

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2013

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

M. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17, 43 LPGA, 28 LAI, 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. Le 6 mai 2002, M. _____, (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en juillet 1952, peintre en bâtiment, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du Valais (ci-après: OAI-VS). Il souffrait d'un syndrome rotulien gauche sur chondropathie patellaire (cf. rapport médical du 9 mars 2001 du Dr Francesco Munaretto, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé au Dr S _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré). L'assuré avait perçu des indemnités journalières de la part de l'assurance collective perte de gain en cas de maladie de son employeur R. _____ assurances, du 13 décembre 2000 au 31 mai 2002.

Par rapport médical du 27 juin 2002 à l'OAI-VS, le Dr S. _____ a attesté d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100% du 13 décembre 2000 au 22 juillet 2001, de 50% du 23 juillet 2001 au 28 août 2001, de 100% du 1^{er} novembre 2001 au 10 juin 2002, et de 50% dès le 11 juin 2002. Ce médecin expliquait que la mise en place de mesures professionnelles se discutait et nécessiterait une évaluation des aptitudes de son patient; il recommandait un changement de profession dans une activité évitant le port de charges et les pressions dans les genoux lors de l'appui en genuflexion. Le médecin a encore indiqué que l'assuré pouvait exercer d'autres activités que son activité habituelle à un horaire normal ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes: alternance de positions, port de charge limité à 10 kg, pas de travaux lourds.

Par avis du 13 septembre 2002, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin pour l'OAI-VS, a rappelé le diagnostic de syndrome rotulien gauche sur chondropathie patellaire et les limitations fonctionnelles, soit pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travail lourd, pas de déplacements prolongés ou en terrain accidenté ou sur échelle, pas de travail en position accroupie. La capacité

de travail de l'assuré était, selon ce médecin, de 50% dans l'activité de peintre en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée.

Par communication du 16 septembre 2002, l'OAI-VS a octroyé à l'assuré le droit à une mesure d'orientation professionnelle et à l'examen de ses possibilités de réadaptation. Selon la communication du 9 janvier 2003, l'OAI-VS a fait savoir à l'assuré qu'il participerait à un stage d'orientation professionnelle, afin de lui permettre de choisir une activité professionnelle dans laquelle il pourrait utiliser au mieux sa capacité de gain résiduelle, au Centre [...] de [...], du 6 janvier 2003 au 6 avril 2003.

Dans un rapport d'expertise médicale du 9 octobre 2002 adressé au médecin conseil de R._____, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a expliqué ce qui suit:

" Anamnèse actuelle:

(...)

Malgré l'absence d'amélioration, le patient a insisté pour reprendre le travail de sorte qu'il a repris à 50% (demi-journée) le 23.07.2001 puis à 100% le 27.08.2001.

L'évolution fut à nouveau défavorable avec réapparition des gonalgies gauches à l'effort ainsi que des douleurs lombaires irradiant dans tout le membre inférieur droit jusqu'aux orteils.

Il a été remis à l'arrêt de travail à 100% depuis le 01.11.2001.

Au début de cette année, son genou gauche a été infiltré à 2 reprises, sans amélioration. Un traitement anti-inflammatoire par du [...] a été poursuivi régulièrement, sans grande amélioration. Par contre, il précise qu'il utilise un spray anti-inflammatoire qui lui calme bien les douleurs pendant environ 3 heures.

Le 11.06.2002, une nouvelle tentative de reprise du travail à 50% a été faite mais il a rapidement été remis à l'arrêt de travail complet.

Actuellement, le seul traitement est la prise d'anti-inflammatoire.

(...)

Diagnostics:

- insertionite chronique du quadriceps gauche sur la rotule
- chondropathie rotulienne gauche débutante
- possible syndrome radiculaire irritatif intermittent L5-S1 à gauche

Réponses aux questions:

(...)

3. Le traitement médical actuellement suivi par le patient est-il adapté? Quelles sont vos propositions de traitement à court terme?

Actuellement, le traitement se résume à l'administration d'anti-inflammatoire sans amélioration significative.

Il est difficile de proposer d'autre traitement, d'une part en l'absence d'amélioration suite à ceux qui ont déjà été entrepris (physiothérapie, AINS) et d'autre part en raison du diagnostic qui reste peu clair (cf. ci-dessous).

4. La pathologie dont souffre le patient est-elle exclusivement due à un état maladif?

Si non quelles sont les autres causes ayant déclenché les douleurs actuelles de M. M. _____?

La nature de l'affection au genou gauche reste peu claire. En effet, la clinique se présente comme une insertionite chronique du quadriceps sur la rotule. Radiologiquement, on ne retrouve pas de corrélation anatomique avec une telle insertionite, mais, par contre, de très discrets signes de chondropathie rotulienne à nouveau sans traduction clinique classique.

Par ailleurs, on peut quand-même objectiver une diminution de 1 cm du périmètre de la cuisse gauche par rapport à la droite, ce qui parlerait plutôt en faveur d'une réelle souffrance chronique de l'appareil extenseur. Par contre, l'amplitude des plaintes et leur répercussion fonctionnelle, notamment professionnelle, contraste avec la pauvreté des éléments objectivables de sorte que des facteurs non somatiques interviennent peut-être.

Comme la situation est actuellement bloquée, je propose de poursuivre les investigations au moyen d'une scintigraphie osseuse et d'une IRM lombaire. Si la scintigraphie osseuse reste négative au niveau du genou gauche, je pense que l'on peut raisonnablement exclure une pathologie somatique significative à ce niveau, qu'elle soit de nature cartilagineuse ou tendineuse. Cet examen permettra aussi d'exclure une éventuelle arthrite inflammatoire sous-jacente quoi que clinique pas suspecte. L'IRM lombaire pourra, quant à elle, objectiver l'état du disque L5-S1 qui semble faire une hernie intra-spongieuse dans le corps vertébral de L5 mais qui pourrait éventuellement provoquer une irritation radiculaire. Si l'IRM permet d'exclure un conflit radiculaire, il conviendra de banaliser l'affection ostéo-articulaire.

Un petit bilan biologique pourrait être utile afin d'éliminer une maladie rhumatismale sous-jacente.

En conclusion, les éléments objectivables sont actuellement minces. Des investigations supplémentaires sont proposées également dans le but d'évaluer l'influence des facteurs non somatiques.

5. L'incapacité de travail de M. M. _____ en qualité de peintre en bâtiment est-elle justifiée? Si oui, dans quelle mesure?

Actuellement, une capacité de travail de 50% comme peintre en bâtiment me semble exigible surtout si son poste de travail peut être adapté de façon à limiter les travaux qui doivent se faire en position accroupie.

6. Quel est votre pronostic quant à une éventuelle reprise du travail à court et moyen terme?

Ce pronostic dépend essentiellement des résultats des investigations proposées sous chiffre 4.

Si la scintigraphie osseuse reste négative, s'il n'y a pas de suspicion biologique de maladie rhumatismale et si la discopathie L5-S1 ne provoque pas de conflit radiculaire, on peut raisonnablement penser à une pleine capacité de travail. Dans le cas contraire, il serait nécessaire de réévaluer la situation. De toute façon j'ai bien peur que la chronification des plaintes et les longues périodes d'absence de travail depuis fin 2000 soient à elles seules un facteur très défavorable pour une quelconque reprise du travail.

7. Quelles seraient les activités que l'on peut raisonnablement exiger de la part de M. M. _____? Dans quelle mesure pourrait-il les accomplir?

Actuellement, une reprise du travail à 50% me semble exigible dans l'attente des résultats des investigations proposées. Idéalement, il faudrait, si c'est possible, limiter les travaux nécessitant une position accroupie ou un agenouillement. Le ménagement de pauses au travail avec la possibilité de s'asseoir pourrait également être un avantage. Il n'est malheureusement pas possible d'être plus précis en l'état actuel".

Le 28 novembre 2002, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail qui les liait, avec effet au 31 décembre 2002.

Par rapport interne du 17 avril 2003, l'OAI-VS a formulé les observations qui suivent au sujet du rapport rendu par l'[...] le 3 avril 2003 relatif au stage de l'assuré:

"(...)

Récemment, le Centre nous a envoyé son rapport final dans lequel nous retrouvons la confirmation de faibles aptitudes sur le plan théorique avec difficultés de compréhension des consignes. Du point de vue pratique, quel que soit le domaine d'activité qui a été abordé, mécanique, soudure, menuiserie ou conciergerie, on retrouve une qualité moyenne, mais surtout un rendement faible. Notre assuré a adopté un comportement très démonstratif, s'auto-limitant quasi systématiquement, et n'a pas fait preuve de collaboration. C'est en raison de cette attitude qu'aucun stage en entreprise n'a pu être mis sur pied.

Au vu des plaintes de M. M. _____, les personnes qui l'encadraient ont pris contact avec le Dr S. _____, médecin-traitant, qui a précisé qu'aucune aggravation de l'état de santé de notre assuré n'était survenue. Il apparaît par conséquent que la pleine capacité de travail reconnue n'est pas remise en question, seule l'attitude nonchalante, démonstrative et non collaborante ayant entravé le rendement. Notre assuré peut parfaitement oeuvrer dans une activité simple, par contre, il est clair qu'il n'a pas les aptitudes pour entreprendre ne serait-ce qu'une courte formation pratique".

Dans un rapport médical du 26 juin 2003 à l'OAI-VS, le Dr S._____ a expliqué que l'état de santé de son patient ne s'était pas modifié et qu'il souffrait toujours d'un syndrome rotulien chronique à gauche. L'atteinte à la mobilité articulaire était minime et la flexion/extension du genou était satisfaisante. Pour ce médecin, l'assuré pouvait envisager l'exercice d'une activité sans port de charges, sans efforts au niveau des genoux et avec la possibilité de se déplacer fréquemment sur de courts trajets.

Par avis médical du 21 juillet 2003, le Dr D._____, de l'OAI-VS, a relevé que médicalement la situation était inchangée. Une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était toujours exigible, comme indiqué dans son avis de septembre 2002.

Par décision du 23 juillet 2003, l'OAI-VS a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en raison d'un taux d'invalidité de 24%. L'OAI-VS a en effet considéré qu'il présentait une pleine capacité de travail, avec un rendement normal, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (toute activité légère, sans travaux lourds, ni port de charge de plus de 10 kg, ni travail en position accroupie et sans déplacements prolongés, en terrain accidenté ou sur échelle) et ce avant le délai de carence d'une année, le 1^{er} novembre 2001. Le même jour, l'OAI-VS a également rendu une décision de refus de reclassement et d'aide au placement, au motif que le comportement de l'assuré durant le stage au Centre [...] avait montré qu'il ne remplissait pas les conditions subjectives à une réadaptation professionnelle.

A la suite des oppositions de l'assuré à ces deux décisions, l'OAI-VS a rendu, le 11 décembre 2003, une décision sur opposition les confirmant.

Par acte du 14 janvier 2004, l'assuré a formé recours contre cette décision sur opposition devant le Tribunal cantonal des assurances du Valais, concluant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel, subsidiairement à la reconnaissance de son droit à une rente entière

d'invalidité, et plus subsidiairement au renvoi de la cause devant l'OAI-VS pour complément d'instruction.

