physique qui a des répercussions sur le plan psychique, ici sous forme d'un état dépressif léger compensé.

Il existe en association quelques éléments colériques, une irritabilité et une nervosité, mais qui ne sont pas à un niveau diagnostique.

Il n'y a aucune incapacité de travail à retenir.

(...)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

- Cervico-brachialgies bilatérales sur canal cervical étroit et myélopathie cervicale C5-C6 (diagnostic connu depuis 2007/2008)*
- Lombalgies chronicisées présentes depuis 1997.*
- Status après lombosciatalgies droites sur hernie discale L5-S1 droite, d'évolution favorable après cure de hernie discale L5-S1 droite (2008).*
- Epoules douloureuses secondaires à des interventions par arthroscopie de déchirure de la coiffe des rotateurs.*

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

- Gonarthrose débutante bilatérale avec syndrome douloureux du compartiment antérieur.*
 - Syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou des facteurs physiques (CIM-10 F59)*
- (...)*

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique,

Monsieur [...] présente indubitablement une incapacité à un engagement physique lourd, à une station assise ou debout prolongée, aux ports réguliers de charges de plus de 8 kg et de travailler en force avec les bras au dessus du niveau du moignon des épaules.

Sur le plan psychique et mental

Sur le plan social

Aucune."

Dans un rapport SMR du 28 juillet 2010, le Dr [...] a retenu les éléments suivants :

"Cet assuré de 52 ans, marié, n'a pas de formation et travaillait comme chauffeur à la Voirie de Rolle. Il est en IT depuis janvier 2008 en raison d'abord de douleurs et impotence fonctionnelle des 2 épaules, ainsi que de la rechute d'un trouble dépressif récurrent à la suite de ces problèmes articulaires. Il avait été opéré à l'épaule droite en 2007 pour rupture de la coiffe ; en janvier 2008, il est opéré à gauche pour la même raison. En mars 2008, on met en évidence un canal cervical étroit C5-C6 avec myélopathie. Enfin, en janvier 2009, à la suite de l'apparition d'une sciatique S1 droite déficitaire sur hernie discale L5-S1 droite, il subit une hémilaminectomie droite ; les lombosciatalgies vont cependant persister. Sur le plan psychiatrique, malgré la persistance de symptômes dépressifs, l'assuré pourrait suivre des mesures de réinsertion, selon son psychiatre traitant Dr F._____, mais l'assuré s'en déclare incapable. Un examen multidisciplinaire CEMED a été demandé pour déterminer de manière globale les limitations fonctionnelles et la CT exigible. Cet examen effectué par les Drs Z._____, rhumatologue, W._____, neurologue, et V._____, psychiatre, a confirmé l'existence d'atteintes incapacitantes des épaules et du rachis (cervical et lombaire), avec les limitations fonctionnelles de la page 1 ; sur le plan psychiatrique, s'il y a eu un épisode dépressif en 2008, il n'y a plus, au moment de l'expertise, de psychopathologie incapacitante. La CT, si elle est nulle comme chauffeur poids lourds, est en revanche entière dans une activité adaptée."

B. Le 25 août 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de sa demande de prestations AI. Sur la base des constatations du SMR, l'office a considéré qu'une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de la part de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 8 kg, pas de travaux lourds, pas de travaux avec les

membres supérieurs au dessus de l'horizontale, alternance des positions assise et debout).

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'il réunissait les conditions du droit au placement.

Dans une lettre datée du 16 septembre 2010, sous la plume de son avocat Me Claudio Venturelli, l'assuré s'est opposé à ces deux notifications.

Dans un courrier du 8 octobre 2010, le Dr F._____ rappelle qu'il suit l'assuré depuis avril 2008, que le diagnostic retenu est celui d'un état dépressif moyen à sévère apparaissant dès les années 90 et s'aggravant nettement dès 2006-2008. Selon le psychiatre, les répercussions psychiatriques sur l'incapacité de travail sont invalidantes, peut-être pas à 100 %, mais en tout cas à 50 %. De surcroît, le psychiatre ne voit pas dans quelle activité adaptée l'assuré pourrait reprendre un travail.

C. Le 8 décembre 2010, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations AI identique à son projet de décision du 25 août 2010.

Dans une lettre d'accompagnement datée du 9 décembre 2010, l'OAI a considéré qu'aucun élément du dossier n'était de nature à faire douter de la valeur probante des conclusions du CEMed et a refusé de surseoir à la décision jusqu'à réception du rapport de contre-expertise.

