

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2014

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Monod, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

Q._____, à Payerne, recourant, représenté par le syndicat Unia,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré), né le 26 septembre 1953, originaire du Kosovo, maçon, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 10 juillet 2008, en raison de maladie psychiatrique (épisode dépressif sévère), existant depuis le mois de juillet 2007 et entraînant une incapacité de travail de 100 % depuis le 9 de ce mois.

B. Les 18 et 22 août 2008, l'OAI s'est entretenu avec l'assuré, ainsi qu'avec son psychologue U._____, travaillant pour l'association O._____. Il ressort du rapport d'évaluation rédigé à la suite de ces entretiens que l'assuré se plaignait d'avoir "perdu sa force", décrivant des vertiges et des moments de faiblesse physique. M. U._____ évoquait un trouble anxieux majeur et suspectait des troubles neurologiques (sans précision). Selon lui, un bilan neurologique et rhumatologique avait été effectué en 2007, ne mettant aucune pathologie en évidence. L'OAI a en outre relevé ce qui suit :

"Assuré prématurément vieilli, totalement passif, parfois perplexe (semble-t-il même lorsqu'il parle avec son fils ou l'interprète dans sa langue maternelle). Selon son psychologue, M. Q._____ serait un homme volontaire et décidé à travailler. Face à nous, M. Q._____ répète inlassablement qu'il « fera ce que nous lui dirons » et que nous savons « mieux que lui ». Au quotidien, il semble dépendant de son entourage proche. M. Q._____ semble toutefois amorcer une discrète réaction positive lorsque nous évoquons un stage professionnel."

L'OAI a finalement retenu que le droit aux mesures d'ordre professionnel n'était pas ouvert, en se fondant sur le calcul du salaire exigible, seule une aide au placement pouvant être proposée. Afin d'y préparer l'assuré, l'OAI proposait un stage professionnel, à un taux d'activité de 50 %, puis de 80 %.

L'assuré a été adressé à l'E._____ (ci-après : E._____) pour une visite en vue d'effectuer le stage précité. Suite au compte rendu de cette visite, l'OAI a établi un rapport le 15 octobre 2008, relevant et proposant ce qui suit :

"[...] Une mesure axée sur une reprise de rythme, un bilan de compétences, un cours de français et une approche du monde du travail avec coaching individuel (par ailleurs spécialisée pour les populations migrantes et peu scolarisées) lui a été proposée, à 50 % pour commencer.

Extrait du compte rendu de visite de Mme P._____ de l'E._____ :

« Je lui ai expliqué la mesure et tout semblait être une montagne insurmontable : être au cours à [...] à 9h00 (il ne peut pas souvent dormir la nuit...), rester assis à étudier le français (trop statique, a besoin de se coucher...), se déplacer seul en train depuis Payerne (a souvent des malaises) et je ne parle pas du stage professionnel (il ne peut même pas imaginer quel travail il pourrait faire car il a de telles douleurs et surtout il se plaint que la tête lui tourne et qu'il s'efface...mais s'il était en bonne santé, il ferait n'importe quoi.) Il veut bien essayer la mesure AQB si c'est ce que je veux et "Amen". Sur ce j'ai voulu fixer une date de début de mesure et il a sorti son agenda : à chaque date il avait un rdv ! (son fils lisait car il dit ne pas voir). Puis j'ai voulu prendre congé de lui en lui demandant de réfléchir et de m'appeler dans 1 semaine pour me tenir au courant de sa décision et à ce moment il a commencé à se sentir mal, à trembler et à transpirer. »

Cette attitude démonstrative et d'opposition passive ne s'explique pas par l'atteinte à la santé de M. Q._____. Compte tenu de ces éléments, nous interrompons notre intervention en sa faveur, renonçons à mettre en place des MIP [mesures d'intervention précoce] et des MOP [mesures d'ordre professionnel], et optons pour une approche théorique de sa capacité de gain, afin de déterminer son droit à des prestations de notre assurance. [...]"

Dans son calcul du salaire exigible, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 56'589 fr. et un revenu d'invalidité de 44'200 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), à un taux d'activité de 80 % et compte tenu d'un abattement de 10 %.

C. En tant qu'assureur perte de gains de l'assuré, L._____ assurance a transmis son dossier à l'OAI, lequel contient notamment un certificat médical du 15 avril 2008 du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis juillet 2004, indiquant qu'une reprise d'activité professionnelle à 50 % était proposée à son patient à partir du 15 mai 2008. Un autre rapport médical avait été rédigé le 5 juillet 2008 par le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par L._____ assurance pour un examen de l'assuré. On extrait de ce dernier rapport ce qui suit :

"2. Mes constatations cliniques
[...]"

Au status psychiatrique je relève ses plaintes de douleurs à la tête, à la nuque, la poitrine (angoisses ?) aux genoux et aux tibias. Le sommeil est perturbé par des variations de température des deux jambes ; comme il n'arrive pas à se plier suffisamment pour les atteindre il fait appel à ses fils, en pleine nuit, pour lui masser les deux tibias faute de quoi il ne peut pas se rendormir. Pas de notion de troubles de l'appétit ou des intérêts. Souvent il doit rester au lit mais fait quinze à vingt minutes de marche le matin et l'après-midi mais toujours avec l'accompagnement de son épouse à cause des pertes d'équilibre.

À part un certain découragement et même du désespoir face aux maux dont il souffre et que les médecins ne parviennent pas à comprendre et à interpréter, il ne présente pas d'atteintes dépressives.

L'examen des troubles psychotiques se heurte aux difficultés d'interprétation, mais je n'ai pas retrouvé les signes les plus manifestes comme une attitude d'écoute, des soliloques, un comportement de retrait, une méfiance, des rires immotivés, des réponses à des voix etc. Bien sûr je ne peux exclure des perturbations d'ordre psychotique, mais leur existence me paraît peu probable.

Quant à des troubles de la personnalité, leur examen qui exige des analyses assez fines et précises, je ne peux me prononcer sauf pour les personnalités de type asocial, paranoïaque, émotionnellement labile, narcissique, dont je ne trouve aucun trait, du moins les plus manifestes.

Restent ses plaintes avec douleurs à la tête, à la poitrine, aux jambes et les vertiges. Si on ne retrouve rien sur le plan somatique expliquant ce tableau on doit s'orienter vers l'étude de ses plaintes (donc un aspect subjectif, psychologique, de son attention portée à son corps souffrant).

3. Discussion

La tentative de placer l'ensemble des perturbations et plaintes dans un tableau nous conduit vers des troubles somatoformes avec, éventuellement, une pointe de troubles de l'adaptation.

Ces derniers aspects refléteraient la difficulté de ce père de famille réfugié en Suisse sans formation qui vit d'abord dans la partie alémanique dont il n'apprend la langue que de façon limitée. La famille vient en Romandie, mais après quatre ans il ne parle pas un seul mot de français.

Un problème psychique existe... par exclusion parce qu'on n'explique pas ses douleurs alors que lui les perçoit tout en ne pouvant s'imaginer un seul instant souffrir de troubles d'origine psychique. La seule question qu'il m'a posée, en suisse allemand approximatif : « Expliquez-moi pourquoi j'ai ces douleurs ? De quelle maladie je souffre ? ».

En conséquence un soutien psychothérapeutique se restreint très vite à une écoute, à des encouragements et une médication antidouleur avec des touches anxiolytiques. En fait ce que lui propose déjà très bien son médecin traitant.

Aller plus loin dans le traitement psychologique n'a pas de raison d'être et en tout cas en attendre une amélioration significative pour envisager une reprise d'activité comporterait une grande part de faux espoirs et d'illusions. En effet il faudrait trouver un psychothérapeute parlant sa langue, susciter une prise de conscience (insight) des aspects psychologiques de ses maux, ce qu'il pourrait vite interpréter comme un doute sur l'existence de ses souffrances voire se sentir suspecté de simulation, élaborer un abord intégré impliquant le somatique et le psychologique en vue d'une amélioration de l'état de santé... et enfin envisager un retour au travail. Programme dépassant très vraisemblablement les capacités de cette personne. Même si les renseignements que j'ai pu obtenir sont bien minces, un diagnostic différentiel de troubles dissociatifs (hystérie de conversion) tient de l'envisageable.