Par jugement du 24 mars 2004, le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais a admis le recours, annulé la décision sur opposition et renvoyé la cause devant l'OAI-VS pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, le tribunal a estimé que l'avis du Dr S. _____ sur la capacité de travail de l'assuré n'avait pas de valeur probante suffisante ce d'autant plus que dans son dernier rapport, ce médecin n'avait pas clairement indiqué de taux de capacité de travail, ni s'il s'écartait du taux de 50% posé par le Dr C. _____. Quant à l'expertise de ce dernier médecin, le tribunal a souligné qu'elle ne se prononçait pas de manière définitive sur la capacité de travail de l'assuré et indiquait que des examens médicaux complémentaires, aux plans somatique et psychiatrique étaient nécessaires pour ce faire. Ce médecin avait donc réservé son appréciation et simplement relevé qu'au cas où ces investigations supplémentaires ne devaient finalement établir aucune atteinte, l'on pouvait raisonnablement espérer une reprise de l'activité habituelle à 100%. Dans l'attente des résultats des examens, une reprise de l'activité à 50% lui paraissait possible. Le tribunal valaisan a donc estimé que l'OAI-VS devait, au vu de l'avis de cet expert, compléter son instruction, en requérant des examens complémentaires tendant à éclaircir la question d'une éventuelle atteinte somatique ou psychiatrique, pour pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail de l'assuré.

B. L'OAI-VS a dès lors repris l'instruction et confié aux Drs Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et P. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire, lesquels ont rendus leur rapport le 15 février 2005. Le Dr Z. _____ a écrit ce qui suit:

"(...)

2. Plaintes et données subjectives

C'est de douleurs situées sur la face antérieure du genou gauche dont se plaint principalement l'expertisé. Ces douleurs sont décrites comme

un clou qu'on enfonce et "puis ça chauffe". Elles peuvent irradier sur la face antérieure du pied jusqu'aux doigts du pied. Ces douleurs sont permanentes en position debout à la marche. La descente des escaliers est particulièrement pénible. Ses douleurs sont exacerbées par le froid; l'été, le genou "gonfle". Ces douleurs peuvent être à l'origine d'insomnies. Il a, dit-il, consulté un confrère chirurgien orthopédique qui lui aurait proposé une opération uniquement dans la mesure où le genou se bloquait. Comme traitement, il aurait fait 140 à 200 séances de physiothérapie, me cite [...] comme médicament; fréquemment, il met du [...] sur le genou qui le soulage environ deux heures. A relever l'absence de plainte spontanée dans la sphère psychique.

3. Status

L'expertisé se présente comme un homme obèse, à l'allure peu soignée, avec une barbe de 5 jours, mais surtout se déplaçant avec une boiterie démonstrative ainsi que le port d'une canne anglaise qu'il semble par instants promener. Il parle dans un français approximatif. Il se montre certes collaborant, mais une certaine méfiance voire agressivité apparaît en début d'entretien. Le thymisme est dans les normes. Les plaintes sont diffuses, mal systématisées. Des troubles de mémoire sont perceptibles, à mettre en relation avec un état régressé chez une personnalité fruste. Au cours de nos deux entretiens, un grave trouble de personnalité a pu être écarté au même titre qu'une sémiologie psychotique.

4. Diagnostic

4.1. Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail

- chondropathie rotulienne gauche (cf. Dr P. _____)

4.2. Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail

- majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)

Selon la CIM-10, il s'agit de symptômes physiques compatibles avec – et initialement dus – à un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant aussi parfois des plaintes surajoutées (habituellement non spécifiques) sans substrat anatomique. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou handicap provoqué par son affection physique, et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. L'insatisfaction relative au résultat du traitement ou des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue) peuvent aussi représenter un facteur déclenchant. Dans certains cas, il existe une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière à la suite d'accidents ou de blessures. Le syndrome ne disparaît pas toujours rapidement même lorsque la revendication est entièrement satisfaite. En terminologie française, on parlerait de "sursimulation".

5. Discussion du cas et pronostic

(...)

L'affection actuelle à l'origine d'une incapacité totale de travail dès le 01.11.2001 consiste en un syndrome rotulien gauche dont les tous premiers signes semblent remonter à 1995. Dès lors, le processus

d'invalidation suit son cours. L'expertise du Dr C. _____ datée du 09.10.2002 chiffrait à 50% la capacité de travail de l'expertisé comme peintre en bâtiment. Il proposait aussi une poursuite des investigations sous forme d'une scintigraphie osseuse, d'une IRM lombaire ainsi qu'une investigation dans le but d'évaluer l'influence des facteurs extra-médicaux. Si ces investigations devaient rester négatives, le Dr C. _____ écrivait: "on peut raisonnablement penser à une pleine capacité de travail".

Dans le cadre de cette expertise bidisciplinaire, le Dr P. _____, co-expert, note que conformément à la proposition du Dr C. _____, l'IRM lombaire et la scintigraphie osseuse ont été réalisées les 08.11 et 07.11.2002: "ces deux examens ne montrent aucune anomalie susceptible d'expliquer tout ou partie des symptômes".

Quant à l'examen psychiatrique, seul le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques a été retenu. C'est un diagnostic qui fait référence manifestement à des facteurs extra-médicaux et qui n'impliquent pas de reconnaître une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail.

C'est dire qu'au terme de cette expertise bidisciplinaire, il faut admettre une capacité de travail de 50% comme peintre en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée (port de charges inférieur à 10 kg, sans déplacements prolongés ou en terrain accidenté ou sur une échelle ni travail accroupi). L'expert souligne que cet avis est aussi celui du médecin traitant, implicitement du Dr C. _____ et accessoirement du médecin AI.

B. Influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail dans l'activité habituelle

1. Limitations en relation avec les troubles constatés

- au plan physique: port de charges supérieur à 10 kg, position accroupie ou sur échelle, terrain accidenté.
- au plan psychique et mental: nihil.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Ces troubles sont à l'origine de douleurs du genou gauche apparaissant dans des positions de longue durée auxquelles se sont surajoutés des facteurs d'autolimitations purement subjectifs.

2.2. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure?

Oui à 50%.

2.3. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis le 01.11.2001.

2.4. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Ce degré de travail est resté nul, mais comprenant notamment des facteurs d'autolimitations.

2.5. Description précise de la capacité résiduelle de travail?

50% dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment.

(...)

C. Influence de l'atteinte à la santé sur la réadaptation professionnelle et la nécessité de changer de profession

1. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

Oui. Sur un plan médico-théorique, une activité adaptée avec pleine capacité de travail est exigible".

Quant au Dr P. _____, il a observé ce qui suit:

"Diagnostic retentissant sur la capacité de travail

- chondropathie rotulienne gauche

Appréciation

L'incapacité de travail alléguée repose uniquement sur une atteinte du genou gauche. Selon l'expertisé, le problème serait ancien, engendrant des conséquences en escalier, justifiant une incapacité partielle puis totale, d'abord dans le métier habituel puis dans toute activité, imposant finalement l'utilisation d'une canne anglaise depuis l'été 2004.

Les plaintes paraissent d'emblées disproportionnées si l'on se réfère aux données émanant du dossier. La douleur est cotée à 70 mm sur une échelle visuelle analogique de 100. Elle est indépendante de l'effort, si bien que l'intéressé a pour principale activité la promenade, ce qui peut expliquer l'absence d'atrophie musculaire malgré la décharge. Autre motif d'étonnement, la nécessité de prendre quotidiennement un comprimé de [...] (la question a été posée à plusieurs reprises), M. M. _____ semblant ignorer que ce médicament a été retiré en septembre 2004.

On ne voit pas comment on pourrait, concernant l'atteinte à la santé, prendre une position différente de celle du médecin traitant ou encore de l'expert C. _____. L'hypothèse d'une chondropathie est rendue plausible par l'anamnèse, qui révèle une exacerbation, durant la période initiale à tout le moins des douleurs lors de la marche sur terrain décliné ou sur des échelles, par le déclenchement des douleurs au rabet et par les données de l'IRM. Il s'agit toutefois d'une lésion cartilagineuse limitée, à l'évidence insuffisante pour expliquer un pareil processus d'invalidation. On peut relever que, conformément à la proposition du Dr C. _____, une IRM lombaire et une scintigraphie osseuse ont été réalisées: ces deux examens ne montrent aucune anomalie susceptible d'expliquer tout ou partie des symptômes.

Sur la base des constatations actuelles concernant l'atteinte de l'appareil locomoteur, on peut cautionner la prise de position du médecin conseil de l'AI du 13.09.02: l'on peut admettre que la capacité de travail est limitée à 50% dans la profession de peintre en bâtiment. Dans une activité adaptée, aux conditions maintes fois précisées dans le dossier (port de charge inférieur à 10 kg, limitation du travail en position accroupie, limitation des déplacements sur terrain accidenté), une capacité totale est médicalement exigible".

Selon le rapport final du Dr D._____, médecin au SMR Rhône, du 21 février 2006, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en tout cas depuis juin 2002, comme l'attestait le Dr S._____ dans son rapport médical de juin 2002 et même en tout cas avant l'échéance du délai de carence, puisque l'état de santé ne s'était pas péjoré depuis novembre 2001, comme l'attestait le Dr P._____ dans son expertise de février 2005. Comme limitations fonctionnelles, il a indiqué une limite du port de charges de 10 kg, pas de travaux lourds, marche limitée, pas de marche en terrain inégal ou sur une échelle, pas de position accroupie.

Le 28 février 2006, l'assuré a annoncé à l'OAI-VS qu'il serait domicilié à Renens dès le 1^{er} mars 2006.

Par décision du 2 mars 2006, l'OAI-VS a refusé l'octroi de mesures professionnelles (art. 17 et 18 LAI), les conditions subjectives du droit à de telles mesures n'étant pas réunies.

Par décision du 3 mars 2006, l'OAI-VS a de plus nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en raison d'un taux d'invalidité de 24% (revenu sans invalidité comme peintre en bâtiment: 68'895 fr. 85 et revenu d'invalidité: 52'126 fr. 75). En substance l'OAI-VS a retenu que l'assuré disposait, selon l'expertise pluridisciplinaire du 15 février 2005 des Drs Z._____ et P._____, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à compter du 11 juin 2002, soit une activité légère, avec limite de port de charge de 10 kg, sans position accroupie ou sur échelle ou sur terrain accidenté.

L'assuré, représenté par Me Olivier Carré, a formé opposition le 16 mars 2006 à l'encontre des décisions des 2 et 3 mars 2006.

Par certificat médical du 19 avril 2006, le Dr A.N._____, médecin du sport et nouveau médecin traitant, a précisé qu'il avait fait procéder à une nouvelle IRM qui n'avait pas démontré d'aggravation du tendon rotulien par rapport aux précédentes images. En revanche, il avait

repéré une fente dans le ménisque externe qui pouvait expliquer les douleurs de l'assuré. Ce médecin préconisait de recueillir l'avis d'un orthopédiste ainsi que celui d'un psychiatre, soupçonnant l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Ce médecin a également attesté le 7 juin 2006 une incapacité totale de travail de l'assuré jusqu'au 31 juillet 2006.

Selon un entretien téléphonique du 13 décembre 2006 entre l'OAI-VS et le SMR, la fente dans le ménisque interne était une nouvelle pathologie, toutefois, elle n'ajoutait aucune limitation et ne diminuait pas la capacité de travail dans une activité déjà adaptée aux précédents problèmes du genou.

Le 19 avril 2007, l'assuré a informé l'OAI-VS qu'il était suivi sur le plan psychiatrique à tout le moins depuis le 6 septembre 2006, par la psychologue G._____. Le 27 avril 2007, il a informé l'OAI qu'il poursuivait ce traitement.

Par rapport médical du 2 mai 2007 adressé au Dr A.N._____, la Dresse V._____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie-diabétologie, a attesté que l'assuré présentait un diabète de type 2.

Dans un rapport d'entretien téléphonique entre l'OAI-VS et le SMR du 6 juin 2007, il est indiqué que de manière générale, un diabète sans complications (pas de néphropathie, pas de neuropathie périphérique, pas de troubles visuels) est réputé non invalidant.

Par décision sur opposition du 14 juin 2007, l'OAI-VS a rejeté l'opposition du 16 mars 2006 formée par l'assuré.