D. Agissant par son mandataire, l'assuré a recouru le 31 janvier 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente AI entière lui soit octroyée, subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, dans le sens des considérants.

E. La réalisation d'une expertise psychiatrique privée a été confiée au Dr [...] G._____, psychiatre FMH. Dans son rapport du 29 mars 2011, il souligne les éléments suivants :

"6. Diagnostics psychiatriques selon CIM-10 :

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F 33.2.

Commentaire :

On peut discuter de la récurrence de ce trouble qui semble avoir existé en 1991, puis dès 2008.

Afin de rendre compte du fait que Monsieur [...] semble avoir pu se rétablir entre deux épisodes dépressifs ayant donné lieu à des traitements psychiatriques, du moins en apparence, nous avons opté pour ce diagnostic qui signifie au moins deux épisodes distincts.

Il se pourrait cependant, et c'est même plus probable, qu'il s'agisse d'un seul épisode dépressif depuis 1991, jamais complètement remis, en rapport avec le deuil des frères que Monsieur [...] n'a pas pu faire. Rappelons qu'il s'agit d'un deuil complexe puisque d'autres personnes innocentes ont trouvé la mort dans cette embuscade et que Monsieur [...] peut s'attribuer une responsabilité causale dans ce drame.

Quant à la sévérité de l'épisode dépressif actuel, nous estimons qu'il s'agit clairement d'un épisode sévère au sens de la CIM-10. Non seulement, Monsieur [...] remplit les critères diagnostics (humeur dépressive constante, tristesse, perte d'envie et de plaisir aux choses agréables, idées de mort, incapacité de projection dans le temps, troubles du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire cliniquement manifestes, agitation psychomotrice, etc), mais en plus nous estimons que la détresse subjective et les conséquences familiales et sociales sont importantes.

Tenant compte des troubles du comportement et de l'absence de perspective d'amélioration, un diagnostic de trouble de la personnalité après une longue maladie est possible, mais nous estimons que notre recul est trop court pour affirmer valablement un tel diagnostic.

7. Discussion

Il s'agit d'un homme de 55 ans, issu d'un milieu relativement aisé et qui disposait des ressources intellectuelles suffisantes pour accomplir une scolarité supérieure. Après s'être engagé dans la police, Monsieur [...] a connu une première déception en raison de la situation politique de son pays qu'il a fini par fuir. Il a vécu durant plusieurs années en Libye où il a travaillé comme chauffeur poids-lourds.

En Suisse, il a travaillé comme employé de voirie dans la récolte des déchets, puis comme chauffeur poids-lourds dans le même service. La vie de Monsieur [...] semble avoir basculé au moment où il perd deux frères dans une embuscade en 1991 alors qu'ils transportaient des passagers dans le car que Monsieur [...] avait acheté.

A l'heure actuelle, Monsieur [...] n'a pas encore avoir fait le deuil de cette perte et semble souffrir de sentiments contradictoires et complexes, de colère, d'impuissance, de tristesse et de sentiments de culpabilité.

Monsieur [...] se sent incompris par sa compagne et par ses enfants et il perd peu à peu ses amis. Déjà depuis sept à huit ans, il devient irritable, impulsif voire agressif. Il rapporte des troubles de la concentration lorsqu'il conduisait encore le camion-poubelle de la voirie. Il se trompait de parcours, perdait son porte-monnaie et les clés de sa voiture, avait même oublié une fois sa voiture et était rentré en train.

Il décompense finalement lorsqu'il ne dispose plus de son travail pour échapper à ses ruminations constantes.

En effet, au fil des années, son état physique se dégrade et il subit trois opérations aux épaules entre 2007 et 2008. Il sera opéré du dos en 2009 et opéré à la colonne cervicale en 2010. Il se sent désormais incapable de faire face aux exigences de la vie après son opération des épaules et il sent bien que son corps ne fonctionne plus comme il devrait.

Nous rejoignons pleinement l'avis émis par le psychiatre traitant qui diagnostique un état dépressif majeur au moins dès 2008, mais très probablement depuis 1991, état qui s'est décompensé de manière irréversible après l'atteinte des épaules.

Au vu des multiples atteintes et de l'état dépressif que nous qualifions de sévère en fonction de la symptomatologie, de la durée et des répercussions sociales, Monsieur [...] est actuellement dans l'incapacité totale de travailler sous l'angle psychiatrique.

Une évolution favorable de l'affection psychiatrique n'est pas exclue, mais elle paraît peu probable au vu de la durée de l'état dépressif et du fait des

atteintes physiques toujours plus importantes. Ces atteintes physiques empêchent Monsieur [...] de s'en sortir comme il le ferait si son corps était en bon état.