A propos de la capacité de travail, je pense qu'actuellement elle est nulle. On doit prolonger cette incapacité totale jusqu'à ce qu'on puisse réaliser une expertise psychologique soit dans sa langue, soit à l'aide d'un interprète. Sans autre

renseignement de la part de votre assuré à part les explications succinctes citées plus haut, je suis les données de son médecin traitant pour les incapacités de travail de 50 % depuis le 1.12.07 et de 100 % dès le 15.04.08.

Il ne faudrait pas conclure de mes appréciations précédentes que le problème que pose l'assuré tient du domaine social, mais bien de données psychosociales avec la part prépondérante donnée au premier terme.
[...]

Vu les conditions dans lesquelles cet examen a été réalisé (pas d'autres renseignements que ceux du médecin-traitant, difficultés importantes de communication) je ne considère pas mon travail comme une vraie expertise mais une première appréciation réalisée dans les conditions précitées."

D. Par avis médicaux des 23 décembre 2008 et 2 mars 2009, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a proposé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique et rhumatologique avec interprète au SMR afin d'apprécier le diagnostic, déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible de l'assuré.

E. a) Interrogé par l'OAI, le Dr C._____ a rempli un questionnaire le 16 mars 2009, retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de vertiges fugaces récidivants d'origine indéterminée, céphalées récidivantes, troubles somatoformes sous forme de gonalgies bilatérales, douleurs dans les deux jambes avec faiblesse musculaire des membres inférieurs et état dépressif anxieux, occasionnant une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} décembre 2007 au 14 avril 2008, puis de 100 % depuis lors.

b) De documents médicaux de l'Hôpital X._____ (ci-après : Hôpital X._____), on apprend que l'assuré y avait séjourné à deux reprises, la première fois du 9 au 10 juillet 2007, en raison de vertiges, puis du 6 au 10 avril 2008 en raison de nuqualgies chroniques associées à des céphalées occipitales et à une raideur de la nuque. Dans un rapport du 21 avril 2008, les médecins du Hôpital X._____ ont posé comme diagnostic principal des "troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec spondylarthrose et discarthrose pluri-étagées, et rétrécissement des trous de conjugaison C4-C5 et C5-C6 ddc".

F. a) Les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, ont effectué un examen de l'assuré le 24 mars 2009. Sur la base de celui-ci ainsi que du dossier de l'assuré (notamment des radiographies produites par le Hôpital X._____, à défaut de radiographies demandées à l'assuré), ils ont rendu un rapport le 6 avril 2009, dont on extrait ce qui suit :

"Anamnèse actuelle

[...] Il [l'assuré] a arrêté de travailler un jour, où il aurait perdu connaissance, suite à son lever du lit [hospitalisation du 9 au 10 juillet 2007].

[...] Les cervico-dorsalgies et des lombalgies limitent la position assise à 2 heures. Les vertiges avec des tremblements limitent la position debout immobile à 10 minutes. Les vertiges limitent le périmètre de marche à environ 30 minutes. L'assuré se sent cependant mieux lorsqu'il marche.

[...]

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

[...]

Selon ses dires, les antécédents de l'assuré peuvent se résumer ainsi

- antérieurement à 2007, nihil en dehors d'une période de vertiges en 2002 et 2003 nécessitant un court séjour (environ une semaine à l'Hôpital X._____, ainsi qu'une incapacité de travail à 100 % d'une quinzaine de jours).
- en 2007, vertiges et douleurs de hanches plus douleurs de jambes et sensations d'oppression thoracique, à raison d'une à deux fois par semaine.

[...]

Status psychiatrique

La présentation, le contact et la collaboration de l'assuré sont bons, la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne, il n'y a ni trouble de mémoire ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Le discours est cohérent, on ne retrouve pas de trouble du cours de la pensée ou du contenu de la pensée. L'assuré partage le focus d'attention. Il est à noter que pendant l'heure et demie pendant laquelle va durer l'entretien, l'assuré n'adoptera pas de position antalgique.

[...]

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- CERVICODORSALGIES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DEGENERATIFS DU RACHIS. M 54.2

- SYNDROME ROTULIEN BILATÉRAL AVEC GONARTHROSE D [droite] FÉMORO-TIBIALE INTERNE ET AVEC POSSIBLE GONARTHROSE G [gauche] ANAMNESTIQUE. M 17
- VERTIGES D'ORIGINE INDÉTERMINÉE SUR POSSIBLE CUPULOLITHIASÉ (DD : SUR ARTHROSE CERVICALE OU D'ORIGINE FONCTIONNELLE).
- AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- OBÉSITÉ.
- TROUBLE PANIQUE D'INTENSITÉ MOYENNE. F41.0.

APPRÉCIATION DU CAS

Du point de vue somatique, l'assuré se plaint surtout de vertiges aux changements de positions et lorsqu'il marche. Il signale également des douleurs diffuses des MI [membres inférieurs] et des douleurs cervicales qui irradient à la partie supérieure de la colonne dorsale. Les douleurs diffuses des MI prennent les genoux et la face externe des 2 hanches sans inguinalgie. Les vertiges s'accompagnent de céphalées qui prennent le vertex. Ces céphalées sont pulsatiles. L'assuré présente également des douleurs des 2 mains. Il signale également des épisodes de blocage au niveau du pli inguinal G et des lâchages des 2 genoux.

Au status actuel, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité cervicale et lombaire est diminuée. On ne note pas de signe de non organicité selon Waddell, si ce n'est une certaine démonstrativité, l'assuré se plaignant à plusieurs reprises de vertiges et s'asseyant dès qu'il le peut. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On ne note des douleurs qu'à la palpation de 4 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant bien insuffisant pour poser ce diagnostic. Il existe un syndrome rotulien bilatéral.

Le status neurologique est sans particularité, notamment le Romberg et la marche un pied devant l'autre est stable, malgré que l'assuré nous informe présenter des vertiges à la marche sur la pointe des pieds et à de nombreuses reprises, lors de l'examen.

Le reste du status neurologique est par ailleurs sans particularité.

Les examens radiologiques que nous n'avons pas à disposition, mais dont nous avons à disposition les rapports mettent en évidence des troubles dégénératifs cervicaux et des troubles dégénératifs du genou D avec gonarthrose fémoro-tibiale interne D.

Un angio-CT cérébral et pré-cérébral du 09.07.2007 met en évidence également une veine frontale transcorticale D déjà connue, témoin indirect d'un probable petit angiome veineux frontal D.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Les vertiges de l'assuré restent d'origine peu claire. Ils pourraient être liés à une cupulolithiasé comme évoqué lors d'une hospitalisation d'un jour à l'Hôpital X. _____ du 09.07.2007 au 10.07.2007. Ils pourraient être également liés aux troubles dégénératifs de la colonne cervicale qui sont décrits comme importants dans le rapport radiologique. Finalement, ils pourraient être très bien également d'origine fonctionnelle, l'assuré semblant un peu démonstratif et les épreuves du Romberg et de la marche un pied devant

l'autre étant rassurantes. Cependant, afin d'éviter tout problème, nous pensons qu'il faudrait éviter le travail en hauteur.

Par ailleurs, au vu des autres diagnostics retenus, nous retenons des limitations fonctionnelles, qui ne sont également pas respectées dans l'activité habituelle de maçon. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire et somatique, la capacité de travail est complète.

Sur le plan psychiatrique : [...]

L'examen clinique SMR met en évidence :

- Une absence de symptomatologie dépressive avec une thymie bonne, ruminations existentielles sans véritable idée noire, sans anhédonie, sans repli sur lui-même, avec fatigabilité anamnestique sans trouble de concentration, mais difficultés de mémoire immédiate, sans perte d'estime de lui-même.
- L'examen retrouve par contre des éléments en faveur d'angoisses itératives et des éléments en faveur d'un trouble panique d'intensité moyenne avec vertiges, sensations de jambes molles, oppression thoracique. L'examen ne retrouve pas d'élément en faveur d'une agoraphobie, une claustrophobie, l'assuré fait état de rituels de vérification, sans rituel de lavage. D'après la CIM-10, le trouble panique d'intensité moyenne n'a pas de valeur incapacitante.
- L'examen ne retrouve ni signe floride de la série psychotique, ni critère CIM-10 de trouble de personnalité.