Le 20 août 2007, l'assuré a formé recours contre cette dernière décision sur opposition devant le Tribunal cantonal des assurances du Valais, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité et renvoi pour instruction complémentaire, subsidiairement à la reconnaissance de son droit à des mesures

professionnelles. Il a fait valoir qu'il souffrait d'un épisode dépressif sévère, produisant un rapport médical du 13 août 2007 du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, et de la psychologue G._____. Ces spécialistes ont expliqué que l'assuré avait débuté un suivi le 21 août 2006, à raison d'une séance par semaines, en raison d'une symptomatologie dépressive. Ils ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Ils ont relevé qu'il paraissait très collaborant et qu'il s'investissait dans la relation thérapeutique et que dans ce contexte, ils avaient pu constater une amélioration de son état psychique et une baisse ponctuelle de la symptomatologie dépressive. Cependant, l'état de leur patient restait fragile, avec la survenue de rechutes assez régulières et qui paraissaient être indépendantes des évènements extérieurs. Ils avaient en effet la certitude que l'état de fait actuel et l'impossibilité de travailler était la cause principale de son état psychique, du développement d'une symptomatologie dépressive ainsi que d'une fragilisation générale. L'incapacité de travail était la conséquence des douleurs physiques et ces dernières leur paraissaient authentiques dans la manière dont elles étaient exprimées. Le pronostic à long terme pouvait être favorable si le patient continuait de bénéficier d'un soutien psychologique et si ses souffrances, qu'elles soient psychiques ou physiques, étaient reconnues. A la lumière des conclusions de ces spécialistes et parce que les rapports médicaux au dossier étaient tous anciens, l'assuré demandait une nouvelle évaluation de sa situation. Au plan physique, il faisait valoir que les imageries médicales remontaient à une période comprise entre janvier 2001 et novembre 2002 et que de nouvelles investigations étaient nécessaires.

Dans un rapport médical du 11 septembre 2007, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR Rhône, a estimé que le rapport du Dr W._____ et de la psychologue G._____ rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès le 21 août 2006, date du début du suivi psychiatrique. Pour ce médecin, une expertise psychiatrique neutre était cependant nécessaire, car il trouvait les conclusions des spécialistes sujettes à caution, car trop

pessimistes au vu du fait qu'ils constataient une amélioration de l'état de santé et que l'assuré suivait une consultation hebdomadaire depuis plus d'un an.

Par jugement du 19 novembre 2007, le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais a partiellement admis le recours, annulé la décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique.

C. Une expertise psychiatrique a dès lors été confiée au Dr J._____, qui a vu l'assuré à deux reprises, les 15 et 22 décembre 2007 et a rendu son rapport le 26 décembre 2007. Il ressort notamment ce qui suit du rapport:

"(...)

4. DIAGNOSTIC

A/ M. M._____. présente essentiellement une *réaction comportementale à tonalité dépressive* liée à la persistance d'une gonalgie gauche qu'il estime lui enlever [la possibilité] d'exercer la moindre activité lucrative. L'état dépressif qui en résulte est *manifestement exagéré*, de même que l'intensité de sa gonalgie. Son niveau cognitif est faible et paraît correspondre à ce qu'il a toujours été. Ce qui y est constaté sur le plan mnésique semble n'être que fonctionnel.

B/ De ce fait, les catégories cliniques de la "*Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*" CIM-10 à laquelle on peut se référer sont:

F68.0 Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques

F32.9 Episode dépressif, sans précision.

5. APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC

A/ La présentation dépressive de M. M._____ n'a pas les caractères d'endogénéité qui permettraient de la considérer comme autre que réactionnelle. Il n'y a en particulier aucune inversion du rythme nyctéméral de la thymie. Il n'a aucun sentiment de culpabilité. Il ne rumine jamais les erreurs du passé.

B/ On note dans l'histoire clinique de M. M._____ des *variations dans la localisation de ses douleurs*.

C/ Du point de vue psychiatrique, les syndromes algiques de M. M._____ ne correspondent pas à un trouble somatoforme douloureux

persistant. L'importance de sa composante affective relativise sa composante sensorielle.

D/ Le comportement de M. M. _____, qui semble actuellement fixé, ne permettra vraisemblablement pas d'obtenir de M. M. _____ qu'il valorise sa capacité de travail présente pour la reprise d'un emploi adapté tout à fait possible sur le plan psychique.

II. INFLUENCE DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE

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

Sur le plan psychique, ces limitations sont subjectives, bien qu'objectivement compatibles avec une activité professionnelle adaptée.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Ils permettent sur le plan psychique un emploi lucratif adapté.

2.2. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure?

Elle l'est sur le plan strictement psychique.

2.3. Depuis quand, au point de vue médical, y'a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

On peut admettre que c'est depuis le 13 décembre 2000.

2.4 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

M. M. _____ est en incapacité totale de travailler du 13 décembre 2000 au 22 juillet 2001, puis de 50% du 23 juillet au 26 août 2001, de 100% du 1^{er} novembre 2001 au 10 juin 2002, de 50% du 11 juin au 22 juillet 2002, de 100% du 23 juillet 2002 au 12 janvier 2003, de 50% du 13 janvier au 31 mars 2003 et de 100% depuis le 1^{er} avril 2003. Le 15 février 2005, Monsieur le Dr Z. _____ Z. _____, en accord avec les constatations de Monsieur le Docteur P. _____ du 28 janvier 2005, estime que la capacité de travail de M. M. _____ est de 50% dans sa profession de peintre en bâtiment et totale dans une activité adaptée. Le 14 novembre 2005, Monsieur le Docteur S. _____ accorde à M. M. _____ un certificat de travail à 50% mais indique que l'on peut augmenter son temps de travail à 100% ou progressivement. Le 13 août 2007, Monsieur le Docteur W. _____ ne s'exprime pas clairement sur la capacité de travail de M. M. _____ mais il semble ressortir de son analyse que l'incapacité de travail est totale sur le plan psychique.

2.5 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Actuellement sur le seul plan psychique, M. M. _____ a la capacité d'exercer à temps plein une activité professionnelle adaptée.

(...)

Les mesures psychiques prises présentement par M. M. _____ peuvent lui être utiles, mais son attitude psychologique, en particulier dans les stages qu'il a effectués, laisse peu d'espoir à court, moyen ou long terme pour la reprise de sa part d'une quelconque activité lucrative.

4. Gravité des troubles psychiques

4.1. *Constatez-vous chez cet assuré une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie? ou de longue durée?*

Non.

4.2. *Existe-t-il chez l'assuré des indices laissant supposer un profit secondaire tiré de la maladie?*

Il le semble.

4.3. *Peut-on raisonnablement exiger de l'assuré en dépit du caractère chronique des douleurs et malgré l'absence de suivi psychiatrique qu'il fasse par lui-même les efforts nécessaires pour surmonter les douleurs et réintégrer un processus de travail?*

M. M._____ est actuellement suivi sur le plan psychique. Ses douleurs ne sont pas telles qu'elles l'empêchent d'assurer une activité professionnelle adaptée.

4.4. *Pouvez-vous préciser si les singularités psychiques constatées limitent la capacité de travail de façon permanente ou de longue durée?*

Non, sur le plan psychique.

(...)

V. Question complémentaire

Chez cet assuré au bénéfice d'une pleine capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée à des troubles du genou, le médecin de notre Service Médical Régional Rhône met en doute la présence d'une psychopathologie susceptible d'entraîner une incapacité de travail de longue durée. Qu'en pensez-vous?

M. M._____ ne présente pas un état psychopathologique justifiant une incapacité de travail de longue durée dans une activité adaptée".

Par projet de décision du 3 mars 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en raison d'un taux d'invalidité de 24%. L'office a retenu, sur la base de l'expertise psychiatrique du Dr J._____, que la gravité de ses troubles psychiques n'était pas suffisante pour entraver sa capacité de travail sur une longue durée et que dès lors, les conclusions de sa décision du 3 mars 2006 restaient pleinement valables. Il retenait que l'assuré était capable d'exercer une activité légère et adaptée à 100%, soit une activité en position alternée, avec limite du port de charge à 10 kg, sans position accroupie, sur échelle ou sur terrain accidenté.

Par projet de décision du 4 mars 2008, l'OAI a nié le droit à une mesure de reclassement (art. 17 LAI), mais a reconnu le droit de l'assuré à une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI), s'il souhaitait bénéficier

d'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par décisions du 15 mai 2008, respectivement du 16 mai 2008, l'OAI-VS a confirmé ses projets précités.

Par acte du 23 juin 2008, l'assuré a recouru, devant le Tribunal cantonal des assurances du Valais, contre les deux décisions des 15 et 16 mai 2008, concluant principalement à leur réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité, respectivement à l'octroi de mesures professionnelles et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI-VS pour nouvelle instruction. A l'appui de son recours, il a fait valoir que la persistance d'une invalidité économique liée à ses problèmes de santé était notamment attestée par le Dr A.N._____, qui le suivait depuis plusieurs années. A l'appui de son recours, il a produit un certificat médical du Dr A.N._____, daté du 2 juin 2008 et attestant d'une incapacité totale de travail à compter du 5 avril 2006, jusqu'au 11 juillet 2008. Le recourant a par ailleurs argué qu'il souffrait de comorbidités, tel le diabète, qui pour n'être pas en elles-mêmes invalidantes, ajoutaient "à un tableau déjà lourd" et qu'il "eût été convenable de tenir compte de cet élément supplémentaire". Il a par ailleurs critiqué l'expertise du Dr J._____, qu'il estimait incomplète et insatisfaisante, car ne tenant pas compte des éléments avancés par le Dr W._____ et la psychologue G._____. Il a produit un rapport médical de ces derniers spécialistes du 25 février 2008, attestant qu'ils continuaient la prise en charge de l'assuré et maintenant les conclusions de leur dernier rapport médical. Sur la base de ces éléments, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Par jugement du 22 janvier 2009, la Cour des assurances sociales du canton du Valais a rejeté le recours et confirmé les décisions de l'OAI-VS des 15 et 16 mai 2008. En substance, la Cour a retenu que l'absence d'atteinte psychiatrique grave et incapacitante avait été attestée de manière probante par l'expertise du Dr J._____, lequel avait d'ailleurs pris en compte les avis des Dr A.N._____ et W._____ et de la

psychologue G._____, qui n'avaient pour leur part apporté aucun éléments permettant au tribunal de retenir que l'appréciation de l'expert était erronée. Une nouvelle expertise psychiatrique n'était dès lors pas nécessaire. Au plan somatique, la Cour a retenu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des rapports médicaux concordants présents au dossier et antérieurs à celui du Dr A.N._____. En effet, le SMR avait expliqué de manière convaincante que la fente dans le ménisque mise en évidence par ce médecin ne justifiait pas de retenir de nouvelles limitations fonctionnelles, car le problème de genou avait déjà été pris en compte. La Cour a également retenu, sur la base du rapport médical du 2 mai 2007 de la Dresse V._____ et de l'avis du SMR que le diabète de l'assuré n'était pas de nature incapacitante. La Cour a également confirmé le refus du droit à un reclassement professionnel, faute pour l'assuré de réaliser les conditions subjectives d'une telle mesure.

Par acte du 26 février 2009, l'assuré a recouru contre ce jugement devant le Tribunal fédéral, concluant principalement à la réforme des décisions dans le sens de la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement, subsidiairement au renvoi de la cause aux autorités intimées pour nouvelle instruction et nouvelles décisions au sens des considérants. En substance, il a réitéré les critiques qu'il avait formulées devant la Cour des assurances sociales du canton du Valais.