L'expertise du CEMed nous paraît en opposition avec les avis des médecins traitants sous l'angle somatique. Nous ne nous étendrons cependant pas sur cette partie.

Sur le plan psychiatrique, l'expert ne semble pas avoir compris la dynamique de l'état dépressif de très longue durée qui est à la base de la décompensation de Monsieur [...].

L'expert psychiatre ne fait pas mention de l'état dépressif existant en 1991 et semble rattacher toute la symptomatologie psychique à la situation somatique. Il n'a pas saisi le conflit conjugal qui existe depuis plusieurs années, sans rapport direct avec les affections somatiques et sans rapport direct avec la situation professionnelle de l'expertisé. Il ne fait pas mention des interventions de police et des altercations physiques provoquées par l'expertisé.

Précisons ici que ces manifestations ne sont pas les causes, mais les conséquences de l'état dépressif et de l'incapacité de Monsieur [...] de faire face à sa désintégration socio familiale progressive.

L'expert psychiatre n'explique aucunement pour quelles raisons Monsieur [...] est sous traitement antidépresseur à un dosage important et avec des taux contrôlés qui s'avèrent dans les limites thérapeutiques, ni pourquoi il a un traitement anxiolytique (Lexotanil 1,5 mg 3 x / j selon la page 7 sur 20 du rapport d'expertise et Nozinan 25 mg le soir selon ce même rapport).

L'expert semble ne pas tenir compte de la perte d'appétit, ni de la perte de poids ni des troubles du sommeil qu'il relève pourtant. Il évoque bien des envies de suicide de la part de l'expertisé, mais sans leur accorder la moindre valeur.

Il évoque l'isolement et le renfermement de l'expertisé, mais semble l'attribuer à la distance géographique entre St-Prex et Lausanne, alors que Monsieur [...] a travaillé à Rolle pendant des années.

Dès lors, il paraît peu convainquant de ne retenir comme diagnostic psychiatrique que des syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou des facteurs physiques F.59 selon la CIM-10. A notre avis l'évaluation psychiatrique est sommaire et passe à côté de l'essentiel.

L'évolution de la maladie psychiatrique depuis de nombreuses années, comme en témoignent les interventions de la police et les actes de violence

agis et subis, tout comme l'évolution depuis l'expertise du CEMed jusqu'à maintenant, comme le montre le camping improvisé dans la voiture durant quinze jours, les consultations à l'hôpital de Morges pour la symptomatologie cardiaque anxieuse, confirment la gravité de l'affection psychique de Monsieur [...]: L'intervention cervicale de 2010 confirme pour sa part la dégradation progressive de son état physique.

Réponses aux questions :

(...)

3. En tant que telle, l'affection psychiatrique entraîne-t-elle une incapacité de travail ? Si oui, cette incapacité est-elle valable pour toute activité, à quel taux et depuis quand ?

Oui, l'affection psychiatrique entraîne une incapacité de travail complète pour toute activité et cela en tous les cas actuellement, mais très probablement depuis le début du traitement chez le Docteur F. _____.

Si le Docteur Chardon a indiqué une incapacité de travail entre 50 et 100 %, nous pensons qu'il a sous-estimé l'épuisement de son patient qui présentait bien des ressources il y a plusieurs années, mais qui a donné tout ce qu'il avait physiquement et psychiquement et s'est usé au fil des années.

4. Si votre avis diverge de l'expertise du Cemed ou d'autres avis médicaux, merci de préciser sur quel point, ainsi que de motiver votre divergence.

Oui, notre avis diverge clairement de l'expertise du CEMed, mais rejoint l'avis du psychiatre traitant. Il ne nous est pas compréhensible pour quelle raison le psychiatre du CEMed ne retient pas un diagnostic d'état dépressif chez une personne traitée par un médicament antidépresseur à forte dose et prise en charge pour état dépressif depuis plus d'une année.

L'historique psychiatrique de Monsieur [...] rend peu plausible qu'il n'était pas dépressif au moment de l'expertise au CEMed. Nous pensons plutôt que ses grimaces ont passé pour de l'humour alors qu'il s'agit d'un homme nerveux et agité, devenu cynique et sombre. Son agitation psychomotrice semble avoir passé pour de la «tonicité incompatible avec un état dépressif d'intensité moyenne à sévère» (page 17/20 du rapport CEMed).