Les douleurs avancées par l'assuré n'évoquent pas, lors de l'examen SMR, la symptomatologie d'un trouble somatoforme douloureux persistant avec détresse, douleurs multiples, comorbidité psychiatrique, perte d'intégration sociale, Les douleurs sont circonscrites à la nuque, aux genoux, aux jambes, associées à des vertiges.

Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence une pathologie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas d'attitude prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de mouvement répétitif de flexion/extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête.

Genoux : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus de 15 minutes.

Vertiges : pas de travail en hauteur.

Aucune sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Il y a une incapacité de travail de 50 % depuis le 01.12.2007 et de 100 % depuis le 15.04.2008 dans l'activité habituelle de maçon. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie somatique, la capacité de travail est complète."

b) Le Dr W._____, du SMR, a ainsi confirmé, dans un rapport médical du 14 avril 2009, qu'il retenait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon, mais une capacité entière de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes :

"Positions statiques ou debout ne permettant pas d'alterner la position 2 fois par heure, soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, port régulier de charges de plus de 12 kg, travail en position de porte-à-faux prolongée du tronc, exposition aux vibrations, attitude prolongée en flexion et extension et mouvements répétitifs de flexion/extension de la nuque, rotations rapides de la tête. Genuflexions répétées, franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers, marche en terrain irrégulier, marche de plus 15 minutes."

c) Le 27 avril 2009, l'OAI a effectué un nouveau calcul du salaire exigible, sur la base de l'ESS - l'assuré n'ayant plus d'activité professionnelle -, pour un taux d'activité de 100 %. Tenant compte d'un abattement de 15 % (en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré), il a retenu un salaire exigible final de 52'181.05 francs.

d) Ayant obtenu de la part de l'assuré les radiographies demandées, le Dr L._____ a rendu le 29 avril 2009 un avis médical expliquant que l'assuré souffrait de gonarthrose bilatérale tricompartmentale modérée à prédominance fémoro-tibiale interne, ce qui n'ajoutait toutefois pas de limitation fonctionnelle à celles déjà mises en évidence.

G. a) L'OAI a rendu un projet de décision rejetant la demande de prestations de l'assuré le 4 mai 2009, au motif qu'au 6 juillet 2008 (soit à la fin du délai d'attente d'un an), l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité d'ouvrier dans le domaine de la construction, mais une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles. Or, vu le calcul du revenu d'invalidé, comparé au revenu sans invalidité de 56'589 fr., l'assuré présentait un degré d'invalidité de 8 %, ne donnant pas droit à des prestations de l'AI.

b) L'assuré a fait opposition au projet précité le 11 juin 2009 estimant que l'OAI n'avait pas investigué de manière exhaustive ses atteintes psychologiques (vertiges, perte de mémoire et graves difficultés de concentration). Il a produit deux rapports médicaux, l'un du Dr C._____ du 5 juin 2009, l'autre de M. U._____ du 11 juin 2009. Le Dr C._____ a reproché en substance à l'OAI de ne pas avoir mandaté un expert psychiatre parlant la langue maternelle de son patient et ainsi de ne pas avoir pu faire la preuve de l'exclusion d'une pathologie de type psychotique. M. U._____ a quant à lui notamment relevé que les symptômes dépressifs de l'assuré semblaient s'être quelque peu amendés, le ralentissement idéo-moteur, la perplexité et des troubles mnésiques plaidant cependant pour une évaluation neurologique et neuropsychologique permettant d'écartier un syndrome organique.

c) Les Drs W._____ et Z._____ se sont prononcés sur l'opposition précitée et ses annexes le 10 septembre 2009, estimant qu'elles n'apportaient aucun nouvel élément et ne remettaient pas en cause les conclusions de l'expertise du SMR.

d) L'OAI a rendu une décision formelle le 23 septembre 2009 confirmant son projet du 4 mai 2009, accompagnée d'une motivation se ralliant pour l'essentiel à l'avis des Drs W._____ et Z._____.

H. a) Q._____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, recouru contre la décision précitée le 23 octobre 2009, confirmant la position prise dans son opposition du 11 juin 2009 et ajoutant notamment que l'OAI n'avait tenu compte d'aucun abattement sur le revenu d'invalidé en dépit de ses limitations fonctionnelles, de son âge, de sa non maîtrise du français et de l'absence de formation professionnelle, qui justifieraient selon lui un abattement de 25 %. Il a en outre annoncé qu'il subirait

prochainement une évaluation psychiatrique, ainsi qu'un examen neurologique et en produirait le résultat.

b) L'OAI a également confirmé sa position par réponse du 18 janvier 2010.

c) Par réplique du 19 mars 2010, le recourant a produit un courrier du 16 mars 2010 de la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre J._____, (ci-après : Centre J._____), chargée d'une évaluation psychiatrique et neuropsychologique du recourant. La Dresse G._____ a expliqué que durant les entretiens avec l'intéressé (les 30 novembre et 21 décembre 2009), elle avait été frappée par des troubles cognitifs manifestes, à savoir des difficultés de mémoire et de concentration. De ce fait, un examen neuropsychologique semblait indispensable pour une évaluation psychiatrique complète et pour définir l'ampleur de l'incapacité de travail. Le recourant en a déduit qu'il n'était pas possible d'évaluer correctement sa capacité de travail sur la base du dossier constitué par l'OAI. Il a dès lors conclu principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il statue une fois en possession de l'évaluation neuropsychologique, subsidiairement à l'octroi par le Tribunal de céans d'une rente entière d'invalidité. Il a par ailleurs requis la possibilité de pouvoir transmettre des moyens de preuve supplémentaires une fois ceux-ci disponibles, notamment le rapport de la Dresse G._____ qu'il pourrait produire à la fin du mois de juin 2010.

d) L'OAI a soumis le courrier précité de la Dresse G._____ au SMR, lequel a rendu un avis médical le 1^{er} avril 2010 (signé par le Dr W._____, ainsi que par la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale), réaffirmant que l'examen psychiatrique et rhumatologique fait au SMR le 24 mars 2009 s'était déroulé dans de bonnes conditions, la sphère psychique et les capacités mentales du recourant ayant été explorées correctement. Un examen neuropsychologique n'était dès lors pas nécessaire. L'OAI s'est rallié à cet avis par duplique du 14 avril 2010.

e) Le 21 juin 2010, le recourant a produit le rapport annoncé de la Dresse G._____, daté du 20 juin 2010 et dont on extrait ce qui suit :

"Il [le recourant] présente un ralentissement psychomoteur modéré, voire important par moments, est grossièrement orienté aux quatre modes. Il a des troubles mnésiques manifestes, ne pouvant citer quasiment aucune date significative de sa vie, sans s'aider de son calepin. Même avec l'aide de son calepin il ne retrouve en général pas l'information recherchée. Il présente aussi des troubles de la compréhension et de la concentration, l'interprète devant souvent répéter plusieurs fois la question. Parfois, il ne comprend pas des questions simples, même si formulées de différentes manières. [...] Il semble souvent perplexe, perdu. La thymie est abaissée avec des idées noires, sans idées suicidaires, des troubles du sommeil, un manque d'énergie, un sentiment de fatigue. [...] M. Q._____ évoque des manifestations anxieuses fréquentes, avec des serremments dans la poitrine, angoisses en partie liées à des manifestations psychotiques. En effet il mentionne des hallucinations auditives et visuelles, il entend une voix qui l'appelle, voit des arbres et des chemins entrelacés. Il a régulièrement des symptômes dysmorphophobiques, dans ces moments-là il a l'impression que son corps gonfle, que son visage se transforme. [...] Concernant les phénomènes hallucinatoires, il arrive à garder une certaine distance, en étant partiellement conscient que ce qu'il perçoit ne correspond pas à la réalité, mais en se sentant tout de même angoissé par ces manifestations. [...]

Diagnostics :

F 32.11 Episode dépressif moyen à sévère, avec symptômes psychotiques
F 70 Retard mental léger
F 41.1 Anxiété généralisée
F 21 Possible trouble schizotypique
F 09 Troubles cognitifs d'origine indéterminée

Conclusions des tests psychologiques et neuropsychologiques :

Le patient a été vu les 22.03 et 22.04.2010 par Mlle T._____ psychologue assistante et le 10.05.2010 pour un examen neuropsychologique par Mme D._____ psychologue associée.