Par arrêt du 4 juin 2009, la 1^{ère} Cour de droit social du Tribunal fédéral a rejeté le recours selon la procédure prévue à l'art. 109 al. 2 let. a LTF, celui-ci étant manifestement mal fondé.

D. Dans un rapport médical du 15 février 2010 à l'avocat de l'assuré, le Dr B.N._____, spécialiste en anesthésiologie, nouveau médecin traitant de l'assuré, a rapporté ce qui suit:

"Suite à votre demande, voici les éléments pertinents qui témoignent d'une péjoration importante depuis mai 2008.

Tout d'abord, l'état neurologique de M. M._____ s'est fortement aggravé. L'état dépressif dont il souffre et dont l'origine est

multifactorielle, dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique et de la perte de sa capacité de travail et donc en même temps de sa place dans la société, se péjore de manière importante.

A cela se rajoute un élément nouveau mais inquiétant, une désorientation spatio-temporale accompagnée de moments de confusion. Ces éléments ont été remarqués par sa famille depuis 2008. J'ai pu les authentifier à mon cabinet mais les investigations sont en cours afin d'en déterminer l'étiologie. S'agit-il d'une maladie neuro-dégénérative? D'une démence débutante dans le cadre d'un diabète à long court? d'une encéphalite hypertensive?...

Un rendez-vous a été pris au Centre hospitalier [...] au département des maladies neuro-dégénératives afin d'avancer dans la démarche.

Mais d'un point de vue médical, il est peu probable que l'on trouve une cause traitable et l'évolution risque bien d'être défavorable.

Tout cela se rajoute évidemment au contexte physique global qui lié à un déconditionnement global sévère va aller en se péjorant de mois en mois.

- diabète non insulino-requérant
- obésité en aggravation
- perte de la stabilité musculaire du tronc
- HTA [hypertension artérielle]
- Insuffisance rénale chronique
- trouble dégénératif rachidien

Je ne reviens pas sur l'histoire de son genou au sujet duquel l'AI a déjà statué.

Par contre un élément nouveau est à prendre en compte. Lié à sa prise de poids de ces dernières années et à sa consommation de tabac importante par le passé, il développe une maladie pulmonaire chronique de type bronchite chronique associé à un syndrome obésité-hyperventilation. Ce qui se marque par une diminution des capacités respiratoires, une fatigue plus importante et des surinfections pulmonaires fréquentes.

L'autre élément à noter est l'apparition de douleurs au niveau des membres inférieurs liés à sa boiterie (secondaire au genou gauche) de type périostite et tendinite de surcharge.

D'un point de vue médical, la situation s'est fortement péjorée depuis 2008. Je vous laisse le soin de juger s'il faut effectuer de nouvelles expertises (pneumologue) pour confirmer la situation ou si mon rapport s'avère suffisant".

Dans un rapport médical du 22 mars 2010, les Dr [...], [...] et [...], respectivement spécialistes en médecine nucléaire et médecin assistant auprès du [...], ont attesté qu'il n'y avait pas d'argument scintigraphique pour l'existence d'une maladie neuro-dégénérative ou pour une démence de type Alzheimer et l'examen du débit sanguin cérébral était dans les limites de la normes. Cet examen avait été effectué

sur indications de bilan de troubles cognitifs ainsi que d'un trouble dépressif, de désorientation temporelle ainsi que dans l'espace progressive depuis environ deux ans.

Dans un rapport médical du 6 avril 2010 au Dr B.N._____, les Dr X._____ et L._____, spécialistes en neurologie, respectivement en médecine interne et gériatrie, ont attesté ce qui suit:

"Diagnostics retenus:

- Troubles cognitivo-comportementaux atypiques avec notion familiale non précisable
- Probable trouble dépressif traité

Diagnostics secondaires:

- *Diabète sucré de type II non insulino-requérant*
- *Obésité abdominale*
- *Hypertension artérielle traitée*
- *Hypercholestérolémie*
- *Troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire*
- *Gonalgie gauche chronique après accident de la voie publique, non daté*
- *Syndrome douloureux chronique*

Anamnèse actuelle: La consultation actuelle est en présence du patient et du fils qui traduit de l'albanais en français. Le patient lui-même semble comprendre le sens des questions posées, mais ne répond quasiment pas en français. L'hétéroanamnèse est difficile à obtenir. Il apparaît que le patient présenterait depuis environ une année des troubles cognitifs nouveaux, d'évolution progressive, qui inquiéteraient son entourage, suffisamment longtemps afin que le patient puisse monter à bord. Le patient présenterait des oublis d'évènements à la fois récents et anciens. Il n'y aurait pas de fausse reconnaissance. Le langage serait conservé dans la langue maternelle du patient (albanais). Le calcul serait impossible et les finances seraient gérées par ses enfants. Il est rapporté en particulier des épisodes au cours desquels le patient se serait perdu dans la ville. Il aurait été retrouvé en particulier par son fils sur les quais [...], ne retrouvant plus le chemin du domicile. Il est également rapporté des épisodes d'agressivité envers son entourage et ses proches lorsque confronté à des incapacités à effectuer certaines activités, comme par exemple se faire à manger. Une possible maltraitance domestique envers l'épouse et les enfants est suspectée bien que difficilement évaluable anamnestiquement. Durant la nuit, la patient se lèverait souvent pour se faire à manger ou regarder la télévision. Lorsqu'il serait irrité, il serait bruyant et crierait. Il irait dormir seulement à partir de 2-3 heures du matin et son sommeil serait entrecoupé de cauchemars avec sudations profuses. Il est également rapporté des épisodes d'agressivité sur la voie publique avec un coup de canne contre un bus, alors que le chauffeur n'aurait pas pris le temps de s'arrêter. Du point de vue thymique, le patient semble durant l'entretien d'humeur neutre. Il serait connu pour un syndrome douloureux chronique ainsi qu'un état dépressif. Il est au bénéfice d'un suivi psychiatrique depuis environ

trois ans. Il rapporte des cauchemars fréquents au cours desquels il verrait des corbeaux ou aurait l'impression de tomber d'un arbre. A noter que le patient lui-même n'a pas fait la guerre et ne semble pas avoir été témoin d'atrocités.

Du point de vue fonctionnel, le patient est capable d'effectuer sa toilette et de s'habiller seul. Dans la réalisation des activités instrumentales, il est dépendant de son épouse et des enfants pour les commissions, le ménage, la lessive et la gestion des finances.

Anamnèse familiale: Le patient dit avoir 8 membres de sa famille qui auraient présenté des troubles cognitifs. Son père en particulier aurait présenté une possible maladie de la mémoire et rapportait qu'il tirait avec une arme à feu sur des cailloux en croyant avoir à faire à des corbeaux.

Situation socio-familiale: Patient originaire du [...], vivant en Suisse depuis environ 20 ans. Ancien peintre en bâtiment. Actuellement au bénéfice d'un arrêt de travail depuis environ 7 ans, suite à un accident de la voie publique. Il a 5 enfants. Une demande AI est actuellement en cours.

Status neurologique: Patient apathique, se présentant dans une tenue hygiéno- vestimentaire limite. Pas de déficit sensitivomoteur aux 4 membres. Hypomimie. Oculomotricité conservée dans toutes les directions. ROT hypovifs et symétriques. Réalisation des gestes sans signification impossible car manque de collaboration.

Scores cognitifs: MMSE: difficile à réaliser car troubles de la compréhension et manque de collaboration, patient légèrement désorienté dans le temps et orienté dans l'espace, pas d'application dans la réalisation de reproduction des pentagones ainsi que dans le test de l'horloge.

Synthèse et conclusion:

M. M. _____ nous est adressé pour un bilan cognitif dans le cadre d'une demande de rente AI.

M. M. _____ est suivi depuis environ 3 ans pour un état dépressif ainsi qu'un syndrome douloureux chronique après un accident de la voie publique avec gonalgie gauche persistante. Il présente des troubles majeurs de la marche et de l'équilibre.

Du point de vue cognitif, il est rapporté en particulier des épisodes de désorientation spatiale avec incapacité d'utiliser les transports publics. Le patient présenterait de plus des troubles du comportement majeurs sous la forme d'agressivité envers son entourage avec possible violence domestique. Le sommeil serait en particulier perturbé avec des cauchemars fréquents.

L'auto- et l'hétéroanamnèse sont difficiles à obtenir. Les tests de dépistage des troubles cognitifs ne sont pas réalisables.

Nous avons organisé une IRM cérébrale et un débit sanguin (SPECT) qui sont tous deux normaux. Nous allons encore organiser un EEG [électroencéphalogramme] et une PL [ponction lombaire] ainsi qu'un examen neuropsychologique avec un traducteur".

Par rapport médical du 13 mai 2010 au Dr B.N. _____, le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a expliqué

que la dyspnée que présentait l'assuré était due à une maladie des petites bronches liée à son ancien tabagisme, à un asthme d'origine non allergique et à une obésité abdominale et une surcharge pondérale générale.

E. Le 29 juin 2010, M. _____ a formellement déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), indiquant une aggravation massive des atteintes à sa santé depuis l'été 2008, ainsi que des atteintes nouvelles, spécialement au niveau de ses facultés cognitives. Il a transmis à l'OAI, par son avocat, notamment les pièces médicales décrites ci-dessus (point D).

Par rapport médical du 9 juillet 2010 à l'OAI, le Dr B.N. _____, a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO] (sur ancien gros tabagisme), un asthme allergique, une résistance des bronches avec valeurs supérieures au double de la normale, une obésité évoluant depuis longtemps, un diabète non insulino-dépendant découvert en 2007, un déconditionnement global évoluant depuis son problème au genou gauche, soit plus de dix ans, un état dépressif chronique, évoluant depuis plus de cinq ans, ainsi que des troubles cognitifs multifactoriels, du diabète et une hypertension artérielle se péjorant sévèrement depuis 2008. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a indiqué une hypertension artérielle ainsi qu'une insuffisance rénale chronique. Il a émis un pronostic très défavorable, estimant que l'état de santé de son patient était impossible à améliorer car il présentait des troubles multiples dont les traitements respectifs étaient rendus inefficaces par les autres pathologies. L'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis 2002. Comme limitations fonctionnelles, il a indiqué: pas d'activité uniquement en position debout ou assise, pas d'activités dans différentes positions, ni exercées principalement en marchant, ne pas se pencher ou travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux, pas de rotation en position assise, ne pas soulever ou porter, ne pas monter sur une échelle ou un échafaudage, ni monter les escaliers, limite de poids à

15 kg. Il a encore indiqué des capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation limitées en raison d'un trouble cognitif et une résistance limitée en raison d'un déconditionnement global, de son obésité et d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive. Ces limitations étaient valables depuis 2005 au moins, avec une péjoration nette depuis 2008.

Le Dr B.N. _____ a également joint au rapport susmentionné à l'OAI un rapport médical du même jour adressé à l'avocat de l'assuré, rédigé en ces termes:

"Par la présente, je vous confirme que d'un point de vue médical, la situation de M. M. _____ s'est nettement péjorée depuis deux ans.

En substance, voici les différents domaines où s'est produit une détérioration depuis deux ans.

- La bronchite chronique dont souffre le patient était traitée occasionnellement auparavant. Actuellement, un traitement de [...] et de [...] est nécessaire pour avoir un état relativement stable. Malheureusement, de manière globale, la situation est, malgré les traitements, moins bonne qu'il y a deux ans.

- L'obésité, associée à ce problème pulmonaire rend à mon avis une amélioration de son état physique général, dans le cadre d'un déconditionnement général, impossible.

- Le diabète continuant à faire ses dégâts de manière sournoise, une péjoration de l'état vasculaire continue avec principalement depuis un an et demi, une péjoration des capacités mentales sévères. Malgré les bilans effectués au Centre hospitalier universitaires vaudois, il ne ressort pas de causes traitables. Il faut donc s'attendre à une longue détérioration qui aboutira à une démence dans un avenir je l'espère le plus lointain possible.