L'expert-psychiatre ne semble pas s'être attardé sur les antécédents de l'expertisé ni sur le profond chagrin concernant le décès des frères dont l'expertisé semble avoir voulu parler. L'expert n'a mis en évidence que le deuil difficile de l'intégrité corporelle (page 17/20).

Enfin dans l'expertise du CEMed ne figure aucune allusion à la mésentente conjugale et au conflit conjugal et familial de longue date, ni au renferment progressif de Monsieur [...].

Alors même que l'expert décrit Monsieur [...] comme crédible et authentique (paragraphe 4, page 17/20) il n'accorde pas leur juste valeur aux formulations de l'expertisé. Il ne saisit pas que les passages à l'acte ont bel et bien lieu (cf. les interventions de la police, par exemple).

La situation de Monsieur [...] a abouti en réalité à un isolement social et affectif que l'expert n'a pas réalisé et à de nombreux passages à l'acte que nous qualifions de désespérés.

Il est probable qu'en raison de l'attitude méfiante et défensive de Monsieur [...], attitude développée en partie pour protéger un narcissisme très blessé, l'expert psychiatre n'ait pas compris l'enjeu de la perte de son travail et l'enjeu de la perte de l'utilisation de son corps pour Monsieur [...].

Il est possible que l'expert psychiatre ait focalisé à tort sur la problématique somatique. Si la problématique somatique a décompensé l'équilibre psychique devenu bancal de l'expertisé, les véritables causes de l'état dépressif se situent ailleurs, notamment dans l'épuisement des ressources et de la résistance affective de l'expertisé.

(...)

5. Une expertise dans un autre domaine de spécialité vous paraît-elle utile, voire nécessaire? Si oui laquelle?

L'évaluation neurologique et rhumatologique pratiquée au CEMed s'écarte passablement dans ses conclusions de celles des médecins spécialistes qui ont eu à soigner Monsieur [...].

Les limitations indiquées semblent ne pas tenir compte des symptômes neurologiques persistants. L'évolution ultérieure, notamment l'opération des vertèbres cervicales en 2010, semble donner raison aux médecins traitants et à Monsieur [...] plus qu'aux médecins experts du CEMed. Dans ce sens, une expertise neurologique et rhumatologique neutre paraît indiquée. Toutefois dans la situation actuelle de Monsieur [...], une telle expertise me semble raisonnablement superflue vu les atteintes multiples et progressives et vu l'atteinte psychiatrique invalidante par elle-même."

Le 21 avril 2011, le Dr [...] C._____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR a rendu l'avis médical suivant :

"A la suite d'un refus de rente (pleine capacité de travail dans une activité adaptée selon l'expertise du CEMED), l'avocat de l'assuré soumet son client à une expertise psychiatrique privée par le Dr G. _____. Celui-ci arrive à des conclusions diamétralement opposées à celles des experts du CEMED et conclut à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2008.

Notre position est basée sur une expertise pluridisciplinaire comportant une étude fouillée du dossier, une anamnèse détaillée et des examens cliniques somatique et psychiatrique approfondis. La situation médicale y est exposée de manière complète et cohérente. Les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. Il n'y a pas de contradictions internes et les conclusions sont bien motivées. Cette expertise nous a donc parue entièrement probante.

Le Dr G. _____ retient un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), sans que soient réunis les critères diagnostiques permettant de poser ce diagnostic selon la CIM-10. L'expert tient compte pour justifier ce diagnostic de la détresse subjective et les conséquences familiales et sociales qui sont importantes (p. 10). Or les aspects subjectifs, tout comme les critères psycho-sociaux, ne font pas partie des critères diagnostiques et ne sont pas à prendre en compte dans l'appréciation médicale de la capacité de travail dans le cadre de l'assurance sociale.

En outre la description du comportement irritable, impulsif et agressif, allant jusqu'à causer des altercations physiques et battre sa femme nous semble incompatible avec un épisode dépressif sévère. En effet, si l'on peut observer une agitation psychomotrice comme symptôme dépressif (F32, critère C7), celle-ci n'a rien à voir avec le comportement qui caractérise M. [...].

On s'étonne que le Dr G. _____ émette un jugement dénigrant à l'égard du Dr [...] en lui reprochant de ne pas avoir compris "la dynamique de l'état dépressif...", de ne "pas avoir saisi le conflit conjugal qui existe depuis plusieurs années" et en concluant que son "évaluation psychiatrique est sommaire et passe à côté de l'essentiel" (p. 11). Le Dr [...] est pourtant un expert chevronné et expérimenté et le trouble dépressif est une des pathologies les plus fréquentes qui sont soumises à expertise psychiatrique. En outre, rappelons que l'expertise CEMED est une expertise pluridisciplinaire impliquant trois experts et dont les conclusions sont consensuelles. Or, si le Dr G. _____ avait raison, cela signifierait que l'épisode dépressif sévère sensé affecté M. [...] aurait échappé à trois

experts. Pourtant un épisode dépressif, à plus forte raison lorsqu'il est sévère, n'échappe en général pas au médecin expérimenté, même non psychiatre.