En conclusion, Mlle T._____ estime que M. Q._____ présente un probable retard mental (QI performance de 52), ainsi qu'un fonctionnement psychotique de la personnalité avec peu de ressources défensives. [...]

L'examen neuropsychologique, réalisé par Mme D._____, « montre des performances de modérément à sévèrement perturbées, voire effondrées parfois, dans l'ensemble des domaines du fonctionnement mental. Toutefois les conditions de réalisation (avec une interprète, dans le cadre d'une forte suspicion de retard mental) rendent les résultats obtenus à prendre avec beaucoup de prudence, seul un examen réalisé dans une unité spécialisée avec un psychologue parlant la langue maternelle de Monsieur Q._____ pourrait sans doute fournir des informations plus précises. [...] »

Discussion :

[...]

Au vu de l'ampleur des troubles, et d'une évolution progressivement défavorable, on peut se poser la question d'une évolution démentielle. Nous pensons qu'une imagerie cérébrale devrait être répétée, si cela n'a pas été le cas depuis 2008,

date de la dernière IRM cérébrale. Etant donné la complexité de cette situation, nous avons prévu un rendez-vous à [...], afin de pouvoir mieux cerner ces troubles cognitifs et poser un diagnostic plus précis. [...] Durant les entretiens nous avons été frappés par des symptômes psychotiques présentés par le patient. Là aussi il est difficile de faire la part des choses, à savoir si ces troubles sont liés à l'état dépressif, ou s'ils ont une autre origine, par exemple démentielle. [...] Il [le recourant] présente à notre avis une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques."

f) A nouveau interrogé, le SMR, par la Dresse B. _____ et le Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un avis médical le 7 juillet 2010, considérant notamment que dans le cas d'hallucinations véritables, le recourant ne devrait pas être conscient que ce qu'il perçoit ne correspond pas à la réalité. Il s'agissait donc de phénomènes pseudo-hallucinatoires. Le SMR a en substance relevé par ailleurs que le Centre J. _____ avait lui-même exprimé la très grande difficulté à poser des diagnostics précis dans ce cas, en raison des difficultés de langue du recourant. En outre, la mention de phénomènes d'allure psychotique n'infirmait pas le diagnostic de trouble panique posé au SMR mais, au contraire, le confirmait puisque la CIM-10 stipulait que les symptômes essentiels du trouble panique pouvaient comprendre des sentiments d'irréalité. Le SMR a conclu que l'examen du Centre J. _____ du 20 juin 2010 ne contredisait pas celui du SMR du 24 mars 2009 et qu'il n'apportait pas d'élément nouveau significatif susceptible de justifier d'autres investigations. L'OAI a déclaré se rallier à cette analyse par courrier du 14 juillet 2010, confirmant ainsi sa position.

g) Par courrier du 23 juillet 2010, le recourant a déclaré en substance maintenir ses conclusions. Il a produit le 31 août 2010 un rapport du même jour de la Dresse G. _____, confirmant pour l'essentiel l'évaluation faite le 20 juin 2010, ainsi que la nécessité d'effectuer des examens complémentaires vu la difficulté à poser des diagnostics précis. Elle en outre notamment expliqué que les manifestations typiques des attaques de panique n'avaient pas été observées chez le recourant. Ce dernier a lui aussi réaffirmé la nécessité d'effectuer des examens complémentaires et a ainsi maintenu sa position, concluant principalement au renvoi du dossier à l'OAI pour qu'il statue une fois en possession de tous les éléments médicaux, notamment les évaluations

demandées par le Centre J._____, subsidiairement à l'octroi d'une rente AI entière.

h) Suite à un avis médical du SMR du 13 octobre 2010, l'OAI a une nouvelle fois confirmé sa position, par courrier du 18 octobre 2010.

I. a) Une expertise judiciaire neurologique et neuropsychologique a été ordonnée par le Tribunal de céans, mandat confié à la Clinique F._____ (ci-après : la Clinique F._____). Les Drs Y._____, spécialiste en neurologie, et N._____ ont ainsi rendu un rapport d'expertise médicale le 13 janvier 2012, établi sur la base d'un examen neurologique et neuropsychologique clinique du 9 juin 2011 effectué avec l'aide du traducteur de langue kosovare habituel du recourant, d'un complément neuropsychologique clinique et psychométrique du 18 novembre 2011 effectué avec un traducteur inconnu du recourant, ainsi que du dossier médical de ce dernier. Les experts de la Clinique F._____ ont estimé qu'il n'y avait pas de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé. Ils ont par contre retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif (F32, existant depuis 2008), anxiété (F41, existant depuis 2008), possibles apnées du sommeil (G47.3, existant depuis une date non précisable), céphalées avec probable participation médicamenteuse (G44.4, existant depuis 2007) et possible polyneuropathie d'origine indéterminée (G62.9, existant depuis une date non précisable). Leur appréciation du cas et leur pronostic sont les suivants :

"Insistons encore une fois, comme nos collègues précédents, sur la difficulté de cette évaluation en raison de la barrière linguistique (chez un patient parlant surtout le kosovar et très partiellement l'allemand), d'un ralentissement psychomoteur très important, manifeste même dans des tâches très simples et de fréquentes non réponses à nos questions, sans donner d'explication.

Selon notre appréciation, le patient ne présente pas d'atteinte neurologique focale ou globale significative. Le ralentissement psychomoteur global, présent depuis plusieurs années et déjà décrit par nos collègues est sans cause neurologique structurale et d'origine multifactorielle.

L'étude du dossier et nos deux examens cliniques ainsi que les différents examens paracliniques (dont les échelles psychométriques) sont en faveur d'une majoration fonctionnelle devant (i) le manque de collaboration à des tests même très simples habituellement réussis par les patients avec atteinte neurologique,

(ii) la notion récidivante de troubles cognitifs avec des examens neuropsychologiques sévèrement perturbés contrastant avec un patient qui se sert apparemment correctement de son agenda et d'un téléphone portable et capable de revendications détaillées, (iii) les résultats franchement positifs aux 2 tests psychométriques de majoration fonctionnelle où les scores sont nettement inférieurs à ceux attendus d'un patient avec des troubles cognitifs sévères d'origine organique ou psychiatrique, (iv) la « migration » des symptômes qui sont polymorphes et des domaines expertisés (vertigineux, rhumatologiques, psychiatriques, neurologiques et neuropsychologiques) sans substrat clairement établi (au bilan rhumatologique, sur les neuroimageries cérébrales) et la difficulté à mesurer ces symptômes et leur retentissement.

Nous retenons une composante douloureuse chez un patient qui n'était pas connu pour des maux de tête antérieurs, sous la forme de céphalées probablement médicamenteuses (sur abus médicamenteux). Ce type de céphalées chroniques bien connues à la suite de traitement de longue durée est retenu chez ce patient prenant plusieurs types de molécule, Dafalgan®, Ibuprofène®, Tramal®, benzodiazépines (Xanax®). Ces symptômes douloureux doivent être pris en charge médicalement (sevrage en antalgiques et traitement antidépresseur). Cette composante algique, par ailleurs curable, n'a pas d'incidence sur la capacité de travail.

Même si l'anamnèse est imprécise, partie du ralentissement, des céphalées, du morphotype (patient avec excès pondéral) et de la somnolence diurne pourrait être secondaires à un syndrome d'apnées du sommeil chez un patient avec excès pondéral, notion de ronflement et un score de somnolence possiblement significatif (mais patient non fiable). Ce syndrome d'apnées devrait être confirmé ou infirmé par une évaluation spécialisée dans un centre du sommeil car des traitements ont fait leur preuve dans ce type d'affections (perte de poids, propulseurs mandibulaires, appareillage nocturne C-PAP).

Il y a une possible polyneuropathie, sur la seule base d'une sensibilité profonde très diminuée où, par définition, l'évaluation est très subjective, il n'y a pas de douleur typique, les réflexes sont tous normovifs et la manoeuvre de Romberg normale ce qui rend cette éventuelle atteinte possible seulement et sans retentissement fonctionnel.