- Actuellement, le patient est incapable de se gérer dans les activités de la vie de tous les jours sans avoir un encadrement familial de soutien".

Dans un rapport médical du 12 août 2010 à l'OAI, le Dr W. _____ a posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, qu'il avait constaté depuis le début du suivi en 2006, mais dont l'apparition probable se situait en 1999, quelque temps après l'accident dont l'assuré avait été victime. Il suivait le patient depuis le 21 août 2006 jusqu'à ce jour. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité de l'exercice de l'activité habituelle, mais a indiqué que le

rendement de l'assuré était "totalement réduit" en raison de son état de santé, en particulier en raison d'une perte de volonté, d'idées noires, de mise en échec, de dévalorisation ainsi que d'autres facteurs comme l'âge et la profession. Il a encore précisé ce qui suit:

"Anamnèse:

(...)

Suite à un accident de travail, Monsieur M. _____ cessera de travailler en 1999. Il se serait en effet fait renversé par une camionnette et aurait été blessé au niveau de son genou membre inférieur droit. Cette blessure n'aurait pas été traitée immédiatement car Monsieur ne voulait pas perdre sa place de travail, faisant de fait de grands efforts pour continuer à exercer malgré les douleurs et le fait que ceci allait aggraver sa blessure.

Monsieur M. _____ n'a plus repris le travail depuis. Il vit actuellement grâce à l'aide des services sociaux. Il évolue de manière très renfermée, s'isole de plus en plus même de sa famille proche et n'a que peu de projections pour l'avenir.

Après une période de stabilisation de la symptomatologie dépressive, l'état de notre patient s'est aggravé en début de cette année, avec une perte de joie de vivre très importante et une symptomatologie (pertes de conscience, sentiment de ne plus savoir où il est panique, ...) qui a nécessité des examens plus poussés au [...] et qui ont abouti au diagnostic de troubles cognitifs atypiques avec notion familiale non précisable et celui d'un état dépressif traité.

Symptômes actuels/état actuel:

Le patient dit ne pas faire grand-chose de ses journées: il se rend à ses rendez-vous médicaux et autrement reste à la maison. Il ne sort pas beaucoup, supportant mal la foule et la compagnie de manière générale. A la maison avec les membres de sa famille, il lui arrive également d'être tendu, nerveux et de rester isolé et silencieux. Il se dit tendu et sous pression et n'avoir par moments aucune envie de communiquer avec quiconque. Il décrit également des nuits sans sommeil avec une grande nervosité et une impossibilité de trouver la paix malgré sa volonté. La fatigue est alors très importante. Monsieur M. _____ se plaint également de ses fréquentes pertes de connaissance, de son impossibilité de sortir et se débrouiller seul, de ses très fréquentes sensations de se perdre, de partir avec un but et se rendre compte qu'il ne sait plus où il est.... De fait il vient toujours aux entretiens accompagné par son fils qui l'y conduit.

Indications subjectives par le patient/constat objectif:

Sur le plan somatique, le patient se plaint de fortes douleurs dans les jambes et notamment au genou droit. Il affirme avoir des difficultés à marcher, se fatiguer rapidement et avoir très mal dès qu'il est en mouvement. Il utilise une béquille pour marcher. Le patient se plaint notamment d'importants troubles du sommeil avec des grandes difficultés voire impossibilité à s'endormir, des réveils fréquents, à cause de violents cauchemars et d'une grande fatigue. Le patient se dit également très nerveux et irritable, a une sensation de pression quasi constante mais aussi une perte de volonté et de toute motivation,

perte d'envie de vivre, car la vie ne lui apporte plus aucune satisfaction. Nous notons également une absence de projection dans le temps.

Le patient peut en effet être fort irritable et nerveux surtout lorsqu'on évoque son passé ou alors un éventuel futur. Il est très tendu et son anxiété est visible au niveau de sa tension musculaire notamment.

Cependant, le sujet évite au maximum d'aborder les thèmes qui le mettent dans ces états et préfère continuellement les éviter. La tristesse est également de plus en plus présente. Monsieur peut facilement pleurer, interrompre l'entretien et demander qu'un autre lui soit donné.

Le patient signale également un ralentissement important dans l'exécution des actes de la vie quotidienne, se sentant dans un état végétatif. Il dira se sentir perdu et ne plus savoir où il est et avoir de manière générale des problèmes de concentration et de mémorisation. Souvent, il se sent démuni, s'énerve et est pris de panique. Nous devons également remarquer une importante perte d'envie de vivre, perte de toute motivation et volonté avec un désespoir grandissant. L'idéation suicidaire est présente mais pas verbalisée en tant que scénarisée, davantage formulée sous un mode passif.

(...)

Question sur l'activité exercée à ce jour:

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

Fatigue, manque de concentration, pensées noires, démotivation, perte de volonté, mise en échec, nervosité...

Comment se manifestent-elles au travail?:

Démotivation, tensions, colère contre soi, mise en échec, réduction du rendement".

Dans un avis médical du 16 novembre 2010, les Drs F._____, spécialiste en médecine du travail et ???_____, spécialiste en anesthésiologie, médecins au SMR, ont relevé ce qui suit:

"Le Dr W._____, psychiatre traitant de l'assuré, nous informe en date du 12 octobre 2010 que son patient présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Il nous informe en outre que son patient souffre de troubles cognitivo-comportementaux avec des épisodes de désorientation spatiale. Il a été vu pour cela en consultation au service de neurologie du CHUV par le Professeur X._____ le 06.04.10. Une IRM cérébrale et un débit sanguin étaient alors normaux. En raison d'un problème de langue, les tests de dépistage des troubles cognitifs n'étaient pas réalisables. Le Professeur X._____ devait organiser un électroencéphalogramme et une ponction lombaire ainsi qu'un examen neuropsychologique avec traducteur. Afin de poursuivre l'instruction de ce dossier, il conviendrait d'interroger le Professeur X._____ et de lui demander de nous communiquer ces documents s'ils sont en sa possession. Il serait intéressant d'interroger le Professeur X._____ à cette occasion pour

lui demander la capacité de travail de son patient dans son ancien métier de peintre en bâtiment ou dans une activité plus adaptée ainsi que ses limitations fonctionnelles".

Par rapport du 8 décembre 2010 à l'OAI, le Dr X._____ a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, des troubles cognitivo-comportementaux atypiques, avec notion familiale depuis environ 2009, et comme diagnostics sans effets sur la capacité de travail, un diabète de type II, de l'obésité, une hypertension artérielle, de l'arthrose, des gonalgies gauches et un syndrome douloureux chronique. Il n'avait pas revu le patient depuis la consultation du 17 mars 2010. Il a recommandé la mise en oeuvre d'un bilan psychiatrique et une nouvelle IRM. Pour ce médecin, l'assuré était totalement incapable de travailler à compter du 17 mars 2010. Comme limitations fonctionnelles, il a indiqué qu'aucune collaboration n'était possible, l'assuré étant agressif, présentant des oublis et étant désorienté. Il a encore fait état de capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation limitées et d'une résistance limitée.

Dans un nouvel avis médical du 18 janvier 2011, les Dr F._____ et ???_____ du SMR, ont relevé ce qui suit:

"(...)

Une nouvelle demande est déposée en juin 2010. Elle est accompagnée de plusieurs rapports médicaux. De la lecture de ces rapports, il ressort que depuis 2008, Monsieur M._____ présente une désorientation temporo-spatiale accompagnée de moments de confusion. Un avis médical a été demandé au Centre hospitalier [...], Service de neurologie. Il a été réalisé une IRM cérébrale et un débit sanguin qui sont tous deux normaux.

En raison de problèmes de langage, aucun test de dépistage des troubles cognitifs n'a pu être réalisé, il était prévu un électroencéphalogramme et une ponction lombaire, mais le patient n'a jamais été revu, ce qui m'est confirmé dans un rapport médical reçu le 8 décembre 2010 du Professeur X._____, non signé, qui n'apporte aucun élément médical nouveaux.

Il s'agit d'un dossier médical complexe, chez un patient jusque-là peu coopérant, surtout à la recherche d'avantages financiers.

Dans ces conditions, il est difficile d'admettre, sans preuve médicale clairement établie, que l'assuré présente un réel trouble cognitif, invalidant au sens de l'AI.

Le diagnostic doit être impérativement confirmé par un **examen neuropsychologique** auprès de Mme [...] à [...] réalisé en présence d'un traducteur albanais".

Un examen neuropsychologique a dès lors été réalisé par Mme Marie-H._____, spécialiste en neuropsychologie FSP, qui a rendu son rapport le 22 février 2011. Elle a émis les conclusions suivantes:

"Cet examen, effectué chez un assuré de langue maternelle albanaise, peu collaborant, peu impliqué, indifférent quant à la décision future de l'AI, socialement inadéquat, a été effectué avec l'aide d'un interprète.

Nous avons mis en évidence une dysfonction cognitive sévère et diffuse, avec une désorientation aux trois modes, des troubles mnésiques importants et une atteinte des fonctions instrumentales.

Nous avons également mis en évidence des éléments de surcharge (erreurs peu plausibles en raison de leur faible fréquence dans la population, erreurs systématiques et difficilement attribuables au hasard, nombre d'erreurs très élevé et dépassant le seuil du hasard) qui rendent par conséquent l'examen ininterprétable. On ne peut pas exclure que Monsieur M._____ présente réellement des troubles cognitifs, mais l'examen de ce jour ne permet pas d'en évaluer l'importance de manière objective et la présence d'une majoration fait peu de doutes. La sévérité des troubles cognitifs est par ailleurs peu compatible avec une imagerie cérébrale normale.

Etant donné le tableau de ce jour ainsi que les résultats à l'imagerie cérébrale, nous pensons qu'un avis psychiatrique et éventuellement un EEG (en raison des crises qu'il décrit) serait plus pertinent pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail. Il faudrait naturellement au préalable s'assurer de la bonne collaboration de l'assuré".

Par avis médical du 9 mars 2011, le Dr F._____ du SMR a retenu ce qui suit:

"(...)

Afin d'apprécier objectivement les éléments apportés par les différents praticiens de monsieur, une expertise neuropsychologique a été réalisée par Mme H._____, spécialiste en neuropsychologie FSP, le 22.02.2011. Comme dit dans ses conclusions par la spécialiste, l'examen est inexploitable en raison de la non collaboration de l'assuré et de réponses volontairement fausses. Objectivement, il n'y a pas de corrélation entre la sévérité (feinte) des troubles cognitifs et l'imagerie cérébrale normale. L'expert nous renvoie d'ailleurs à un avis psychiatrique pour expliquer les problèmes de l'assuré.

En conclusion, comme déjà constaté à plusieurs reprises, dans ce dossier, nous sommes en présence d'un assuré peu coopérant "qui présente essentiellement une réaction comportementale à tonalité dépressive liée à la persistance d'une gonalgie gauche qu'il estime lui enlever d'exercer la moindre activité lucrative" (expertise médicale du Prof. J._____ des 15 et 22.12.2007, p. 16). Les éléments médicaux nouveaux apportés au dossier pour justifier une aggravation de l'état de santé de l'assuré sous forme de troubles cognitifs et de moments de confusion (surtout le rapport médical du Dr W._____ du 12.10.2010)

ont fait l'objet de nombreuses investigations qui sont revenues normales. L'expertise neuropsychologique réalisée, si elle ne permet pas de conclure sur les réelles capacités de l'assuré, est formelle sur un point: l'assuré triche, toujours à la recherche d'avantages financiers, sans volonté réelle de réduire son handicap comme la loi l'y oblige, mais en essayant de le majorer. Il n'y a pas lieu de revenir sur les conclusions du Dr J._____".