En conclusion, l'expertise privée soumise à notre appréciation ne nous semble pas jeter un doute sur le contenu et le bien fondé des conclusions de l'expertise CEMED.

Je suggère toutefois au Tribunal de requérir l'avis du Dr V. _____ sur cette expertise."

Par courrier du 5 mai 2011, l'OAI a proposé de soumettre l'expertise du Dr G. _____ au Dr [...].

E n d r o i t :

1. **a)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er 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 donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Vu la production de l'expertise privée réalisée par le Dr G. _____ dans la présente procédure, la question de la violation du droit d'être entendu du recourant peut demeurer ouverte.

3. En l'occurrence, le recourant reproche à l'OAI d'avoir excédé son pouvoir d'appréciation, parce qu'il lui a nié le droit à une rente, sur la base du seul rapport du CEMed. Il estime être totalement incapable de travailler, que ce soit sans son ancienne activité ou dans toute autre activité adaptée.

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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 (art. 28 LAI).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être

déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 c. 6.1.1; 135 V 201 c. 7.1.1; 127 V 294 c. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1).

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 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 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 (ATF 133 V 450 c. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2).

En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé

que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 c. 4 et les références citées, TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 c. 5).

c) En l'occurrence, il existe deux rapports médicaux contradictoires, le premier rendu par un expert administratif et le second rendu par un expert privé.

Dans son rapport d'expertise du 29 mars 2011, le Dr G._____ pose le diagnostic d'épisodes dépressifs, avec épisodes sévères au sens de la CIM-10, qui entraînent une incapacité de travail complète pour toute activité, en tout cas très probablement depuis le début du traitement chez le Dr F._____, soit début 2008. Ce rapport, manifestement complet et conforme aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante, remet sérieusement en doute les conclusions auxquelles sont parvenus les experts mandatés par l'OAI, qui ont également rendu un rapport conforme aux exigences de la jurisprudence.

Le Dr G._____ expose toutefois de manière détaillée les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis de l'expert psychiatre du CEMed ayant examiné le recourant. En substance, l'expert met clairement en évidence les mécanismes et événements qui ont entraîné l'état psychique de l'assuré depuis 1991. L'expert mandaté par l'AI ne semble pas avoir compris, aux dires du Dr G._____, la dynamique de l'état dépressif de très longue durée qui est à la base de la décompensation du recourant. L'expert relève également certaines incohérences dans l'analyse psychiatrique du CEMed ou certaines lacunes dans l'état de fait retenu, notamment dans l'anamnèse, comme le fait de passer sous silence le problème familial, de ne relever que la perte d'intégrité corporelle, de

minimiser l'incidence du décès des frères, de ne pas tenir compte de la médication importante, de ne pas avoir saisi les passages à l'acte. En définitive, force est de constater que les conclusions du rapport du Dr G. _____ mettent sérieusement en doute l'ensemble des conclusions, notamment psychiatriques, du CEMed au sujet de l'état de santé du recourant. L'OAI, par son SMR, en convient au demeurant dans la mesure où il constate la nécessité de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires en proposant de soumettre l'expertise du Dr G. _____ au Dr [...].

Compte tenu des nombreux points de divergence qui séparent le rapport du CEMed de celui du Dr G. _____ et des médecins traitants du recourant - sans que l'on puisse dénier une valeur probante à leurs avis respectifs - il appartient à un expert de départager ces opinions. Il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une instruction complémentaire au sens de l'art. 44 LPGA, sous la forme d'une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique (la symptomatologie du recourant devant être comprise dans sa globalité vu notamment le lien établi entre ses problèmes physiques et une partie de ses problèmes psychiques), et rende une nouvelle décision. En effet, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en oeuvre les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 et 2 LPGA; art. 57 al. 1 let. f LAI; art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

4. Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), dont il convient d'arrêter le montant à 2'000 fr. à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge de l'intimé qui succombe (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 8 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical dans le sens des considérants.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

Le greffier:

Du

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

- Me Claudio Venturelli, avocat (pour Q. _____),
- 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 :