Dans tous les cas, tant les céphalées que les troubles du sommeil ou la possible polyneuropathie débutante n'expliquent pas l'entièreté du tableau (en particulier cf. infra) et n'entraînent pas d'invalidité au long cours.

Le tableau clinique actuel est sous tendu par une composante psychiatrique et nous relevons également les diagnostics déjà posés par nos collègues psychiatres, d'état dépressif moyen à sévère comme le montre notre échelle d'évaluation de la dépression et de l'anxiété pour laquelle les scores sont significatifs dans les deux dimensions. Cependant, cette évaluation ne relève pas de notre mission de neurologue."

Les experts ont notamment ajouté que le recourant devait être capable de s'adapter à son environnement professionnel. Ils ont précisé qu'en raison de la chronicisation du tableau et de l'arrêt de travail prolongé, du bas niveau d'instruction du recourant et du faible potentiel d'évolution, le travail antérieur devait être repris avec des mesures de réadaptation : travail routinier, stéréotypé, sans effort intellectuel exigé. Un autre travail du même type ou d'ouvrier agricole pouvait également être proposé.

b) Interrogé par l'OAI, le SMR, sous la plume des Drs A. _____ et Z. _____, a rendu un avis médical le 23 janvier 2012, considérant en substance qu'une expertise psychiatrique indépendante était nécessaire pour pouvoir déterminer si le trouble dépressif relevé par les experts de la Clinique F. _____ était source d'incapacité de travail durable ou non. L'OAI s'est rallié à cet avis par écriture du 6 février 2012.

Le recourant s'est déterminé sur le rapport d'expertise de la Clinique F. _____ le 13 mars 2012, produisant notamment un rapport du 8 mars 2012 de la Dresse G. _____, laquelle a réitéré ses conclusions, à savoir une incapacité de travail totale étant donné les troubles psychiatriques et neuropsychologiques présentés par le recourant, qui ne semblaient pas avoir évolués depuis ses dernières investigations. Elle a notamment ajouté ne pas partager l'avis des experts de la Clinique F. _____ concernant l'utilisation de son calepin par le recourant. En effet, lors des entretiens effectués avec ce dernier, la Dresse G. _____ avait relevé qu'il avait été systématiquement incapable de retrouver les informations qui étaient censées s'y trouver. De plus, même s'il exagérait peut-être légèrement ses difficultés, ces dernières semblaient toutefois évidentes également dans la vie de tous les jours. Le recourant mentionnait en effet un mode de vie très restreint avec une aide importante de ses proches. Ce dernier s'est rallié à l'appréciation de la Dresse G. _____, rappelant en outre qu'un quotient intellectuel inférieur à 70 était en soi considéré comme invalidant. Il a ensuite relevé que l'évaluation des experts de la Clinique F. _____, soit l'estimation d'une capacité de travail de 100 % dans une activité d'ouvrier de la construction ou d'ouvrier agricole, ne concernait que le volet neurologique. Or, il était admis par tous les praticiens ayant examiné son dossier, qu'il ne lui était plus possible de poursuivre son activité antérieure d'ouvrier du bâtiment. Quant à l'activité d'ouvrier agricole, il était selon lui plus que douteux qu'il existe une telle activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, aucune activité n'était "raisonnablement exigible" pour lui. Le recourant a néanmoins procédé à un calcul de son degré d'invalidité dans l'hypothèse d'une activité comme ouvrier agricole. Reprenant comme revenu sans

invalidité le salaire de 56'589 fr., puis le revenu annuel brut du secteur agricole en 2008 de 37'728 fr. et tenant compte d'un abattement de 25 %, en raison des limitations tant fonctionnelles que sociales, il obtenait un degré d'invalidité de 50 %, donnant droit à un quart de rente. Il a ainsi conclu, à titre principal, à l'octroi d'une rente AI entière dès le 6 juillet 2008 et à titre subsidiaire, dans l'hypothèse où le Tribunal de céans retiendrait une pleine capacité de travail dans l'activité d'ouvrier agricole, à l'octroi d'un quart de rente.

J. a) Mandaté par le juge instructeur pour effectuer une expertise judiciaire psychiatrique, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a vu le recourant les 30 mai et 1^{er} juin 2012, avec l'aide d'un interprète. Sur cette base, ainsi que sur celle d'examens en laboratoire, de deux entretiens téléphoniques avec le Drs U._____, respectivement C._____, ainsi que du dossier médical, le Dr S._____ a rendu son rapport d'expertise le 18 juin 2012. Il a notamment observé qu'à l'examen, après s'est montré un peu tendu, le recourant s'était montré bienveillant et quelque peu charmeur. Il était propre et bien mis, ne faisait pas véritablement plus vieux que son âge, était plutôt souriant et affable. Il n'avait selon l'expert pas la présentation d'un sujet dépressif. Le recourant n'était pas authentique lorsqu'il faisait état de ses problèmes de mémoire. Pour répondre à certaines question très simples, il demandait des pauses et finissait pas trouver des réponses inattendues par leur précision et par leur bonne adéquation au contexte. Selon le Dr S._____, la présentation générale de l'intéressé n'était certainement pas celle d'un sujet souffrant d'une pathologie cérébro-organique. En situation de test, le recourant se montrait peu capable de répondre aux question usuelles d'orientation temporo-spatiale. Lorsque ces mêmes tests étaient effectués sans que la situation de test soit explicite, le recourant se montrait parfaitement orienté. Le Dr S._____ a estimé que le recourant était sans aucun doute capable de se situer dans le temps et dans l'espace. Pour le reste, il n'y avait pas de trouble praxique en séance et pas de trouble du langage. Le recourant n'était pas ralenti et pouvait même se montrer alerte et enjoué. Il n'avait pas la présentation d'un sujet déprimé. Il ne se montrait pas triste. Il n'y avait pas de pleurs, pas de

larmes. Il n'était pas particulièrement tendu. Il n'y avait pas la fébrilité des gros états d'angoisse. Lors de la deuxième consultation, le recourant avait paru très inquiet de ce qui se passait, le Dr S._____ ayant repris l'ensemble de son rapport préliminaire pour obtenir des précisions et pointer les contradictions qu'il avait relevées. Le cours de la pensée était par ailleurs parfaitement normal et les associations d'idées bonnes. Il n'y avait pas d'indices pour un délire. Il n'y avait pas eu de signes indirects d'hallucinations en séance. Le recourant n'avait certainement pas le contact des sujets psychotiques.

Le Dr S._____ avait renoncé aux questionnaires usuels d'anxiété et de dépression "sachant que les résultats seraient certainement biaisés et d'interprétation hasardeuse, la recherche des symptômes tendant à amener des réponses systématiquement positives et [recte : de] l'intéressé [...]". Il avait effectué le taux sérique de l'antidépresseur prescrit au recourant et en a conclu que ce dernier n'avait probablement pas pris sa médication psychotrope avant le prélèvement comme il disait l'avoir fait.

Au vu de ce qui précède, le Dr S._____ a retenu le diagnostic de trouble factice (F68.1). Il a exclu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif. En effet, ce que le recourant rapportait en termes d'abaissement thymique, de fatigue, de fatigabilité, de perte d'intérêt et du plaisir était en totale discordance avec sa présentation clinique. Le recourant ne rapportait pas par ailleurs l'anxiété de fond du trouble anxieux généralisé. Il ne rapportait pas de véritables symptômes obsessionnels et compulsifs. Les vertiges étaient isolés et n'étaient pas accompagnés des interoceptions propres aux attaques de panique. Il n'y avait pas de véritable évitement phobique. Le Dr S._____ écartait ainsi le diagnostic de trouble panique. Il a également exclu un retard mental significatif et un trouble neuropsychologique *stricto sensu*, se basant sur l'expertise de la Clinique F._____ pour ce deuxième trouble et constatant que les examens effectués par le Centre J._____ sur ce point avaient été effectués dans de mauvaises conditions (ce qui était reconnu dans le rapport de la Dresse G._____ du 20 juin 2010), vu les problèmes

de langue et la tendance du recourant à émettre de mauvais résultats lorsqu'il était en situation de test. Ces remarques valaient également concernant la mesure du quotient intellectuel. Pour le Dr S._____, le recourant ne souffrait certainement pas d'un retard mental ayant valeur incapacitante en soi. L'expert a également exclu un trouble de la personnalité, vu les critères des ouvrages diagnostiques de référence et le fait qu'un tel trouble se manifestait au plus tard au début de l'âge adulte.