Le 22 novembre 2011, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique effectuée par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a rendu son rapport le 28 novembre 2011, dans lequel il a conclu aux diagnostics d'épisode dépressif sans précision et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, lesquels étaient sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a de plus précisé que la présence d'une épilepsie devait être exclue par les examens appropriés. Il a expliqué notamment ce qui suit:

"Appréciation diagnostique

(...)

- *Episode dépressif sans précision*

En l'état, il est vrai que l'assuré rapporte quelques symptômes du registre dépressif. Il est vrai qu'il y a des troubles du sommeil. Il est vrai qu'il se dit fatigué, fatigable et dit avoir perdu l'intérêt et le plaisir à sa vie de tous les jours, tout en sachant que ces symptômes sont très probablement inconstants.

Objectivement, M. M._____ s'est pourtant montré détendu pendant l'entretien. Il a été le plus souvent souriant. Il a plaisanté avec l'interprète et le soussigné. Une telle présentation clinique n'est certainement pas compatible avec un état dépressif grave et ce que définit un simple *épisode dépressif*, en particulier.

Sachant la présence de symptômes dépressifs finalement peu consistants et inclassables dans la nosographie usuelle, le soussigné retient un épisode dépressif sans précision.

Cette appréciation diagnostique rejoint celle de l'expertise J._____ du 26.12.2007. Elle ne s'éloigne pas manifestement de l'expertise Z._____, sachant que ce confrère n'a pas retenu de trouble dépressif et de trouble dépressif spécifique en particulier.

Cette appréciation diagnostique s'écarte du rapport médical du 12.08.2010 [NB: il s'agit du rapport médical du Dr W._____ retenant un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère] pour des motifs que le soussigné n'arrive pas à comprendre, sachant que M. M._____ et son fils réfutent toute amélioration depuis le rapport médical du 12.10.2010 et que rien n'indique qu'il y ait véritablement un véritable épisode dépressif dans les antécédents de cet assuré.

Le soussigné ne peut que répéter que la présentation de cet assuré n'est absolument pas celle d'une dépression et d'une dépression sévère en particulier.

- *Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*

Selon le code F68.0, la CIM-10 décrit une entité diagnostique appelée majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qu'elle classe dans le chapitre général des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte et dans le même sous-chapitre que les troubles factices. Le trouble est assimilé à l'ancienne terminologie de névrose de compensation.

Les critères diagnostiques du trouble impliquent un point de départ corporel. Il s'agit d'un trouble, d'une maladie ou d'une incapacité du domaine somatique. Les symptômes physiques sont par la suite amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble somatique initial. Cette majoration survient dans le contexte de facteurs psychologiques identifiables. La CIM-10 en désigne trois:

- la crainte manifeste de handicap ou de mort
- la possibilité d'une compensation financière
- la déception par rapport à la qualité des soins médicaux

Plusieurs auteurs ont étendu la notion de compensation aux aspects relationnels des symptômes en interprétant la demande de réparation ou de reconnaissance comme moyen de communiquer autre chose que la simple recherche d'une compensation financière. Cette interprétation des plaintes veut intégrer l'aspect relationnel et interactif du comportement de ces patients difficiles. Elle veut ouvrir des voies de prise en soins pluridisciplinaires incluant des approches, non seulement médicales, mais encore sociales et professionnelles.

Dans le cas présent, l'assuré rapporte un accident de la circulation et un traumatisme du genou gauche avec un important œdème. Il dit avoir consulté un médecin. Il pense que celui-ci l'aurait renvoyé au travail sans reconnaître d'incapacité parce que ce médecin aurait été l'ami du patron de l'assuré. M. M. _____ reste très remonté au sujet de la façon dont il dit avoir été traité à l'époque.

Par la suite, on a un tableau de troubles comprenant des douleurs et maintenant une symptomatologie pseudo neurologique qui sont manifestement pas fondées par un socle organique consistant.

Au vu de ce qui précède, le soussigné pose le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, à l'instar des experts Z. _____ et J. _____ qui se sont déjà prononcés dans ce dossier.

- *Autres diagnostics psychiatriques*

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

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

Une telle situation peut aussi faire penser à des troubles dissociatifs (de conversion) hystériques et à un syndrome de Ganser, en particulier. Ce trouble complexe survient dans des circonstances particulières d'incarcération et de vie militaire, par exemple. Il est caractérisé par des "réponses à côté" qu'on retrouve chez l'assuré. Il s'agit néanmoins d'une symptomatologie fugace de quelques heures ou de quelques jours. Il paraît difficile de retenir ce diagnostic dans ce cas, d'autant plus que l'assuré n'a jamais paru "dissocié" en séance alors qu'il donnait des réponses incongrues dans le domaine de l'orientation.

On doit aussi souligner que le fait de retenir ou de ne pas retenir un trouble dissociatif ne devrait rien changer à l'appréciation asséculoologique qui va suivre. Ce trouble devrait être assimilé aux troubles somatoformes. Ce qui se dégage de ce rapport médical exclut une comorbidité psychiatrique très sévère et chronique et aussi la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, entre autres choses. Sur le plan médico-théorique, on devrait considérer que l'assuré est à même de faire l'effort de surmonter les symptômes somatoformes et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

Appréciation asséculoologique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un épisode dépressif sans précision (F32.8) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

- *Episode dépressif sans précision*

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un simple épisode dépressif sans précision auquel on ne saurait conférer de quelconques limitations psychiatriques.

- *Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*

La CIM-10 assimile la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques à ce que désignait le terme aujourd'hui désuet de névrose de compensation. Elle classe cette entité diagnostique dans le même chapitre que les troubles factices.

Alors qu'on admet que dans l'hystérie et les troubles somatoformes, la production de symptômes serait involontaire et inconsciente, la chose est moins bien établie dans la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les symptômes visent à obtenir une reconnaissance et une compensation. Ils relèvent d'un certain contrôle conscient, bien qu'on ne soit pas vraiment dans le champ de ce que désigne la simulation.

La majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques relève le plus souvent de facteurs personnels et socioculturels qui sont étrangers à une maladie au sens strict du terme. Elle peut survenir dans le contexte de personnalité frustrée, d'une scolarisation rudimentaire, de précarité économique, de problématiques familiales ou conjugales ou encore de conséquences négatives d'une émigration. On est bien plus souvent dans le champ d'un comportement d'invalidé que dans celui de la maladie psychiatrique au sens biomédical du terme. L'assuré est ici plus une personne souffrante qu'une personne malade.

Pour tous ces motifs, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne saurait être associée à une incapacité de

travail significative. Rien n'indique que le cas de M. M. _____ soit une exception à cette règle.

- *Conclusion*

Actuellement, le traitement psychiatrique est adéquat tant en qualité qu'en quantité. L'assuré bénéficie d'un traitement suivi spécialisé. Il a une médication appropriée, sachant qu'on peut se poser la question de son indication, puisqu'il n'y a pas de véritable tableau dépressif. Il reste pris en soins régulièrement par son médecin de premier recours.

Des mesures professionnelles n'ont aucun sens chez un sujet qui se vit comme totalement invalide et qui n'a aucune demande motivée de rejoindre le monde ordinaire du travail.

Le pronostic est difficile à établir, sachant que ce tableau clinique psychiatrique est totalement atypique. Comme il pourrait s'agir bien plus d'un comportement de malade que d'une maladie psychiatrique stricto sensu, l'évolution de l'expertisé n'est pas nécessairement défavorable.

Conclusions

En conclusion, l'assuré M. _____ est un homme de 59 ans qui a probablement toujours travaillé dur et beaucoup. L'histoire n'est pas manifestement traumatique tout en sachant de vraisemblables troubles psychiatriques chez le père et les conséquences de la guerre civile de l'ancienne Yougoslavie pour une famille d'origine qui a dû se réfugier au Kosovo.

Actuellement, l'assuré offre un tableau psychiatrique atypique qu'il est difficile d'attribuer à un trouble mental stricto sensu. L'ordinaire des plaintes du registre neuropsychologique n'a pas d'explication relevant d'un trouble mental autre que ne que désigne la majoration de symptômes, tout en sachant qu'une comitialité devrait être exclue par les examens appropriés.

Au terme de son évaluation, le soussigné ne retient pas de limitations et d'incapacités de travail strictement psychiatriques dans ce cas. Il n'a pas de propositions à formuler tant sur le plan médical que professionnel pour ce qui relève de sa spécialité.

Le pronostic psychiatrique est difficile à établir face à un tableau clinique aussi atypique. Il n'est pas nécessairement mauvais sachant que le soussigné, à l'instar des précédents experts, ne retient pas de maladie psychiatrique grave stricto sensu.

Remarque importante

La seule hypothèse somatique ouverte reste celle d'une *épilepsie*. M. M. _____ rapporte tout de même des malaises peu clairs suivis de désorientation et peut-être de somnolence. Cette piste doit évidemment être investiguée, puisqu'elle déboucherait sur un traitement efficace d'une partie de la symptomatologie.

De telles crises pourraient expliquer des épisodes de désorientation et le fait que l'assuré se soit perdu en ville, comme le rapportent ses proches.

Ces crises n'expliqueraient pourtant pas les symptômes pseudo neurologiques observés actuellement et ceux qui ont été décrits lors d'autres évaluations sachant qu'ils sont *incohérents* au regard de l'ensemble de la présentation clinique et aussi *invraisemblables*, au vu

de ce que met en évidence le remarquable rapport d'examen neuropsychologique de Mme [...] [recte: Mme H._____].

Un électroencéphalogramme a d'ailleurs été proposé par les neurologues du CHUV sans qu'il y ait de suite.

Même si l'épilepsie était retenue pour les phases de désorientation qui ont été décrites en ville, elle ne saurait expliquer la présentation de l'assuré lors de la consultation psychiatrique.

Les troubles neuropsychologiques que M. M._____ montre en séance ne correspondent pas à ce qu'on devrait observer s'ils étaient fondés sur une pathologie cérébro-organique. Ils correspondent vraisemblablement à la représentation que l'intéressé se fait d'une démence dégénérative et de la maladie d'Alzheimer, en particulier, sans qu'on doive véritablement parler de simulation".

Dans un avis médical du 9 décembre 2011, le Dr F._____ du SMR a relevé que le Dr [...] retenait les diagnostics d'épisode dépressif sans précision et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, lesquels n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, ni n'entraînaient de limitations fonctionnelles psychiatriques. Il a par ailleurs dit: "l'expertise exclut en outre une comitialité".

Par projet de décision du 5 janvier 2012, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations de l'AI, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée à sa "situation personnelle, sans aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique".

Le 23 janvier 2012, le Dr B.N._____ a écrit à l'OAI, déclarant s'opposer au projet de décision sur demande de son patient. Il a expliqué que ce dernier présentait une pathologie cérébrale que les différents experts n'arrivaient pas à définir mais qui était grave. Sa famille avait peur de le laisser seul durant la journée car il n'arrivait plus à se gérer, pouvant à tout moment se perdre, se trouver désorienté et effectuer des tâches anormales. A l'heure actuelle, il était impossible de "trouver du travail à M. M._____, car il [était] inconstant, il [était] impossible de prévoir quand son cerveau [défaillera], et il [fallait] un gestionnaire de son temps, de ses activités en permanence". De plus, depuis deux ans, la situation

s'aggravait progressivement, ce qui faisait penser à un phénomène dégénératif de type démence mixte à bas bruit.

Le 9 février 2012, l'assuré a, par l'intermédiaire de son avocat, transmis à l'OAI une lettre du 7 février 2012 de la Dresse [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, adressée à l'avocat de l'assuré, déclarant ce qui suit:

"Je suis ce patient depuis septembre 2011. Le diagnostic retenu et probable: Troubles schizo-affectifs sans précision.