Le Dr S._____ a également expliqué qu'il écartait le diagnostic de simulation, bien que cette éventualité ne fût pas fermée. Il ne retenait pas non plus un trouble dissociatif, qui n'expliquait pas la discordance entre les plaintes douloureuses et les bases organiques objectives. La persistance pendant des années est qualifiée d'étonnante, en l'absence de facteur de stress déclanchant, et le syndrome douloureux somatoforme persistant pouvait être écarté dans la mesure où les douleurs du recourant ne dominaient pas nécessairement le tableau clinique. Elles n'étaient pas isolées, mais associées à d'autres symptômes médicalement inexpliqués, et non pas à une véritable détresse, habituelle dans ces cas. Le diagnostic de trouble factice semblait être l'hypothèse la plus probable et la plus satisfaisante, car à même de chapeauter l'ensemble du tableau psychopathologique. Le Dr S._____ n'a ainsi retenu aucune incapacité de travail psychiatrique, ni limitation, et a considéré qu'il n'y en avait d'ailleurs jamais eu sur la durée. Il n'avait pas de proposition à formuler, tant sur le plan médical que professionnel.

b) L'OAI s'est déterminé le 26 juillet 2012 sur les conclusions du Dr S._____, se ralliant à celles-ci concernant l'absence d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique et confirmant pour le surplus sa position.

Le recourant s'est quant à lui déterminé le 13 décembre 2012, produisant deux nouveaux rapports médicaux, le premier de M. U._____ et du Dr V._____, du 11 décembre 2012, observant que les conclusions du Dr S._____ leur paraissaient aller totalement à l'opposé des conclusions auxquelles ils parvenaient à la suite d'un suivi psychiatrique et

psychothérapeutique débuté en novembre 2007. Ils ont rappelé avoir été frappés, dès les débuts de la prise en charge du recourant, par des déficiences cognitives (mémoire, langue), voire neurologiques (désorientation spatiale, par exemple), s'ajoutant à un état dépressif, par moments sévères (hallucinations acoustiques). De plus, ils avaient noté que plusieurs affections somatiques (arthrose aux genoux et à la hanche, par exemple) ne pouvaient qu'aggraver le tableau clinique. Ces affections additionnées ne permettaient pas au recourant d'occuper un emploi. Quant au second rapport, établi le 10 décembre 2012 par la Dresse M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par le Dr H. _____, du Centre J. _____, on en extrait ce qui suit :

"Discussion :

Dans le cadre de cette réévaluation mémoire, l'examen neuropsychologique met en évidence la persistance d'importants troubles cognitifs, caractérisés au 1^{er} plan par des troubles exécutifs et mnésiques antérogrades en modalité verbale et visuelle, associés à d'importantes difficultés de compréhension de consignes et de mobilité intellectuelle rendant difficile la passation de l'examen et l'interprétation des résultats. Quelques changements ont été relevés, notamment une altération de la lecture de mots isolés (possible bien que laborieuse en 2010), un échec total de l'empan verbal et l'absence d'aggravation en mémoire épisodique verbale et visuelle (voire une certaine amélioration en modalité verbale, bien que légère), ainsi qu'une diminution de l'incitation verbale littérale (stabilité en modalité catégorielle). Les difficultés au langage écrit laissent penser à une certaine faiblesse d'acquisition scolaire, mais ne correspondent pas à un analphabétisme (suspecté auparavant).

L'examen neuropsychologique a également relevé que ce tableau est marqué par des incohérences chez un patient manifestant d'importantes difficultés de compréhension des consignes en albanais, mais moins en allemand (par ailleurs non maîtrisé au même niveau que la langue maternelle), présentant un empan verbal de 1, échouant un test très simple, mais manifestant toutefois une certaine perspicacité par moments (comprend en allemand qu'on lui propose de revenir pour une fin de bilan et déclare que cela représentera des frais supplémentaires de prendre le train, décrit ses hallucinations de manière relativement élaborée), se déplaçant seul en train et étant capable d'utiliser son téléphone portable. Malgré les difficultés de mobilité intellectuelle et de compréhension, M. Q. _____ paraît présenter un niveau intellectuel plus élevé qu'une personne ayant un QI de 52.

Le tableau évoqué ainsi que la répercussion des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne sont actuellement compatibles avec un syndrome démentiel. Soulignons cependant que ces résultats sont à pondérer avec le recours à une interprète, ainsi qu'une participation du patient non optimale (voire insuffisante par moments), même si ces éléments ne nous semblent pas pouvoir expliquer à eux seuls la totalité des troubles.

Au vu du tableau actuel et de la fluctuation des performances depuis l'examen neuropsychologique de 2010, ce tableau semble peu compatible avec un processus neuro-dégénératif. L'étiologique des troubles cognitifs observés

semble compatible de manière prépondérante avec des troubles de nature psychiatrique (notamment thymique, potentiellement psychotique, voire un trouble dissociatif ou des troubles du développement).

En effet, M. Q._____, connu pour un épisode dépressif moyen à sévère, présente actuellement une thymie abaissée, asthénie, anhédonie, anxiété, ruminations concernant sa situation et ses finances, auto-dévalorisation, sommeil fractionné. Cet épisode dépressif peut participer à ses troubles cognitifs, sans pouvoir expliquer l'entier du tableau.

Le patient décrit des symptômes psychotiques qui ne nous semblent pas typiques pour un trouble du spectre (hallucinations visuelles non menaçantes, décrites avec précision, un homme qui lui tend la main et s'appelant [...]). Ces hallucinations ne nous semblent pas non plus typiques de celles qui peuvent se présenter dans divers types de démence (par exemple démence à corps de Lewy), bien que cela ne puisse être exclu.

Un trouble dissociatif ou un trouble du développement pourraient également présenter un tableau cognitif particulier, mais nous n'avons actuellement pas assez de critères pour poser ou infirmer ces diagnostics.

Une composante vasculaire n'est pas exclue au vu de l'important ralentissement psychomoteur ainsi que des facteurs de risque cérébro-vasculaire (surcharge pondérale, hypercholéstérolémie), mais semble peu probable au vu de l'absence de dysarthrie et de latéralisation au status neurologique, ou de signes d'anciens AVC à l'IRM cérébrale.

D'autres étiologies à ces troubles cognitifs ne sont pour l'instant pas exclues, notamment infectieuses. Au vu de ce tableau et de ce contexte particuliers, il apparaît nécessaire de compléter ces investigations par une nouvelle IRM, un SPECT ainsi qu'un bilan sanguin étendu, notamment sérologique. Un nouveau rapport vous sera adressé à l'issue de ces examens."

Les Drs M._____ et H._____ ont retenu les diagnostics de syndrome démentiel sans précision (F03.0), épisode dépressif moyen à sévère (F32.1).

Le recourant a ajouté que le diagnostic de trouble factice avait été posé par le Dr S._____ comme une hypothèse, vu les précautions de langage qu'il avait utilisées dans l'élaboration de son rapport. Pour le reste, il a en substance retenu que l'expert n'avait pas motivé à satisfaction ses conclusions et que ces dernières entraînent en contradiction manifeste avec les deux rapports qu'il produisait. Il a dès lors conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

c) Invité à se déterminer sur les écritures précitées, le Dr S._____ a effectué un complément d'expertise le 23 mars 2013, se basant, en plus du dossier médical complété, sur des entretiens téléphoniques avec les Drs V._____, C._____ et M._____. Le Dr

S._____ a également obtenu le rapport original du Centre J._____ rédigé suite à l'examen neuropsychologique des 5 et 22 novembre 2012, dont les conclusions avaient été reprises par les Drs M._____ et H._____. Concernant ce dernier rapport, le Dr S._____ a relevé qu'il avait été effectué dans une optique de traitement et non pas dans un but d'expertise. La présentation clinique de l'intéressé n'avait pas été passée à la grille critique que requiert une appréciation médicale pour un tribunal. Ceci expliquait selon lui les divergences d'appréciation. Concernant le rapport d'examen neurologique, repris dans le rapport du 10 décembre 2012, le Dr S._____ a en substance constaté qu'il confirmait ses propres conclusions et excluait en réalité un processus démentiel, à l'instar de ce qui avait été démontré par l'expertise du 13 janvier 2012 de la Clinique F._____. Les entretiens téléphoniques effectués en vue du complément d'expertise n'avaient rien apporté de nouveau et en tous les cas aucun argument de nature à valider une aggravation de l'atteinte à la santé du recourant. Il n'y avait en l'état aucun motif scientifique à poursuivre les investigations médicales et à effectuer un bilan sanguin et une IRM cérébrale. Trois mois après le rapport du 10 décembre 2012, ni le Dr C._____, ni les médecins d'O._____ n'avaient diligenté ces examens, ni ne les envisageaient. Enfin, le Dr S._____ n'avait pas proposé de mesures thérapeutiques sachant que le type de comportement présenté par le recourant n'avait pas de véritable réponse médicale. Il a pour le surplus intégralement confirmé ses conclusions.

d) L'OAI s'est déterminé sur le complément d'expertise précité le 17 avril 2013, confirmant ses constatations et conclusions du 26 juillet 2012.

Le recourant s'est quant à lui déterminé le 7 juin 2013, produisant un courriel du 27 mai 2013 d'O._____ rappelant que c'était l'addition des atteintes à la santé qui entraînait, selon eux, un état d'invalidité. En effet, prises isolément, aucune des pathologies présentées n'entraînait d'invalidité permanente. Le recourant s'est rallié à cette opinion, réitérant pour le surplus les arguments avancés dans son courrier du 13 décembre 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 l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) 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. 69a al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions formelles de recevabilité (art. 62 let. b LPGA notamment), le recours recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Est litigieuse en l'espèce la question du droit aux prestations de l'AI au regard de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité réputée adaptée à son état de santé.

3. a) Selon le droit fédéral, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al.1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après le traitement et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

En vertu de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit 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 être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou s'il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption. En vertu de l'article 28 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a 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 quart de rente pour un taux de 60 % au moins et une rente entière pour un taux de 70 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration - le tribunal en cas de recours - se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore

raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2).

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. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une

surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 précité consid. 3b ; 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 ; 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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 précité consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2).

d) Enfin, 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 devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

4. En l'espèce, se fondant sur les expertises du SMR, de la Clinique F._____ et du Dr S._____, l'OAI a nié au recourant le droit à des prestations de l'AI au motif que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte sur le plan somatique. S'appuyant sur les constatations de ses médecins traitants, le recourant soutient quant à lui que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, en raison de l'ensemble des atteintes dont il souffre, tant sur le plan somatique que psychique.

a) Sur le plan somatique, vu les diverses plaintes du recourant relevées notamment par le Dr I._____ dans son rapport du 5 juillet 2008, l'OAI a ordonné l'examen du recourant par un spécialiste en rhumatologie du SMR. A l'occasion de l'expertise bidisciplinaire réalisée le 29 mars 2009, ainsi que du complément du 29 avril 2009, les experts du SMR ont ainsi retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervicodorsalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, syndrome rotulien bilatéral avec gonarthrose bilatérale tricompartimentale modérée à prédominance fémoro-tibiale interne et vertiges d'origines indéterminée sur possible cupulolithiase. Ces diagnostics entraînant des limitations fonctionnelles, l'OAI a suivi le SMR et reconnu une incapacité totale de travail du recourant dans son activité habituelle de maçon.

Les conclusions rendues sur le plan somatique précitées correspondent aux constatations faites par le Dr C._____ dans son rapport médical du 16 mars 2009, ainsi qu'à celles faites par le Hôpital X._____ (rapport du 21 avril 2009). Elles reposent sur une anamnèse complète, un examen clinique, tiennent compte des plaintes du recourant et sont dûment motivées. Les divers médecins traitants du recourant n'ont par la suite procédé à aucune nouvelle constatation et n'ont pas proposé la mise en œuvre de nouveaux examens sur ce plan. Le recourant n'a par ailleurs pas contesté ces conclusions, ni dans son opposition du 11 juin

2009, ni dans le cadre de la procédure judiciaire. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre une incapacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle de maçon en raison des limitations fonctionnelles retenues.

b) Sur le plan neurologique, les experts du SMR ont noté un status sans particularité. Dans son rapport du 11 juin 2009, M. U._____ a quant à lui relevé que le ralentissement idéo-moteur, la perplexité et les troubles mnésiques du recourant plaidaient en faveur d'une évaluation neurologique et neuropsychologique. Se fondant sur l'expertise du SMR, l'OAI a toutefois rendu sa décision sans instruire plus avant sur ce plan. Le recourant a ensuite fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique au Centre J._____. Dans son rapport du 20 juin 2010, la Dresse G._____ a fait état d'examens neuropsychologiques montrant des performances modérément à sévèrement perturbées, voir effondrées parfois, dans l'ensemble des domaines du fonctionnement mental. Ce rapport rendait toutefois comptes des conditions difficiles de l'examen clinique et soulignait la nécessité de renvoyer le recourant à une unité spécialisée. Partant, le Tribunal de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise neurologique et neuropsychologique à la Clinique F._____ au terme de laquelle les experts ont conclu à l'absence de trouble neurologique et neuropsychologique incapacitant. Ils ont précisé que le ralentissement psychomoteur constaté n'avait pas de cause neurologique. Ils ont ensuite clairement expliqué en quoi les examens cliniques et paracliniques conduisaient à retenir une majoration fonctionnelle. Ils ont émis l'hypothèse d'une polyneuropathie, mais seulement possible et dans tous les cas sans retentissement fonctionnel. Les céphalées et les troubles du sommeil n'entraînaient pas non plus d'invalidité. Ils ont renvoyé pour le surplus à une composante psychiatrique, tout en précisant, à juste titre, qu'une évaluation dans ce domaine ne relevait pas de leur mission.

Dans son rapport du 8 mars 2012, la Dresse G._____ a exprimé son désaccord face aux conclusions des experts de la Clinique F._____, expliquant que même si une cause neurologique était exclue, le recourant présentait de nombreux problèmes psychiatriques, associés à

un faible niveau intellectuel et, que même s'il exagérait peut-être légèrement ses difficultés, celles-ci semblaient évidentes dans la vie de tous les jours.

Le rapport d'expertise de la Clinique F._____ repose sur une anamnèse complète et un examen clinique approfondi. Il tient compte des plaintes du recourant, ainsi que de son dossier médical. Il a été effectué avec l'aide de deux interprètes différents, l'un habitué du recourant, l'autre inconnu de ce dernier. Les experts expliquent de manière détaillée et suffisamment motivée leurs conclusions. De la sorte, leur rapport remplit les critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. La Dresse G._____, après avoir d'abord relevé la nécessité d'un examen dans une unité spécialisée, n'amène finalement pas d'éléments dont l'expertise n'aurait pas tenu compte et qui permettraient d'en remettre en cause les conclusions. En effet, elle se borne à expliquer l'ampleur des troubles du recourant par de nombreux problèmes psychiatriques, ce qui ne relève par définition pas du domaine expertisé par la Clinique F._____, et par un faible niveau intellectuel qu'aucun expert intervenu au dossier n'a en définitive retenu. Il convient à ce propos de remarquer que le retard mental est mentionné comme probable dans le rapport d'évaluation du Centre J._____ du 20 juin 2010 et que les rapports suivants (du 31 août 2010 et du 8 mars 2012) ne motivent pas la raison pour laquelle ce diagnostic devrait finalement être retenu. Vu ce qui précède, il convient de retenir que le recourant ne souffre d'aucune atteinte invalidante sur le plan neurologique et neuropsychologique.