Ce patient a été suivi pendant 4 ans par le Dr W._____ pour un trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique et a changé de psychothérapeute pour être suivi dans sa langue maternelle.

La symptomatologie observée à ma consultation persiste avec des symptômes dépressifs, comme des insomnies, une diminution d'intérêt et une perte d'espoir, avec anticipation négative de l'avenir, un sentiment de culpabilité, d'impuissance et présence d'idées noires, le tout alterné avec, par moments, de l'irritabilité, de l'interprétativité, voire des idées délirantes de persécution, qui l'amènent à être hétéro-agressif verbalement et parfois physiquement.

En conclusion, je doute fort de la possibilité d'une rémission totale qui pourrait permettre à ce patient de retrouver sa capacité de travail, malgré la bonne volonté dont il fait preuve en thérapie. Actuellement son sentiment d'injustice est renforcé, notamment par les refus de rente qu'il a reçus dans le courant de ces derniers mois".

Par avis médical du 28 mars 2012, les Dr F._____ et ???_____, du SMR ont relevé ce qui suit:

"Le [Dr B.N._____, dans son rapport médical du 23 janvier 2012] fait état d'une pathologie cérébrale grave qui aurait échappé au diagnostic de tous les experts. L'assuré nécessiterait une surveillance constante en raison d'épisodes de désorientation. Le médecin évoque un diagnostic de démence sans aucune preuve. L'expertise du Dr [...] retenait le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Son expertise probante décrivait un assuré parfaitement vigile, sans troubles attentionnels, donnant des réponses absurdes à certaines questions mais comprenant parfaitement la situation. Il est décrit comme intelligent, capable de manier l'humour et n'ayant en aucune façon la présentation d'un sujet souffrant de détérioration cérébro-organique. L'activité psychomotrice est décrite comme normale, nullement ralentie. Le cours de la pensée est tout à fait normal. En conclusion, l'expert confirme que ses réponses fantaisistes ne sont pas compatibles avec ce que l'on sait des processus démentiels.

La tentative de l'assuré de nous faire croire à une atteinte cérébrale organique avait d'ailleurs déjà été largement écartée dans mon avis

médical du 09.03.2011. L'expertise du Dr [...] n'a fait que confirmer mon avis.

Les éléments apportés par le Dr B.N._____, qui voudrait faire croire à une erreur de diagnostic, ne présentent aucun caractère convainquant qui permette de nous éloigner des avis des différents experts ayant vu cet assuré".

Par décision du 7 mai 2012, l'OAI a confirmé le refus de toutes prestations de l'AI, précisant que les rapports médicaux du Dr B.N._____ et de la Dresse [...] ne permettraient pas de mettre en doute le bien fondé de sa position.

F. Le 11 juin 2012, M._____ a formé recours contre la décision du 7 mai 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il met en doute la valeur probante de l'expertise du Dr [...], lui opposant le rapport médical de la Dresse [...] ainsi que celui du Dr B.N._____. Il critique également le fait que la question d'une éventuelle épilepsie n'ait pas été investiguée.

Dans sa réponse du 9 août 2012, l'OAI a maintenu sa position.

Dans sa réplique du 18 octobre 2012, le recourant a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique judiciaire et produit diverses pièces, dont :

- un courrier du 18 octobre 2012 de la Dresse [...] à l'avocat du recourant, lui expliquant qu'avec le Dr B.N._____, il avait été décidé d'approfondir le diagnostic par de nouvelles investigations, soit un Pet-scan cérébral, des tests psychologiques dans sa langue maternelle ainsi qu'un EEG;
- un certificat établi le même jour par cette même doctoresse attestant qu'elle suivait le recourant à sa consultation à raison d'une fois par mois en moyenne, qu'il souffrait d'une affection psychique et se trouvait en incapacité de travail pour une durée indéterminée.
- un courrier du 17 octobre 2012 du Dr B.N._____ à l'avocat du recourant, qui expliquait qu'au plan psychique, il y avait une nette

péjoration, relevant que l'ensemble des médecins décrivaient des pathologies en disant qu'elles n'étaient pas graves, mais ne posant aucun diagnostic précis. Il disait encore : "la plupart de mes collègues décrivent des difficultés liées à la langue, à son état dépressif, ... pour justifier le non diagnostic".

Le 30 novembre 2012, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Le 15 février 2013, le recourant a produit deux pièces médicales supplémentaires démontrant selon lui à eux seuls son invalidité psychique, à savoir:

- une lettre du 14 janvier 2013 de la Dresse [...] adressée à son avocat, expliquant qu'un examen radiologique avait été fait le 22 novembre 2012 qui s'avérait normal et qui concluait de la manière suivante: "cet examen de débit sanguin cérébral régional ne montre pas de pattern de démence de type Alzheimer ou fronto-temporal". Le test neuropsychologique était difficile à organiser car l'état psychique du patient était un obstacle à ce dernier. Au plan du diagnostic psychiatrique, l'on se dirigeait vers "des troubles mixtes de la personnalité péjorés dans le cadre d'un état dépressif chronicisé associé à un trouble dissociatif".

- une lettre du 15 janvier 2013 du Dr B.N. _____ à l'avocat du recourant relatant que les imageries fonctionnelles faites au [...] (PET-CT) ne permettaient pas de comprendre et de poser un diagnostic précis. Il expliquait : "L'ensemble des investigations discutées avec mes différents confrères ont été faites. Nous ne pouvons pousser plus loin car nous sommes aux limites de la médecine au niveau du fonctionnement du cerveau. Nous n'avons par contre toujours pas de diagnostics clairs. Par contre, en raison de la clinique et des résultats des différentes investigations, il est clair que M. M. _____ présente une démence progressive rendant son autonomie quotidienne impossible et nécessitant un accompagnement de tous les instants. La médecine ne permet pas dans certaines maladies classifiées d'orphelines, de donner un nom à la pathologie et un traitement, malheureusement. Probablement que nous

n'aurons jamais de diagnostic précis et que nous devons constater la lente dégradation de ses facultés cognitives".

Le 19 mars 2013, l'OAI a maintenu ses conclusions et transmis un avis médical du 13 mars 2013 des Drs [...], spécialiste en anesthésiologie et [...], spécialiste en médecine interne générale et gériatrie, médecins au SMR, libellé de la manière suivante:

"Courrier du Dr B.N. _____ du 15 janvier 2013: il n'annonce aucune aggravation, ni aucun fait nouveau depuis l'avis du SMR du 28 mars 2012. En février 2010, il retenait déjà comme problème un état dépressif d'origine multifactoriel et un syndrome douloureux chronique. L'hypothèse d'une démence avancée par le médecin de famille n'a été retenue ni par les neurologues du [...], ni par les psychiatres qui ont suivi ou examiné l'assuré.

Courrier du Dr [...] du 14 janvier 2013: Ce psychiatre estime que le bilan radiologique du 22 novembre 2012 s'avère normal avec la conclusion suivante: "cet examen de débit sanguin ne montre pas de pattern de démence de type Alzheimer ou fronto-temporal". Le Dr [...] n'évoque pas non plus l'hypothèse diagnostique d'une démence, mais celle d'un épisode dépressif chronicisé associé à un trouble dissociatif. Le trouble dissociatif est assimilé par la jurisprudence du TFA au TSD/fibromyalgie. Il n'y a donc pas là non plus de fait nouveau. Quant au trouble dépressif, il s'agit précisément du problème de santé retenu et apprécié par l'expert [...] dans son travail du 28 novembre 2011.

Nous maintenons notre position".

G. Par décision du 17 juillet 2012, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire au recourant, avec effet au 11 juin 2012, sous la forme d'exonération d'avances et des frais judiciaires et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Carré. Elle a par ailleurs astreint le recourant au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. à compter du 1^{er} août 2012.

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 la l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et il respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

Le litige portant sur le droit à une rente d'invalidité, la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr., de sorte qu'il relève de la compétence de la Cour (art. 94 al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, à la suite de la nouvelle demande qu'il a déposée dans le canton de Vaud, le 29 juin 2010. Plus particulièrement se pose la question de savoir si son état de santé s'est aggravé au point d'influencer son droit à la rente.

3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un

taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2; ATF 114 V 310, consid. 3c; ATF

105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. sur ce dernier point, ci-après consid. 3c) (ATF 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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, consid. 3a; ATF 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Par ailleurs, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des

assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a 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 même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou 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) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

d) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est

réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 64, consid. 2, ATF 133 V 108, consid. 5.2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1; ATF 130 V 343, consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5.4; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2).

4. En l'espèce, s'agissant d'une nouvelle demande de rente après une décision de refus, il convient d'examiner si un changement important de circonstances s'est produit, en particulier une modification sensible de l'état de santé du recourant, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de rente du 15 mai 2008 -

confirmée le 4 juin 2009 par le Tribunal fédéral - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 7 mai 2012.

a) Au plan psychiatrique, le recourant met en doute la valeur probante de l'expertise du Dr [...]. Il reproche à l'expert d'avoir rendu son rapport à l'issue d'un seul entretien avec l'assuré, d'avoir relevé qu'il n'avait pu recevoir que des "réponses succinctes et laconiques", d'avoir respecté le fait que l'expertisé ne souhaitait pas aborder certains sujet, estimant que précisément ces éléments auraient dû être approfondis. Le recourant critique encore le fait que l'expert se soit prononcé "avec un bon degré de sécurité" (cf. expertise, p. 4.), estimant que cela n'était pas suffisant et qu'il aurait dû approfondir l'étude de son cas. Le recourant oppose en outre à l'avis de l'expert les différents rapports médicaux de la Dresse [...] (rapports médicaux du 7 février 2012 et du 14 janvier 2013) et du Dr B.N._____ (rapport médical du 17 octobre 2012) lesquels démontrent, selon lui, une aggravation de son état de santé psychique.

Après avoir requis un renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, il a demandé dans sa réplique du 18 octobre 2012 la mise en œuvre par le tribunal d'une nouvelle expertise psychiatrique.

aa) Le Dr [...] a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sans précision et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, lesquels ne sont pas incapacitants. L'expertise remplit tous les critères posés par la jurisprudence permettant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical. En effet, l'expert s'est fondé sur l'ensemble des pièces du dossier, en particulier les pièces médicales, prenant ainsi en compte les avis des experts psychiatres l'ayant précédé, à savoir les Drs Z._____ (expertise du 15 février 2005) et J._____ (expertise du 26 décembre 2007), relevant qu'ils étaient parvenus en leur temps à des diagnostics identiques aux siens pour le second et largement similaire pour le premier. Il a également pris acte des diagnostics

divergents posés par les médecins traitants de l'assuré - les Drs B.N._____, médecin traitant, [...] et W._____ tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie - et a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il s'écartait de leurs diagnostics (cf. infra bb). L'expert a dressé une anamnèse familiale, personnelle et médicale détaillée et a tenu compte des plaintes de l'assuré pour poser les diagnostics. Ceux-ci sont solidement et clairement motivés. En effet, à l'appui du diagnostic d'épisode dépressif sans précision, l'expert a expliqué que l'assuré présentait quelques symptômes du registre dépressif, tels des troubles du sommeil, une fatigue et une perte d'intérêt et de plaisir à sa vie de tous les jours. Il a toutefois expliqué que l'assuré s'était montré détendu durant l'entretien, qu'il avait été le plus souvent souriant et qu'il avait plaisanté avec l'interprète et lui-même, de sorte que sa présentation n'était absolument pas compatible avec celle d'une dépression et d'une dépression sévère en particulier. Ensuite l'expert a expliqué la définition scientifique de l'entité diagnostique appelée majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, selon la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision, publiée par l'organisation mondiale de la santé) et a montré que l'assuré présentait les caractéristiques d'un tel trouble, comme les Drs Z._____ et J._____ l'avaient déjà constaté. L'expert a en effet expliqué que ce diagnostic impliquait "un point de départ corporel. Il s'agit d'un trouble, d'une maladie ou d'une incapacité du domaine somatique. Les symptômes physiques sont par la suite amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble initial. Cette majoration survient dans le contexte de facteurs psychologiques identifiables. La CIM-10 en désigne trois: - la crainte manifeste de handicap ou de mort; - la possibilité d'une compensation financière; - la déception par rapport à la qualité des soins médicaux". L'expert a ensuite montré de manière convaincante que l'assuré remplissait ces critères: "Dans le cas présent, l'assuré rapporte un accident de circulation et un traumatisme au genou gauche avec un important œdème. Il dit avoir consulté un médecin. Il pense que celui-ci l'aurait renvoyé au travail sans reconnaître d'incapacité parce que ce praticien aurait été l'ami du patron de l'assuré. M. M._____ reste très remonté au sujet de la façon dont il dit avoir été traité à l'époque. Par la

suite, on a un tableau de troubles comprenant des douleurs et maintenant une symptomatologie pseudo neurologique qui ne sont manifestement pas fondées par un socle organique consistant". Enfin l'expert a expliqué qu'un tel trouble ne saurait en règle générale être associé à une incapacité de travail significative, car il relevait le plus souvent de facteurs personnels et socioculturels qui sont étrangers à une maladie au sens strict du terme. Or rien n'indiquait en l'occurrence que le recourant fasse exception à cette règle. On relèvera également que l'avis du Dr [...] et celui de la neuropsychologue H._____ se rejoignent sur l'existence d'une majoration de symptômes pour leurs domaines de compétences respectifs, puisque celle-ci a conclu, à l'issue de son rapport d'examen complet et sérieusement motivé qu'elle ne pouvait pas exclure le fait que l'assuré présentait réellement des troubles cognitifs mais que la présence d'une majoration de symptômes faisait peu de doute.

Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait reprocher à l'expert [...] de ne l'avoir rencontré qu'une seule fois pour établir son expertise. En effet, une consultation, même de courte durée n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007, consid. 5.6) ce qui est, comme constaté ci-dessus, manifestement le cas en l'occurrence au strict plan psychiatrique, domaine de compétences du Dr [...] et pour lequel il était invité à se prononcer. De plus, on ne saurait reprocher à l'expert d'avoir précisé qu'il se prononçait avec un " bon degré de sécurité", d'avoir respecté le choix de l'assuré de ne pas vouloir aborder certains sujets ou encore d'avoir relevé que ce dernier avait tendance à ne donner que des réponses succinctes et laconiques. En effet, l'expert a également précisé que l'assuré avait collaboré correctement durant l'entretien et qu'il avait pu puiser dans les informations déjà présentes au dossier de l'assuré pour obtenir toutes les informations nécessaires à l'établissement de son rapport d'expertise. Au demeurant, le recourant ne rapporte aucun élément que l'expert n'aurait pas relevé et qui aurait été susceptible de modifier ses conclusions. Enfin les allégations du recourant qui tendent à mettre en doute l'impartialité du Dr [...] ne reposent sur aucun élément sérieux et objectif de son rapport d'expertise. Finalement, la jurisprudence

du Tribunal fédéral n'exige pas qu'un expert psychiatre procède à plusieurs entretiens avec l'expertisé.

bb) Les rapports médicaux divergents des Drs B.N. _____ (cf. rapport médical du 9 juillet 2010), W. _____ (cf. rapport médical du 12 août 2010) et [...] (cf. rapports médicaux des 7 février 2012 et 14 janvier 2013) ne contiennent aucun élément susceptible de mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr [...], pour les motifs qui suivent.

L'avis du Dr B.N. _____, selon lequel le recourant présente un état dépressif chronique évoluant depuis 2005 se trouve en contradiction manifeste avec l'expertise du Dr J. _____ réalisée en décembre 2007, lequel avait retenu les diagnostics d'épisode dépressif sans précision et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui ne limitaient pas la capacité de travail de l'assuré. On rappellera que la valeur probante de cette expertise a été reconnue par la Cour des assurances sociales du canton du Valais et confirmée par le Tribunal fédéral. Par ailleurs, le Dr B.N. _____ n'étant pas psychiatre, on ne saurait accorder plus de poids à son avis, au demeurant très peu étayé, qu'à celui des experts J. _____ et [...], dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances spéciales au service de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux du dossier.

Le Dr W. _____ dans son rapport médical du 12 août 2010, retient que l'assuré présente un trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, présent depuis le début du suivi en 2006 et causant une diminution totale de rendement. Ce psychiatre n'a lui non plus pas tenu compte du fait que l'expert J. _____, lequel s'est prononcé en 2007, soit pendant la période où il suivait l'assuré n'aboutissait pas au même diagnostic que lui. L'avis du Dr W. _____ n'est donc pas suffisamment étayé pour mettre en doute les conclusions de ses confrères. On relèvera également que le Dr [...] a pris acte du fait que son appréciation diagnostique s'écartait de celle du Dr W. _____. Il a cependant expliqué que rien n'indiquait qu'il y ait eu un véritable état dépressif sévère dans les antécédents de l'assuré, sachant que ce dernier

et son fils réfutaient toute amélioration de son état depuis le mois d'août 2010.

Enfin, la psychiatre traitante de l'assuré depuis septembre 2011, la Dresse [...], a mentionné dans son rapport du 7 février 2012 un probable "trouble schizo-affectif, sans précision", sans tenir compte de l'avis étayé du Dr [...] qui a réalisé son expertise alors que le recourant avait déjà débuté le suivi auprès de cette doctoresse, ni des expertises psychiatriques antérieures soigneusement motivées. Ainsi, son rapport ne saurait jeter le doute sur les conclusions de ses confrères. Quant à sa lettre à l'avocat de l'assuré du 14 janvier 2013 dans laquelle elle mentionne: "nous nous orientons plutôt vers des troubles mixtes de la personnalité, péjorés dans le cadre d'un état dépressif chronicisé associé à un trouble dissociatif", outre le fait que la doctoresse se rapporte très probablement à des faits postérieurs à la décision litigieuse, de sorte que l'on peut douter de leur pertinence pour l'appréciation de la validité de celle-ci, son diagnostic n'est aucunement étayé.

cc) Il résulte de ce qui précède que d'un point de vue purement psychiatrique, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante et qu'en conséquence, on ne saurait retenir une aggravation par rapport à la situation qui prévalait à l'époque de la décision du 15 mai 2008. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction sur ce point, que ce soit sous la forme d'un renvoi à l'OAI ou par l'ordonnancement d'une expertise judiciaire.

b) Au plan physique, il y a lieu de constater ce qui suit.

aa) Dans le cadre de la décision du 15 mai 2008, il a été reconnu que le recourant présentait une affection au genou gauche (syndrome rotulien gauche sur chondropathie patellaire et fente dans le ménisque), laquelle ne limitait pas sa capacité de travail dans activité adaptée, soit une activité légère, avec alternance des positions, sans position accroupie, sans nécessité de marcher sur une échelle ou en

terrain accidenté et avec limite du port de charge à 10 kg. Dès lors qu'aucun élément ressortant du dossier n'atteste d'une aggravation de la situation au niveau du genou gauche du recourant (voir également les propos du Dr B.N. _____ dans son rapport médical à l'avocat de l'assuré du 15 février 2010 où il déclare qu'il ne revient "pas sur l'histoire du genou au sujet duquel l'AI a déjà statué"), ces constatations restent pleinement valables dans le cadre de la présente procédure.

On constatera également que les Dr B.N. _____ et X. _____ ont attesté de manière concordante que l'hypertension artérielle du recourant était sans effet sur sa capacité de travail (cf. rapport médical à l'OAI du Dr B.N. _____ du 9 juillet 2010 et du Dr X. _____ du 8 décembre 2010), de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir d'aggravation à cet égard.

bb) Néanmoins, au plan des facultés cognitives du recourant, et contrairement à ce qu'a retenu l'OAI, il ressort de plusieurs avis médicaux qu'il subsiste un doute sérieux sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant, susceptible d'influer sur sa capacité de travail. En effet, si la neuropsychologue H. _____ a émis des doutes sur l'objectivité des troubles cognitifs rapportés par le recourant, elle a toutefois précisé que l'existence de tels troubles ne pouvait être exclue et a notamment recommandé la réalisation d'un électroencéphalogramme (EEG). Un tel examen avait lui aussi été recommandé par les Drs X. _____ et L. _____, spécialistes en neurologie, respectivement en médecine interne et gériatrie, le 6 avril 2010. Quant au Dr [...], il a expliqué que la seule hypothèse somatique ouverte était celle d'une épilepsie, le recourant rapportant des malaises peu clairs suivis de désorientation et de somnolence et que cette piste devait être investiguée. Enfin, le Dr B.N. _____, a émis l'hypothèse d'une démence en lien avec le diabète dont souffre son patient (cf. les rapports médicaux de ce médecin des 15 février et 9 juillet 2010). Dans ces circonstances, la Cour considère qu'il subsiste des incertitudes sur une aggravation de l'état de santé de l'assuré, au plan de ses facultés cognitives, et de ses conséquences sur sa capacité de travail, depuis la situation qui prévalait à

l'époque de la décision du 15 mai 2008. Ces incertitudes doivent être levées. Il y a donc lieu de compléter l'instruction à cet égard, en procédant à tous le moins aux examens médicaux nécessaires à la vérification de l'hypothèse d'une épilepsie, à la réalisation d'un électroencéphalogramme et en vérifiant la piste d'une démence liée au diabète.

Finalement, il apparaît qu'il subsiste également des incertitudes, qui n'ont pas été écartées à satisfaction de droit, au sujet d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré au plan pneumologique et de ses conséquences sur sa capacité de travail. En effet, le Dr B. _____ a attesté dans son rapport du 13 mai 2010 que l'assuré présentait une dyspnée due à une maladie des petites bronches, un asthme d'origine non allergique et une obésité abdominale. Dans le même sens, le Dr B.N. _____ a rapporté une aggravation des atteintes que le recourant présentait du point de vue pneumologique (cf. ses rapports des 15 février et 9 juillet 2010 : dans ce dernier rapport, il explique en effet que "la bronchite chronique dont souffre le patient était traitée occasionnellement auparavant. Actuellement, un traitement de [...] et de [...] est nécessaire pour avoir un état relativement stable"). Ces médecins ne se sont pourtant pas prononcés sur la capacité de travail du recourant en lien avec ces difficultés. Il convient donc également de compléter l'instruction sur ce point, par exemple en interpellant les médecins concernés ou en faisant procéder à un nouvel examen pneumologique.

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le

renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, l'OAI n'a pas tenu compte du fait que plusieurs médecins ont relevé que des investigations complémentaires étaient nécessaires pour pouvoir se prononcer sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail du point de vue cognitif. L'Office AI n'a pas non plus instruit pour élucider la question de la capacité de travail de l'assuré compte tenu de ses difficultés pulmonaires – le SMR n'ayant même pas pris acte de l'existence de ces dernières. L'OAI a dès lors omis d'ordonner des mesures d'instructions de base et de ce fait constitué un dossier incomplet. Compte tenu de ces circonstances particulières, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction conformément au considérant 4 b/bb ci-dessus, puis rende une nouvelle décision.

6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPG; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif, il n'y a pas lieu de fixer, au surplus, l'indemnité d'office de Me Carré.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 7 mai 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants.

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

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Carré (pour M. _____),
- 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 :