c) Ayant pris connaissance du rapport du Dr I._____ du 5 juillet 2008, l'OAI a mandaté le SMR afin d'effectuer une expertise, non seulement rhumatologique, mais également psychiatrique. Selon les experts du SMR, le recourant ne souffrait d'aucun trouble psychiatrique invalidant, mais d'un trouble panique d'intensité moyenne n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Les Drs A._____ et Z._____ ont toutefois par la suite estimé que les constatations faites par les experts de la Clinique F._____ justifiaient la mise en œuvre d'une expertise indépendante sur le plan psychiatrique afin de déterminer si le trouble

dépressif mentionné par la Clinique F. _____ était source d'incapacité de travail durable ou non. C'est ainsi que le Dr S. _____ a été mandaté afin de réaliser une expertise judiciaire. L'expert a retenu le diagnostic de trouble factice, non invalidant. Ses conclusions procèdent d'une analyse approfondie du comportement du recourant lors des séances d'examen. Relevant d'importantes contradictions lors de son premier entretien avec l'intéressé, il a cherché à faire la lumière sur celles-ci lors du deuxième. Il a, dans son analyse, rendu compte et tenu compte des apparentes difficultés du recourant pour les confronter à son analyse médicale. Il a également tenu compte des conditions difficiles d'examen en raison des difficultés de langue et s'est adjoint les services d'un interprète professionnel de [...]. Il a rapporté de manière très détaillée les contradictions entre le comportement du recourant alors qu'il était en situation de test et lorsqu'il ne se savait pas en pareille situation, puis a expliqué, de manière claire et systématique, en quoi ces contradictions menaient à exclure tel puis tel diagnostic de maladie psychiatrique *stricto sensu*. Son analyse est rigoureuse et porte sur les divers diagnostics nommés au dossier. Finalement, le diagnostic différentiel est précis et convaincant dans le fait d'écarter les autres hypothèses que la situation clinique du recourant pouvait évoquer. A nouveau interrogé, le Dr S. _____ a procédé à des mesures complémentaires pour livrer des explications complémentaires détaillées, répondant de manière motivée aux rapports produits par le recourant. Il a en particulier noté qu'aucun examen complémentaire n'avait été diligenté par les médecins traitants depuis le rapport du Centre J. _____ du 10 décembre 2012. En outre, le Dr S. _____ a justement fait remarquer que les médecins qui avaient effectué les examens neuropsychologiques des 5 et 22 novembre 2011 avaient fait les mêmes constatations que lui, retenant un comportement et des résultats contradictoires. Il a indiqué de manière détaillée pourquoi des observations somme toute correspondantes le menaient à un diagnostic différent de celui retenu par les Drs M. _____ et H. _____. Il apparaît utile de relever ici que les experts du SMR ont eux aussi noté que l'assuré était "un peu démonstratif" et que la Dresse G. _____ a elle-même émis l'hypothèse qu'il "exagérait peut-être un peu ses difficultés".

Partant, le rapport d'expertise judiciaire du Dr S._____ se fonde sur un examen clinique et repose sur une anamnèse détaillée ainsi qu'une analyse approfondie des plaintes du recourant et du dossier constitué. Il explique clairement et de manière suffisamment motivée en quoi il s'écarte des diagnostics divergents (ceux du Dr C._____, du Centre J._____ et des Drs M._____ et H._____) et pourquoi il ne retient aucune autre entité clinique. Clair et complet, il satisfait ainsi aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3c supra). Les rapports produits par le recourant n'amenant en définitive pas d'argument susceptible de remettre en doute les conclusions de l'expert, ces dernières emportent la conviction. En particulier, concernant le trouble dépressif, l'on ne peut suivre le recourant lorsqu'il prétend que le Dr S._____ n'a pas motivé l'exclusion de ce diagnostic. Au contraire, il a précisément expliqué qu'il ne retrouvait aucun signe d'une telle pathologie, ceci après une observation approfondie. Ses conclusions rejoignent du reste celles des expertises du SMR et du Dr I._____.

Le recourant soutient encore que c'est la somme de ses atteintes qui serait invalidante. M. U._____ a expliqué à cet égard, dans son avis du 27 mai 2013, qu'aucune pathologie prise isolément n'entraînait d'invalidité permanente. Il sied à ce propos de constater qu'en l'absence de trouble psychiatrique *stricto sensu*, il ne saurait être tenu compte d'un trouble qui ne serait pas invalidant en soi pour en inférer une invalidité en rapport avec d'autres troubles. Ainsi, sur le plan neurologique, les céphalées et les troubles du sommeil retenus par les experts de la Clinique F._____ ne sauraient à eux seuls suffire à admettre une invalidité totale, parce qu'associés à des limitations fonctionnelles somatiques.

A cela s'ajoute qu'un diagnostic psychiatrique ne peut être retenu comme invalidant qu'en présence d'éléments objectifs positifs et non par défaut, sur la simple constatation que les douleurs rapportées par un assuré ne trouveraient pas d'explications.

Cela étant, il est utile de rappeler que le juge fonde sa décision sur les faits apparaissant comme les plus vraisemblables (cf. supra consid. 3d). En l'espèce, tous les médecins intervenus au dossier ont rendu comptes des conditions difficiles qu'ils ont rencontrées dans le cadre de leurs examens, les experts n'y faisant pas exception. Ces derniers ont toutefois fait leur possible afin de satisfaire à leur mission dans les meilleures conditions. Si le Dr S._____ a émis quelques réserves à cet égard – comme l'ont d'ailleurs fait également les médecins traitants du recourant –, il a clairement exprimé et motivé sa conviction quant au fait que la problématique du recourant sortait du strict champ biomédical. Ainsi, le simple fait qu'il ait reconnu que les conditions d'examens avaient été difficiles ne suffit pas à réfuter ses conclusions. Ceci vaut par ailleurs également pour l'expertise de la Clinique F._____ concernant les aspects neurologiques et neuropsychologiques.

En définitive, une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique doit être retenue.

5. Dès lors que le recourant est réputé présenter une capacité totale de travail dans une activité adaptée, mais non pas dans son activité habituelle, il s'agit de déterminer la mesure de sa perte de gain, laquelle pourrait le cas échéant ouvrir un droit aux prestations AI.

a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique (ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte (ATF 130 V 393 ; 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194).

Cela étant, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou

alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010, consid. 3).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. Un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (obligation de réduire le dommage) ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 3.2 ; 8C_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 et les références citées ;

9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires propres à influencer le degré d'invalidité (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4 ; TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références).

En l'espèce, vu la situation professionnelle du recourant avant la survenance de l'atteinte à sa santé et l'absence de reprise d'une activité professionnelle par la suite, l'OAI a avec raison opté pour la méthode de comparaison des revenus, se fondant sur l'ESS pour calculer le revenu avec invalidité. L'OAI a considéré que le revenu hypothétique auquel ce dernier pouvait prétendre était celui découlant d'une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et service). Ceci est en adéquation avec les limitations fonctionnelles reconnues par les experts du SMR sur le plan somatique, ce qui n'est pas contesté par le recourant. Ce dernier s'est en réalité borné à critiquer le caractère adéquat d'une activité d'ouvrier agricole, qui n'est toutefois pas retenue en l'espèce. Le montant du revenu sans invalidité retenu par l'OAI n'a pas non plus été contesté. Partant, le calcul de l'OAI s'avère correct et doit être repris.

b) Le recourant reproche en revanche à l'OAI de ne pas avoir opéré un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidité.

Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au

handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 % serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

En l'espèce, la déduction opérée par l'intimé repose sur les limitations fonctionnelles somatiques du recourant, ainsi que sur son âge, ce qui est adéquat. Si l'on peut également admettre que le recourant subit un désavantage du fait de sa nationalité, ceci ne suffit cependant pas à justifier un taux d'abattement supérieur à 15 %. Pour le reste, s'il est vrai que le recourant a suivi une scolarité de base, n'a pas de formation et maîtrise mal la langue française, il n'en demeure pas moins que les difficultés linguistiques et le manque de formation professionnelle ne constituent pas des critères déterminants (cf. TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5, 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 et 9C_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5) au regard de la nature des activités encore exigibles (selon l'ESS, niveau de qualification 4 : activités simples et répétitives).

Cela étant, au vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce et compte tenu des critères de réduction que constituent les limitations fonctionnelles du recourant, son âge et sa nationalité, il convient de considérer que le taux d'abattement de 15 % retenu par l'OAI apparaît approprié et doit donc être maintenu. Il en résulte un degré d'invalidité de 8 % tel que retenu par l'intimé, excluant la reconnaissance d'un droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. Des considérants qui précèdent, il résulte que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande de prestations formée par le recourant et les griefs formulés par ce dernier doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

7. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 2bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 94 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g ; art. 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 23 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Syndicat Unia (pour Q. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :