

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Valérie Maurer, avocate à Neuchâtel,

et

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

Art. 49 al. 3 LPGA ; 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, ayant effectué une formation professionnelle initiale d'ébéniste, toutefois sans obtenir de Certificat fédéral de capacité (CFC), a travaillé comme chef de vente auprès de l' [...] SA du 5 septembre 1985 au 31 août 2007, date de son licenciement.

En 1976, l'assuré a été victime, dans le cadre de l'école de sous-officiers, d'un accident, lors duquel il a subi une distorsion du genou gauche. Une première intervention a été effectuée le 23 février 1977, consistant en une méniscectomie externe du genou gauche et la seconde a eu lieu le 27 octobre 1977, sous la forme d'une transposition de la tubérosité du tibia droit. L'assuré a, par la suite, développé une gonarthrose tricompartmentale du membre inférieur gauche. Cette atteinte a été prise en charge par l'assurance militaire en tant que séquelle tardive de la distorsion du genou gauche subie en 1976.

a) Le 20 août 2007, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une hernie discale, opérée en mai 2006, et des problèmes de motricité du dos et de la jambe droite, malgré l'opération, avec des douleurs insupportables.

Dans un rapport du 5 septembre 2007, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif non spécifié et de trouble somatoforme de type douloureux, tous deux apparus courant juillet 2007. Ce médecin a retenu une capacité de travail de 50% dans toute activité à adapter en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'intéressé.

Une expertise clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisée auprès du Service médical régional de l'AI (SMR) le 28 mai 2008.

Les Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport y relatif le 2 juin 2008. Les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies avec pseudo-sciatalgies droites séquellaires (M 54.46) sur discopathies étagées et arthrose postérieure, status après cure de hernie discale L4-L5 à droite et de déconditionnement et dysbalances musculaires. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une amplification des plaintes, des migraines évoluant depuis l'enfance, des allergies saisonnières avec asthme allergique sous traitement ainsi qu'un status après fracture de la neuvième côte à droite. Dans l'appréciation du cas, les experts ont mentionné en particulier ce qui suit :

« **Au plan somatique, [...]**

En conclusion : L'examen clinique de ce jour met essentiellement en évidence des signes de non organicité, sans mise en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires ou de déficit neurologique objectivable. La globalité des plaintes mises en avant par l'assuré actuellement ne peuvent s'expliquer par les troubles ostéoarticulaires objectifs mis en évidence aux examens complémentaires. Au regard des atteintes objectives à la santé présentées par l'assuré, des limitations fonctionnelles dans des activités à forte charge physique ou à position statique prolongée sont retenues.

La nature et le nombre de limitations fonctionnelles peuvent être à l'origine d'une baisse de rendement de maximum 20% dans une activité qui ne respecte pas strictement les limitations fonctionnelles. L'activité antérieure de l'assuré étant adaptée aux limitations fonctionnelles, il n'y a pas d'incapacité de travail de longue durée retenue, mais une diminution de rendement peut être pertinente.

L'incapacité de travail actuelle de 40% établie par son médecin traitant, ne peut (sic) pas s'expliquer par les atteintes somatiques objectives mises en évidence. Les plaintes actuelles de l'assuré s'expliquent en partie par la décompensation secondaire de son trouble ostéoarticulaire à la suite du traumatisme subit (sic) 26.05.2007 et par un phénomène d'amplification des plaintes secondaire au licenciement.

Au plan psychiatrique, [...]

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré dont l'anamnèse familiale et personnelle sont vierges. L'examen de ce jour montre un homme de très bonne constitution psychique, dont l'intelligence est bien présente. L'intéressé n'a aucune plainte d'ordre psychiatrique, il n'a jamais vu de psychiatre et n'a jamais pris de traitement psychotrope. L'examen de ce jour peut confirmer que l'assuré jouit d'une excellente santé psychiatrique, et qu'aucune atteinte à la

santé d'ordre psychique ne porte préjudice à son exigibilité professionnelle.

Face aux documents médicaux en notre possession, le rapport du médecin traitant, le Dr. J. _____, daté du 05.09.2007 mentionne des diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de troubles dépressifs non spécifiés : l'examen de ce jour ne montre pas un profil psychiatrique de trouble somatoforme douloureux, déjà en raison de l'atteinte rachidienne objective. Il n'y a pas non plus de signe de dépression au sens des classifications internationales ; on peut toutefois relever que l'assuré est triste d'avoir été licencié et qu'il souffre d'une incertitude face à son avenir professionnel. Cette souffrance ne répond pas aux critères d'une dépression.

Face à son exigibilité professionnelle, l'assuré a parfaitement les moyens psychiatriques d'exercer une activité professionnelle, à plein temps, d'être pris en charge en reconversion professionnelle ou de bénéficier d'une aide au placement. Il n'est atteint d'aucune maladie psychiatrique pouvant prendre un caractère invalidant. »

Les limitations fonctionnelles décrites étaient les suivantes : port de charge au-delà de 7.5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, minimum 2 x à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, pas d'activité sur terrain instable, pas d'exposition à des machines-outils ou à des vibrations prolongées. Pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position statique debout au-delà de 10 à 15 minutes, diminution du périmètre de charge à environ une heure. Les experts ont conclu leur rapport comme suit :

« **Concernant la capacité de travail exigible**, au vu des atteintes ostéoarticulaires objectives mises en évidence par les examens radiologiques mis à disposition, cet assuré présente des limitations fonctionnelles lui interdisant toute forme d'activité à forte charge physique ou nécessitant des positions statiques prolongées.

Son activité antérieure, selon les descriptions données par l'assuré, semble être adaptée aux limitations fonctionnelles établies. La CT est de 100%, pour autant que les limitations fonctionnelles soient strictement respectées. Une diminution de rendement de 20% (au vu des limitations fonctionnelles présentées) peut être reconnue depuis novembre 2007, si l'activité n'est pas strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

Sur le plan strictement psychiatrique, l'exigibilité professionnelle est totale, comme elle l'a toujours été, dans toute activité. »

En définitive, les experts ont retenu une capacité de travail de 100% à partir de novembre 2007, tant dans l'activité habituelle de chef de vente que dans une activité adaptée.

Par décision du 5 septembre 2008, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente d'invalidité.

L'assuré a chuté dans les escaliers à domicile le 13 août 2009, ce qui lui a valu une entorse. Dans le cadre de cet accident, un examen par résonance nucléaire magnétique a mis en évidence une arthrose tricompartmentale prédominante dans le compartiment extérieur.

Le 13 novembre 2009, en raison d'une gonarthrose au genou gauche, l'assuré a subi une intervention chirurgicale consistant en une résection arthroscopique des ménisques interne et externe de ce genou avec chondroplastie du condyle fémoral interne en zone de charge.

En date du 29 juin 2010, une prothèse totale du genou (PTG) gauche a été posée. Selon un rapport médical du 6 août 2010 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin adjoint au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier W._____, (Centre hospitalier W._____), l'intervention a bien été supportée et les suites de l'intervention sont restées simples et afébriles avec une évolution favorable tant du point de vue local que général.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande N._____, du 28 avril au 1^{er} juin 2011 dans le but notamment de bénéficier d'un reconditionnement et afin d'évaluer ses capacités fonctionnelles et professionnelles à la suite de la mise en place d'une PTG, compliquée par l'apparition en post-opératoire de troubles de la sensibilité sur le territoire du sciatique poplité externe (SPE). A l'issue du séjour, les médecins ont mentionné, dans un rapport du 29 juillet 2011, qu'une diminution de la douleur au niveau de la fesse droite irradiant à la face latérale du membre inférieur avait été objectivée et que, subjectivement, le patient disait ressentir son genou gauche plus stable et plus fort alors que la douleur à

la face latérale de la jambe gauche avec le genou en flexion restait inchangée. Il était précisé ce qui suit s'agissant des limitations fonctionnelles :

« Dans les limitations du genou, on peut s'attendre à une limitation de sa capacité à se mettre à genou, en position accroupie, ainsi que pour le port de charges lourdes et la marche en terrain accidenté, ou prolongée. On peut également s'attendre à une certaine diminution de rendement liée au besoin de faire des pauses. Dans une activité adaptée, respectant ces limitations où la position devrait pouvoir être alternée, la capacité de travail est entière.

Un suivi dans nos ateliers professionnels ne relève pas d'obstacles à l'exercice d'une activité professionnelle à temps plein pour autant que M. G. _____ puisse adapter ses positions de travail. »

Au niveau psychiatrique, aucune psychopathologie manifeste n'a été retenue. Toutefois, un suivi psychologique individuel et la participation à un groupe de relaxation ont été proposés à l'assuré afin de lui permettre de développer de nouvelles ressources adaptatives, avec un effet favorable.

b) Le 24 juin 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant notamment des douleurs liées à la pose de la PTG.

Dans un rapport du 18 juillet 2011, le Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur au Centre d'antalgie du Centre hospitalier W. _____, indiquait que l'assuré avait débuté un traitement auprès de ce Centre le 30 août 2011.

Dans un rapport médical du 10 août 2011, le Prof. X. _____, chef du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier W. _____, a expliqué ce qui suit au niveau de la prothèse du genou gauche de l'assuré :

« Mécaniquement, cette prothèse a amélioré la fonction du genou et la stabilité du genou à la marche et a corrigé le flexum mais depuis, le patient se plaint de ne pas aller globalement mieux, d'avoir des hyperalgies externes que l'on s'explique mal. »

Dans un rapport du 12 août 2011, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, a retenu comme diagnostic notamment un status après PTG pour gonarthrose invalidante sur un status après traumatisme à l'armée en 1975 [recte 1976] avec une évolution défavorable. Il précisait que depuis l'intervention sur le genou de l'assuré, celui-ci était toujours en incapacité de travail à 100% avec des douleurs importantes sur le bord externe de la jambe opérée, avec décompensation progressive au niveau lombaire.

Dans un rapport du 26 octobre 2011, le Dr L._____, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de status après pose d'une prothèse totale du genou gauche pour gonarthrose invalidante post-traumatique d'évolution défavorable et de lombosciatalgies droites chroniques dans un contexte de status post-cure hernie discale L4-L5 à droite. Les limitations fonctionnelles retenues consistaient en l'impossibilité de porter des charges et de rester longtemps dans la même position, en une limitation de sa capacité de se mettre à genou et en position accroupie et en l'impossibilité de marcher sur un terrain accidenté.

Dans un avis médical du 21 novembre 2011, le Dr Q._____ du SMR a résumé la situation ainsi :

« La demande actuelle est motivée par les séquelles douloureuses après la mise en place d'une PTG à D [droite ; recte : gauche] en date du 29.06.2010 en raison d'une arthrose tricompartmentale secondaire à un accident pris en charge par l'AMF [assurance-militaire fédérale] dès 1976, et actuellement par la SUVA. L'assuré se plaint de douleurs à caractère neurogène au MID [membre inférieur droit ; recte : gauche] attribué selon toute probabilité à un névrome, douleurs telles qu'une prise en charge antalgique par le Dr H._____ a été mise en route. Il y aurait en outre la décompensation des lombosciatalgies D. En mai 2011 un séjour à la Clinique romande N._____ n'a pas apporté de solution ; une affection psychiatrique a été niée. La SUVA n'a pas conclu. Le Dr L._____, médecin traitant, retient une IT [incapacité de travail] totale depuis le 21.05.2010 ; il ne précise pas la CT, jugeant en octobre 2011 qu'« une activité est encore exigible avec un rendement moindre » ; limitations fonctionnelles : position statique prolongée, agenouillement, accroupissement, marche en terrain accidenté, port de charges. »

Dès lors que l'exigibilité n'était pas claire, il convenait, selon le Dr Q._____, d'interroger le Dr T._____ ainsi que le médecin d'arrondissement de la CNA.

Dans un rapport du 15 mars 2012, le Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur et médecin-chef au Département d'anesthésie et Centre d'antalgie de l'Ensemble hospitalier A._____, mentionnait ce qui suit :

« Malgré [l]es traitements orthopédiques réussis, il persiste très clairement une douleur neurogène, récalcitrante et résistante à tout traitement médical, physiothérapeutique ou autre bien conduit. Au vu de la résistance de ces douleurs à tous traitements habituels tant médicamenteux que d'antalgie interventionnelle, l'indication à une technique de neuromodulation telle une stimulation médullaire est clairement posée. »

Le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique adjoint du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier W._____ a, dans un rapport du 19 avril 2012, posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il décrivait un patient présentant une certaine vulnérabilité psychique marqué par un état d'épuisement et de fatigue morale conséquent à une condition d'un sentiment d'impuissance et de l'angoisse par rapport au futur. Il mentionnait que le patient était suivi au niveau psychiatrique depuis le mois de septembre 2011 à raison d'une fois tous les quinze jours auprès du Centre d'antalgie. Dans le rappel anamnestique, il rapportait que le patient affirmait que depuis le remplacement de sa prothèse du genou deux ans auparavant, les douleurs dépassaient les limites du supportable et lui causaient des insomnies importantes et avaient également un impact sur sa vie de couple et son quotidien.

Le Dr Q._____ du SMR a considéré, dans un avis du 20 avril 2012, que la situation médicale n'était toujours pas stabilisée et qu'il fallait poursuivre l'instruction en interrogeant les Drs C._____ et L._____ dès mi-juillet 2012.

En réponse à des interrogations du médecin de la CNA, le Dr H. _____ a indiqué ce qui suit dans un courrier du 26 avril 2012, en lien avec l'indication à la pose d'un simulateur médullaire :

« [...] »

L'indication à tester le neuro-stimulateur médullaire chez le patient cité en référence, n'est pas tellement le problème de lombalgie sur cette ancienne hernie discale L5-S1 opérée, mais plutôt la symptomatologie neurogène au niveau du genou G.

Je suis d'accord avec vous que l'indication en faveur d'un stimulateur médullaire suite à la pose d'une prothèse de genou est rare, par contre l'indication pour une symptomatologie neurogène est probablement une indication spécifique pour ce type de traitement.

Le fait de donner un avis favorable à un test de stimulateur médullaire ne signifie pas que la technique sera définitivement appliquée, elle ne le sera uniquement après quelques semaines où nous avons prouvés (sic) que le bénéfice pour le patient est réel. »

Dans une notice médicale du 16 mai 2012, le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre conseil de la CNA, a posé le diagnostic de dépression moyenne dans un contexte plurifactoriel, en relevant qu'à son avis, l'aspect algique et séquellaire de l'accident du genou ne jouait qu'un rôle mineur chez l'assuré et que c'était le contexte psycho-social (licenciement) et affectif (relation conflictuelle avec son épouse et absence de contact avec ses deux filles) qui semblait avoir l'effet déclencheur déterminant.

Par rapport du 22 août 2012, le Dr L. _____ a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de gonalgies persistante après pose d'une prothèse totale au genou gauche pour gonarthrose invalidante post-traumatique depuis juin 2010 et de lombosciatalgies droites chroniques dans un contexte de status post-cure de hernie discale L4-L5 droite, opérée en mai 2006. Il a précisé que le patient se plaignait toujours d'importantes douleurs de son genou opéré, probablement d'origine neurogène, récalcitrante et résistante à tout traitement médical. Il a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : ne peut pas marcher sur une longue distance, ne peut rester assis dans la même position longtemps, port de charge impossible, limitation à se baisser et à se

relever. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Il a encore indiqué que le pronostic restait réservé pour le long terme dans une activité adaptée.

Le Dr C._____ s'est exprimé en ces termes dans un rapport du 26 septembre 2012 :

« [...] nous avons pratiqué durant le courant du mois d'août et avec l'accord de l'assurance-militaire, une période de simulation test de la moelle épinière, ceci dans le cadre de ses douleurs à caractère de brûlures situées au niveau du genou et du membre inférieur gauche essentiellement.

La période de test a été très positive, raison pour laquelle nous avons pratiqué en date du 7 septembre 2012, la pose d'un stimulateur médullaire définitive de type Prime Advanced Medtronic.

L'intervention s'est déroulée sans problème et au premier contrôle après 15 jours, les cicatrices sont calmes et la stimulation amène clairement une amélioration symptomatique malgré le déconditionnement général du patient. [...] »

Il ressort d'une note d'entretien du 1^{er} octobre 2012 du représentant de la CNA (assurance militaire) que le Dr L._____ a clairement déconseillé au patient de tenter une reprise du travail en l'état et qu'il fallait d'abord qu'il puisse se rétablir correctement, raison pour laquelle l'assuré n'a pas donné suite à une proposition d'engagement.

Le médecin précité a encore mentionné ce qui suit dans un rapport du 11 décembre 2012 :

« Les douleurs n'avaient pas répondu à des manœuvres d'antalgie interventionnelle classique effectuée par notre collègue le Docteur H._____ du Centre hospitalier W._____ et celui-ci nous a présenté le patient dans l'idée d'une stimulation médullaire test qui a été réalisée avec un bon succès en terme antalgique puisque le patient déclare clairement, après la pose d'un simulateur médullaire définitive (intervention réalisée en date du 7 septembre 2012), une diminution de ses douleurs significatives (sic) mais encore insuffisantes (sic).

Du point de vue fonctionnel, comme cela est souvent le cas, il n'y a malheureusement pas d'amélioration à ce jour à notre sens.

[...]

Je me permets encore de vous rappeler que la situation, à mon avis, reste extrêmement précaire malgré une amélioration certaine du

contexte douloureux, dans le cadre d'une fonctionnalité non améliorée depuis des années et ceci malgré des traitements multiples. »

Dans un courriel du 13 décembre 2012 à la CNA (assurance militaire), l'assuré a écrit ce qui suit :

« Je ne peux que vous confirmer aujourd'hui ce que je vous ai toujours indiqué lors de nos entretiens. Depuis que j'ai une prothèse au genou gauche, et que j'ai le simulateur médullaire implanté, **je n'est (sic) plus de douleur au dos, car je ne me décharge plus sur la jambe droite à cause des douleurs insupportables de mo (sic) genou opéré.** Je ne comprends pas pourquoi il est toujours fait mention de problème de dos dans vos décisions. »

Un rapport d'entretien du 16 janvier 2013 entre le représentant de la CNA (assurance militaire) et l'assuré faisait notamment état de ce qui suit :

« Sur le plan de son genou prothésé, le stimulateur médullaire apporte une réelle amélioration. Toutefois, son genou enfle au moindre effort et le stimulateur doit être activé plus fortement que cela ne devrait pour avoir un effet bénéfique. M. G. _____ constate qu'il doit faire très attention (sic) en se relevant après être resté longtemps assis car il n'a pas de sensibilité dans la jambe et risque de tomber. M. G. _____ ne remet pas en cause la prothèse en elle-même mais ce sont les connexions nerveuses et tout ce qui tient l'articulation qui ne semblent pas fonctionner à satisfaction. »

Par avis du 3 avril 2013, le Dr Q. _____ du SMR a préconisé de réinterroger le Dr L. _____ et l'éventuel psychiatre traitant, dès lors qu'un épisode dépressif moyen avait été diagnostiqué.

Dans un rapport du 26 avril 2013, le Dr L. _____ a mentionné ce qui suit :

« [...]

Depuis mon dernier rapport, l'évoution (sic) s'est péjorée ; le patient a été mis au bénéfice d'une stimulation médullaire (Dr C. _____) en date du 07.09.2012 avec amélioration passagère des douleurs. Par la suite, il a été pris en charge momentanément pour rééducation fonctionnelle dans le service de physiothérapie du Centre hospitalier W. _____ (Dresse R. _____), prise en charge interrompue pour manque de résultat.

Monsieur G. _____ ressent toujours des douleurs lancinantes et à type de serrement dans le genou, survenant au repos ou à l'effort.

Par ailleurs, il développe des épisodes de lombosciatalgies droites, probablement par décompensation de sa marche habituelle. Les traitements en cours actuellement sont une prise en charge par hypnose (Dresse R._____) et des antalgiques (Co-Dafalgan et Flector).

Des antidépresseurs vont être discutés prochainement au vu de l'état dépressif sous jacent.

Quelles sont les limitations fonctionnelles précises qui relèvent de l'AI ?

Actuellement le patient ressent des douleurs constantes dans son genou opéré, variables selon les jours, et le limitant dans ses déplacements en voiture et dans toutes activités physiques un peu soutenue. Il se déplace actuellement avec une canne de décharge. Même les positions longtemps assise (sic), sont douloureuses.

Quelle est la capacité de travail dans une activité médicalement adaptée ?

Actuellement, le patient est toujours à 100% d'incapacité de travail depuis mai 2010. Le pronostic reste réservé dans cette situation. »

Par avis SMR du 30 mai 2013, le Dr Q._____ a conclu à la mise sur pied d'un examen orthopédique et psychiatrique au SMR, les troubles psychiques n'ayant en particulier pas été étayés, ni traités et suivis par un spécialiste.

Un rapport d'entretien du 11 juin 2013 entre l'assuré et le représentant de la CNA faisait état de ce qui suit :

« L'évolution stagne. M. G._____ déclare qu'il ne pourrait plus se passer du stimulateur car il lui apporte un certain soulagement. Il constate aussi qu'il chute moins depuis qu'il a fait la physiothérapie au Centre hospitalier W._____ et qu'il se déplace mieux. Toutefois, il se produit des phénomènes bizarres. M. G._____ peut marcher presque normalement sans boiter sur 200 mètres, puis ressentir une décharge dans le genou qui l'empêche de se déplacer et le fait boiter. Le physiothérapeute a constaté que le problème n'est pas musculaire. La jambe de M. G._____ est suffisamment musclée. Il évoque l'hypothèse qu'il y ait un problème au niveau de la prothèse qui aurait tendance à taper. Il va en faire part au Dr R._____. [...] M. G._____ va avoir un bilan avec le physio. l'après-midi de notre entretien, puis une consultation avec son médecin [...]. L'assuré a aussi évoqué la possibilité de demander un 2^{ème} avis car finalement, il se demande s'il n'y a pas un problème avec la prothèse. Il va aussi parler à son médecin d'un éventuel bilan chez un rhumatologue pour exclure une composante d'origine rhumatologique. »

Par courrier du 9 août 2013, l'assuré a indiqué qu'il avait entrepris un suivi psychiatrique depuis le 1^{er} juillet 2013 auprès de la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Un examen clinique orthopédique et psychiatrique a été réalisé auprès du SMR le 30 septembre 2013. Dans leur rapport du 2 octobre 2013, les Drs Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques et pseudo sciatalgies bilatérales (M54.4), de discopathies lombaires étagées de L3 à S1 prédominantes en L4-L5 et L5-S1 et de status après cure de hernie discale L4-L5, de status après arthroplastie totale du genou gauche pour gonarthrose post-traumatique avec douleurs persistantes (T93.3), en précisant qu'il n'existait aucun diagnostic invalidant sur le plan psychiatrique. Le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, d'obésité de classe I avec BMI à 33.6 KG/M² a également été posé. Les médecins précités ont en outre retenu ce qui suit :

« APPRECIATION DU CAS

A partir du mois de mai 2009, des gonalgies à G [gauche] sont apparues. L'assuré avait développé une gonarthrose post-traumatique, suite à un accident survenu en 1976. Il a bénéficié d'une arthroplastie totale du genou G, le 29.06.2010. L'évolution fut marquée par d'importantes douleurs de la face externe du membre inférieur G, surtout à partir du genou. Deux examens neurologiques se sont avérés dans les limites de la norme. Tous les traitements antalgiques prescrits se sont avérés inefficaces. Les manœuvres d'antalgie interventionnelles classiques effectuées par le Dr H._____ se sont avérées peu efficaces. En septembre 2012, un stimulateur médullaire a été mis en place. Avec cet appareil, l'assuré arrive à contrôler les douleurs du membre inférieur D et du mollet G. Par contre, les douleurs proximales du membre inférieur G persistent. Sur le plan professionnel, mises à part les douleurs, il n'y a aucun argument pour dire que cet assuré ne puisse pas travailler dans une activité adaptée. Les douleurs dépassent ce que (sic) l'on pouvait s'attendre, au vu de l'examen clinique rassurant et les examens radiologiques. L'assuré est très démonstratif et des signes de non-organicité ont été mis en évidence. Il ne s'agit pas [d']un syndrome somatoforme ou d'un syndrome douloureux de type fibromyalgie.

L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé

à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail. Dans le cadre du Centre d'antalgie - service d'anesthésiologie du Centre hospitalier W._____, l'assuré a bénéficié d'entretiens de soutien avec le Dr N._____ (sic), psychiatre. D'après l'assuré, il avait demandé un soutien psychologique « préventif ». Ayant rencontré des difficultés en ce qui concerne la régularité des rendez-vous, l'assuré a demandé un suivi spécialisé à la Dresse F._____, psychiatre à [...]. Toutefois, c'est dans le contexte d'un consilium du Centre d'antalgie qu'un traitement de Cymbalta® a été introduit pour les sensations de brûlures, depuis six semaines. L'assuré lui-même ne décrit pas de symptomatologie dépressive lors de l'introduction du traitement de Cymbalta®. En conclusion, pour les motifs mentionnés ci-dessus, un trouble de l'adaptation, réaction dépressive, ou un épisode dépressif n'est pas retenu.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé ne sont pas observés.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire. Doit éviter le port de charges supérieures à 5 kg. Doit pouvoir alterner la position assise avec la position debout à sa guise. Doit éviter la position debout statique prolongée. Doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter de monter ou descendre les escaliers ou les pentes. Doit éviter de marcher en terrain irrégulier. Les courts déplacements à plat sont possibles. Sur le plan psychiatrique, aucune. »

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

L'assuré a perçu les indemnités de chômage jusqu'au 31.05.2010. Arrêt de travail à 100% à partir du 01.06.2010. Sur le plan psychiatrique, sans objet.

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

L'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative. On peut estimer qu'il a récupéré une capacité de travail dans un travail adapté à 100% à partir du 01.07.2011 (Clinique romande N._____). »

Le Dr A._____ du SMR a rendu un avis le 17 octobre 2013, dont on extrait ce qui suit :

« [...] La deuxième demande est motivée par des séquelles douloureuses suite à la pose d'une prothèse totale (PTG) du genou G en juin 2010 et une décompensation des lombosciatalgies. Dans son RM du 11.12.2012 le Dr C._____ anesthésiste au Centre d'antalgie de [...] mentionne que l'assuré a bénéficié le 07.09.2012 de la mise en place d'un stimulateur médullaire dans

le cadre de douleurs neurogènes majeures ressenties dans les deux MI mais surtout à G survenues après un traumatisme du genou G et résistantes à la mise en place d'une PTG pour gonarthrose.

Le Dr L. _____ dans sa lettre du 10.12.2012 mentionne l'effet antalgique satisfaisant du stimulateur médullaire. L'assuré écrit à l'AMF le 13.12.2012: « je n'ai plus mal au dos » depuis la mise en place du stimulateur. Dans son RM [rapport médical] du 26.04.2013 le Dr L. _____ reprend l'aggravation des lombosciatalgies D, des gonalgies G et d'un état dépressif. Il estime la CT nulle dans toute activité depuis mai 2010, un mois avant la pose de la PTG. Face à ces discordances, une expertise bidisciplinaire est demandée.

Dans leur rapport d'expertise du 30.09.2013 le Dr Z. _____ orthopédiste et Dr E. _____ psychiatre retiennent des lombalgies chroniques et pseudo-sciatalgies bilatérales dans le cadre de discopathies lombaires étagées de L3 à S1 et status post cure de HO L4-L5 ; des douleurs persistants (sic) après arthroplastie totale du genou G pour gonarthrose posttraumatique. Aucune pathologie psychiatrique n'est retenue. Ces médecins attestent une CT totale dans une activité avec des LF d'épargne du rachis et du genou dès la sortie de la Clinique romande N. _____ en juin 2011.

L'examen clinique du rachis décrit par le Dr Z. _____ en septembre 2013 est globalement superposable à celui mentionné par le Dr B. _____ en 2010 hormis une légère diminution de l'index de Schobr [sic] passant de 10/15 à 10/14. L'imagerie (Rx de la colonne lombaire du 03.08.2011) ne montre pas d'atteinte nouvelle. L'examen neurologique des MI et l'EMG [électromyogramme] effectués par la Drsse [...] à la Clinique romande N. _____ (cf rapport du 16.05.2011) sont normaux. Au vue (sic) de ces éléments nous concluons à une légère aggravation sur le plan des lombosciatalgies motivant une intensification des mesures d'épargne du rachis sans répercussion sur la CT.

Pour ce qui concerne le genou G l'examen clinique de septembre 2010 montre objective (sic) l'absence de signes inflammatoire, des bonnes amplitudes et stabilité articulaires. Les radiographies n'ont pas objectivé de descellement de la prothèse ou autre anomalie. Les douleurs ne justifient à notre avis pas d'une réduction de la CT mais de LF d'épargne.

Nous suivons les Dr Z. _____ et E. _____ est (sic) retenons une CT totale dans toute activité avec des mesures d'épargne du rachis et du genou G dès juillet 2011. »

Dans un rapport du 20 novembre 2013, la Dre F. _____ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen sur fond de douleurs invalidantes. Elle a mentionné des restrictions psychiques liées aux douleurs qui limitaient le type d'activités possibles et leur durée, des difficultés de concentration, une irritabilité, de la fatigue, une fatigabilité et des angoisses de ne pas pouvoir honorer les

échéances. A titre de limitations fonctionnelles, elle a retenu une nécessité de changer constamment de position et d'interrompre l'activité, des erreurs dues aux difficultés de concentration, une intolérance au stress, une diminution de rentabilité, un manque de diplomatie et des possibles retards dans les échéances. Elle a précisé qu'une activité dans la vente paraissait difficile et que les activités étaient limitées essentiellement par les problèmes somatiques, tout en relevant que l'altération de l'état psychique était consécutif aux douleurs et a retenu une capacité de travail de trois tranches d'une heure par semaine, en privilégiant une activité à domicile. Il ressort également de ce rapport qu'un traitement antidépresseur (Cymbalta) a été introduit le 8 septembre 2013 (augmenté de 30 mg à 60 mg le 11 septembre 2013).

Un courriel du 25 novembre 2013 de l'assuré au représentant de la CNA, ainsi qu'une notice téléphonique du 29 novembre 2013 de ce dernier, font état d'une chute de l'assuré à son domicile à la suite d'un « lâchage » de son genou gauche équipé d'une prothèse, lui ayant valu une déchirure des ligaments à la cheville droite et un décollement du tendon d'Achille.

Par courrier du 23 janvier 2014, l'assuré a rappelé à l'OAI qu'il était suivi au niveau psychiatrique depuis le 1^{er} juillet 2013 auprès de la Dre F._____.

Dans un avis SMR du 13 février 2014, les Drs DD._____ et A._____ ont relevé ce qui suit :

« Nous avons discuté du cas à l'interne avec la Dsse I._____ psychiatre au SMR. Le suivi psychiatrique auprès de la Dresse F._____ est mentionné par le Dr E._____ dans son rapport d'expertise (p.3). Ce médecin mentionne que la prise en charge psychiatrique a été introduite dans un but de soutien « préventif » demandé par l'assuré lui-même et la médication de Cymbalta introduite dans un but antalgique suite à un consilium, des spécialistes d'antalgie au Centre hospitalier W._____. L'examen (p. 5) du Dr E._____ objective un assuré sans symptôme dépressif, anxieux ou psychotiques. L'examen psychiatrique décrit par la Dresse F._____ se base essentiellement sur les plaintes de l'assuré (se sent usé ; difficulté à accepter le handicap, vie marqué (sic) par les douleurs).

Un autre élément à considérer est le fait que selon l'assuré et la Dresse F._____ la symptomatologie dépressive est consécutive à la symptomatologie douloureuse. Selon la jurisprudence un trouble psychique réactif ou d'accompagnement à une symptomatologie douloureuse ne saurait être considéré comme une comorbidité incapacitante autonome.

Nous concluons donc comme retenu dans notre rapport d'examen du 30.09.2013 à une CT totale dans toute activité dans le respect des LF décrites en première page du rapport. Une activité à domicile serait particulièrement adaptée. »

Par communication du 6 mars 2014, l'OAI a fait part à l'assuré qu'il avait examiné le droit à l'orientation professionnelle et que les conditions étaient remplies. Il allait dès lors examiner les possibilités de réinsertion professionnelle.

Il ressort d'un rapport du Service de réadaptation de l'OAI du 17 avril 2014 qu'une évaluation-observation professionnelle de trois semaines (du 2 juin au 12 septembre 2014) au centre [...] de [...] a été préconisée en faveur de l'assuré car l'activité de représentant ou de chef de vente n'était pas adaptée à son état de santé (usage fréquent du véhicule et déplacements fréquents à pied). Il s'agissait pour lui d'effectuer une activité légère dans le secteur tertiaire ne nécessitant pas de déplacement et lui laissant la possibilité d'alterner les positions.

Cette mesure a toutefois dû être interrompue le 6 juin 2014 en raison de l'état de santé de l'assuré.

Dans un rapport du 14 juillet 2014, le Dr L._____ a posé les diagnostics de gonalgies persistantes après pose d'une prothèse totale au genou gauche pour gonarthrose invalidante post-traumatique, d'état dépressif réactionnel, tout en précisant que la cause principale avec influence sur la capacité de travail était le problème des gonalgies. Il précisait que la situation restait stationnaire, malgré la stimulation médullaire et les traitements de physiothérapies effectués au centre thermal d' [...] et que le traitement antidépresseur et à visée antalgique de Cymbalta avait permis d'améliorer légèrement la symptomatologie, mais avait dû être stoppé en raison de l'apparition d'une hypertension

artérielle secondaire. Il concluait que la reprise d'une activité lui paraissait illusoire en l'état.

Par avis du 3 septembre 2014, le Dr S. _____ du SMR a conclu au maintien des conclusions de l'avis SMR du 17 octobre 2013, dès lors qu'il n'existait aucun élément médical objectif nouveau.

Par communication du 8 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'un stage d'évaluation et d'observation professionnelle durant un mois (23 mars au 17 avril 2015) auprès de l' [...] COPAI de [...] afin d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et les possibilités de réinsertion.

La synthèse finale d'un rapport du 12 mai 2015 de l' [...] avait la teneur suivante :

« La capacité résiduelle de travail de M. G. _____ est diminuée. L'exigibilité face à une activité adaptée est un travail à plein temps avec un rendement de 80%. La diminution de 20% est justifiée par la nécessité de combler son inconfort en changeant de position et en effectuant quelques pas pour contenir la fatigue et se dégourdir. »

La conclusion du rapport précité a été rédigée en ces termes :

« Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis que la capacité résiduelle de travail de cet assuré est diminuée. A l'heure actuelle, l'exigibilité est un travail à plein temps avec un rendement de 80%. Ce rendement pourrait éventuellement être amélioré après une période de réentraînement. Des activités légères seraient indiquées. Il pourrait s'agir de la conduite de machines automatiques ou semi-automatiques, du montage à l'établi, du contrôle de qualité, du conditionnement léger, du travail de bureau. M. G. _____ est un homme attentif au détail et fiable, et, étant donné son âge, une aide au placement s'avère indispensable. »

Par courrier du 8 juin 2015, l'assuré a contesté le rapport précité, dès lors qu'il avait indiqué, lors du stage, être en mesure d'effectuer une activité à un taux de 20 à 30%, de préférence à domicile.

Sur demande du médecin-traitant de l'assuré du 31 juillet 2015, le Dr V._____, spécialiste en neurologie, a établi un rapport le 10 août 2015 dont la conclusion était la suivante :

« En synthèse provisoire, le présent examen clinique fait suspecter des douleurs neuropathiques dans le territoire du SPE gauche, évoluant selon le patient depuis l'intervention de mise en place de PTG en 2010. Dès lors et dans la mesure où il semble que le patient avait bénéficié à l'époque déjà d'une investigation et d'un traitement approfondi à la clinique de la Suva à Sion, il me paraît logique, pour autant que le médecin d'arrondissement de la Suva n'y voie pas d'inconvénient, de réadresser le patient à la même institution pour un bilan comparatif. »

La CNA (assurance militaire) a sollicité la mise en œuvre d'une évaluation interdisciplinaire auprès de la Clinique romande N._____. Dans le rapport y relatif, daté du 22 octobre 2015, les Drs D._____ et M._____, respectivement médecin chef et directeur médical adjoint au sein de la Clinique précitée, ont retenu le diagnostic primaire de douleurs persistantes après PTG gauche le 29 juin 2010 pour gonarthrose (T84.8). A titre de comorbidités, les médecins précités ont retenu une obésité, un syndrome d'apnées du sommeil, une hypertension artérielle traitée, de l'asthme et une rhinite pollinique, des lombalgies non spécifiques, un status après cure de hernie discale L4-L4 à droite et un quatrième doigt gauche à ressaut. Au chapitre de l'« appréciation et discussion », ils ont notamment mentionné ce qui suit :

« [...]

Outre ses problèmes de genou, le patient a été traité, ces trois dernières années, pour des lombalgies qui ont nécessité des traitements par infiltration, un bloc sympathique et de la physiothérapie. Il accuse, par période, des douleurs de l'épaule gauche qu'ils attribuent (sic) à des chutes liées à des déroboements du membre inférieur gauche.

[...]

Ses plaintes actuelles recourent peu ou prou celles qui émanent du dossier : les douleurs du membre inférieur gauche occupent très nettement le devant de la scène ; elles prennent naissance au niveau de la face externe de la jambe et s'étendent vers le haut, jusqu'à la hanche. Elles sont, selon la propre description de M. G._____, de deux types : d'une part mécaniques, apparaissant dès la mise en charge, d'autre part neuropathiques, sous forme de

lancées capricieuses. Les lombalgies sont actuellement quiescentes, de même que les douleurs de l'épaule gauche.

Le patient collabore à l'**examen physique**. On relève toutefois un comportement douloureux dès que le genou gauche est sollicité. La marche se fait à l'aide d'une canne ; malgré tout, l'appui sur le membre inférieur gauche paraît quasiment complet. Il n'y a pas de défaut d'axe, pas de signe d'instabilité au niveau du genou prothétique. En revanche, il existe une limitation en flexion avec un arrêt dur à 90°. Ce qui frappe, c'est un phénomène d'allodynie, le sujet manifestant sa douleur au simple toucher de la peau aussi bien de la jambe que du tiers inférieur de la cuisse. Malgré l'obésité, il n'y a pas d'autre limitation de l'appareil locomoteur ; on peut relever l'excellente mobilité lombaire et l'absence de tout indice d'une atteinte abarticulaire de l'épaule gauche au moment de l'examen.

L'examen neurologique spécialisé peut être considéré comme normal, hormis une hyporéflexie achilléenne gauche, vraisemblablement séquellaire. Lors du séjour de 2011 à la Clinique romande, un bilan ENMG avait été pratiqué et n'avait pas révélé de signe d'atteinte radiculaire ni tronculaire, tout particulièrement du sciatique poplité externe. Actuellement, les troubles sensitifs subjectifs ne respectent pas clairement de territoire radiculaire ou tronculaire, ce qui corrobore les données électro-neuromyographiques. On n'a donc pas d'explication neurologique pour expliquer l'intensité des douleurs et la réponse aléatoire et finalement très faible aux traitements proposés. Théoriquement, un bloc anesthésique du SPE pourrait constituer un argument en faveur d'une atteinte neuropathique. Toutefois la symptomatologie décrite par G._____ débordé largement un tel territoire et ne peut expliquer les limitations alléguées.

A ce stade, on retient donc le diagnostic de douleurs persistantes du membre inférieur gauche, de nature peu claire, chez un sujet qui a subi une arthroplastie totale du genou gauche en 2010, sans complication objective.

M. G._____ participe avec beaucoup de retenue à l'**évaluation des capacités fonctionnelles**. [...] Il s'autolimité systématiquement, à savoir qu'il met fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger, et cela pour le plus faible des efforts. [...] Dans ces conditions, la volonté de donner le maximum est jugée insuffisante et le niveau de cohérence faible. Finalement, l'ECF ne traduit que l'effort que M. G._____ a bien voulu déployer et non pas celui auquel il pourrait prétendre compte tenu de l'atteinte anatomique.

M. G._____ se présente à l'**entretien psychiatrique** comme un homme de 59 ans, au visage souriant mais aux traits fatigués. [...] Au plan affectif, il paraît euthymique. On n'observe aucun trouble cognitif. [...] Les critères de dépression sont actuellement tous absents. On note une anxiété observée et éprouvée modérée à moyenne centrée sur l'évolution de son trouble et la question des ressources économiques. Le cours et le contenu de la pensée sont sans particularité. Il n'y a aucun signe primaire ou secondaire de psychose. On ne retient aucun élément qui, en corrélation avec

l'anamnèse, pourrait suggérer un trouble de la personnalité. Finalement, le bilan psychiatrique ne débouche sur aucune singularité atteignant le seuil de trouble.

En prenant un peu de distance, on s'étonne qu'on ait pu identifier une « fragilité psychique » ou un syndrome d'échec chez un patient qui, au contraire a fait preuve de pugnacité durant une bonne partie de son existence et qui a développé d'excellentes capacités d'adaptation durant plusieurs décennies. M. G. _____ semble plutôt appartenir à une population de travailleurs quinquagénaires, ni plus, ni moins méritants que d'autres, qui sont licenciés au gré d'impératifs purement économiques. La combinaison de facteurs comme l'âge, la surqualification et, dans le cas de M. G. _____, une difficulté physique, rendent le retour au travail très difficile même au prix d'un déclassement. La réaction psychologique, de registre dépressif, paraît relever de la psychologie normale dans un tel contexte.

Dans ces circonstances, les conclusions émises au terme du séjour de 2011 à la Clinique romande N. _____ paraissent toujours pertinentes : en raison d'arthroplastie, il y a une limitation de la capacité à se mettre à genoux, à se mettre en position accroupie, à porter des charges de façon répétée au-delà de 10 kilos, à marcher sur terrains accidentés ou de façon prolongée. Toutefois, dans une activité respectant ces limitations, dans le domaine commercial qu'il a pratiqué pendant plus de 20 ans, M. G. _____ doit pouvoir s'impliquer sans réserve.

Malgré tout, le **pronostic** est plus que défavorable, vu le cumul de facteurs psycho-sociaux : on n'oubliera pas que c'est au moment de sa désinsertion professionnelle et alors qu'il restait au chômage malgré ses efforts pour retrouver un emploi que M. G. _____ a subi son arthroplastie du genou. Il est clair que la prise en charge médicale très lourde sur plusieurs années, avec l'insuccès que l'on sait, a pu jouer un rôle iatrogène considérable dans son éviction du monde du travail. Les deux stages COPAI ont vraisemblablement exploré des activités dans des domaines que M. G. _____ estimait ne pas correspondre à ses compétences. Actuellement encore, par son comportement au cours de l'ECF, il montre qu'il n'est pas prêt à s'engager dans la voie de la réinsertion.

Au cours de l'entretien qui clôt le présent bilan pluridisciplinaire, M. G. _____ revient inlassablement à l'approche biomédicale de son cas, subordonnant sans cesse la reprise d'une hypothétique reprise professionnelle à la diminution de ses douleurs. Il est hermétique à toute proposition allant dans le sens d'une gestion de la douleur, comme il le fait dans les activités courantes, susceptible de favoriser son retour dans le monde du travail. Il n'y a pourtant pas de contre-indication médicale à une telle perspective. »

Une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique et orthopédique) a été sollicitée dans le cadre de la prise en charge du cas par l'assurance militaire. Celle-ci a été réalisée auprès du Centre d'expertise M. _____ (Centre d'expertise M. _____) les 13, 14 et 29 avril

2016 par les Dr O._____, spécialiste en neurologie, U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Du rapport du 26 juillet 2016 des médecins précités, on extrait notamment ce qui suit :

« Situation actuelle et conclusions

Sur le plan orthopédique, prothèse totale de genou gauche dont le résultat objectif est bon hormis une limitation de la flexion à 100° (très peu de liquide, genou calme et stable). Douleurs de type neurogène non expliquées par l'aspect mécanique du genou gauche.

Douleurs de l'épaule gauche pour lesquelles aucun bilan n'a été effectué, mais qui correspondent le plus vraisemblablement à une pathologie de la coiffe des rotateurs.

Les problèmes purement orthopédiques mécaniques ne sont pas la cause d'une incapacité de travail quelconque comme représentant commercial.

Sur le plan mécanique pur, ni l'épaule ni le genou gauche ne sont incapacitants pour la conduite d'un véhicule, la marche en terrain régulier avec un port de charges limité.

Il n'y a donc pas d'incapacité de travail comme représentant commercial sur le plan orthopédique pur.

Sur le plan neurologique, Monsieur G._____ se plaint tout d'abord de lombalgies en barre persistantes, plus ou moins prononcées, se compliquant, dans le cadre de douleurs persistantes au niveau du genou, d'irradiations douloureuses le long du membre inférieur gauche avec tout particulièrement une allodynie de la face externe de la jambe, accompagnée d'un enraidissement des orteils et d'un manque de force global du membre inférieur gauche. Le patient signale également des douleurs à la face externe du membre inférieur droit sans troubles sensitivomoteurs associés.

Pour le reste, Monsieur G._____ mentionne des troubles urinaires avec pollakiurie et urgences mictionnelles occasionnelles, un manque de libido, des douleurs cervicales, des douleurs au niveau de l'épaule gauche, des maux de tête à raison de 3 à 4 épisodes par an, des sensations vertigineuses à type de manque d'équilibre, des troubles du sommeil, des douleurs au niveau de la cheville gauche avec des lâchages.

Actuellement, Monsieur G._____ n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son licenciement par la Maison L' [...].

Les traitements actuels comportent toute une série de médicaments [...], ainsi qu'une prise en charge en physiothérapie. Les médecins traitants sont les Dr L._____, généraliste, le Dr [...], rhumatologue.

Chez un patient dont l'histoire médicale est particulièrement *riche* et touffue, l'examen clinique est en revanche relativement pauvre. A l'examen du rachis, on note de discrets troubles statiques vertébraux cervico-dorso-lombaires, sans évidence de contracture de la musculature paravertébrale. La marche spontanée se fait avec une

boiterie de décharge du membre inférieur gauche et usuellement à l'aide d'une canne. La station sur la pointe des pieds est caractérisée par des lâchages sans déficit moteur certain et la station pieds joints de même que la marche un pied devant l'autre sont modérément instables, sans latéralisation. L'examen des paires crâniennes et des membres supérieurs est à considérer comme sans anomalie significative, hormis une hypoesthésie tactile et douloureuse apparemment globale du membre supérieur gauche et une limitation douloureuse de la mobilité passive et active de l'épaule gauche, sans caractère neurologique. Au niveau des membres inférieurs, la manoeuvre de Lasègue est clairement négative ddc. L'épreuve des jambes fléchies est sans chute, mais les mouvements rapides sont effectués de façon médiocre. La trophicité musculaire, la force brute et les réflexes tendineux des 2 membres inférieurs sont objectivement tout à fait préservés. L'examen de la sensibilité révèle des troubles sensitifs assez particuliers et incertains, avec une hyperesthésie tactile et douloureuse de la face externe de la jambe et une hypoesthésie tactile et douloureuse plus ou moins globale du reste du membre inférieur gauche. Le patient signale également une hypoesthésie de la face externe du membre inférieur droit alors que la sensibilité posturale est intacte et que la pallesthésie est discrètement altérée ddc.

En bref, un examen clinique caractérisé essentiellement par des troubles sensitifs, mais sans francs signes d'irritation radiculaire/déficit radiculaire ou tronculaire au niveau des membres supérieurs et inférieurs, avec également une bonne préservation de la trophicité musculaire, de la force brute et des réflexes tendineux tant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs.

L'examen clinique a été complété par un ENMG [électroneuromyogramme] qui ne révèle à nouveau pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs et dépendant des myotomes L3 à S1. Nous avons renoncé à un bilan neurographique étant donné que ce dernier a déjà été pratiqué à deux reprises et s'est avéré normal, alors que les plaintes étaient identiques.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. L'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire de mars 2006 démontre indubitablement la présence d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite comprimant la racine L5 droite. Le CT-Scan lombaire effectué en octobre 2014 montre une situation post-opératoire tout à fait favorable avec persistance uniquement de troubles dégénératifs modérés L3-L4 et L4-L5, sans persistance/récidive de hernie discale, et avec un rétrécissement du diamètre du canal rachidien au niveau L4-L5 non significatif. En bref, une évolution post-opératoire objectivement tout à fait favorable sur le plan radiologique.

Au terme du présent bilan, on se trouve en face d'un patient chez qui l'importance et la multiplicité des plaintes contrastent avec le caractère objectivement favorable du status, du moins sur le plan neurologique.

S'agissant des lombosciatalgies bilatérales dont se plaint Monsieur G._____, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une pathologie

intrarachidienne significative expliquant les douleurs lombaires de même que les *sciatalgies* au niveau des 2 membres inférieurs étant donné 1) les constatations cliniques, 2) la normalité de l'ENMG et 3) l'absence de pathologie intrarachidienne significative au CT-Scan lombaire d'octobre 2010.

S'agissant d'une éventuelle irritation tronculaire (nerf péronier) au niveau du genou gauche, là encore, nous n'avons pas d'éléments permettant de conclure à un tel niveau lésionnel qui par ailleurs n'expliquerait bien entendu pas l'ensemble des plaintes formulées sur le plan neurologique. Les phénomènes dysesthésiques à la face externe de la jambe gauche restent donc toujours d'origine indéterminée, en tous les cas sur le plan neurologique et sans substrat somatique documenté.

Pour ce qui est des vertiges, l'examen clinique révèle une possible discrète instabilité, mais non significative, sans autres anomalies du status évoquant une atteinte vestibulo-cérébelleuse. Par ailleurs, le bilan ORL pratiqué préalablement à [...] s'est avéré normal. Nous n'avons donc pas d'explication claire à cette composante des troubles.

Pour ce qui est des céphalées, la description de ces dernières (hémicrâniées avec photophobie, nausées et vomissements) paraît évoquer des phénomènes migraineux. La réponse au Spedifen et surtout la fréquence faible des accès permettent de considérer qu'elles n'entraînent pas d'incapacité de travail.

En ce qui concerne le syndrome des apnées du sommeil, ce dernier, bien qu'entraînant apparemment une somnolence diurne dont la relation de causalité avec le syndrome des apnées du sommeil reste indéterminée, ne peut être considéré comme une cause d'incapacité de travail.

Les autres plaintes formulées par le patient ne sont pas de nature neurologique.

Sur le plan thérapeutique, en l'absence d'une pathologie neurologique clairement documentée, il n'y a pas de proposition thérapeutique additionnelle à formuler, si ce n'est de rendre attentifs les différents médecins traitants à l'absence de substrat somatique certain aux plaintes formulées par Monsieur G._____ et en conséquence à la nécessité de s'abstenir de toutes mesures thérapeutiques invasives, en l'état actuel de la situation.

Pour ce qui est de l'incapacité de travail présentée par Monsieur G._____, sur le plan neurologique, si l'on peut éventuellement admettre comme limitations fonctionnelles le port de charges particulièrement lourdes ainsi qu'un engagement physique important et de nombreux déplacements soit à pied soit en voiture, les éléments à notre disposition ne permettent pas d'affirmer que Monsieur G._____ présente une incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement (représentant puis chef de vente pour la Maison L' [...]), activité qu'il a d'ailleurs pu exercer pratiquement normalement jusqu'à son licenciement. Nous ne retenons donc pas d'incapacité de travail significative dans l'activité exercée antérieurement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible hormis, comme précité, par mesure de prudence (étant donné le status post-opératoire), une activité particulièrement demandante sur le plan physique.

Sur le plan psychique, l'expertisé se plaint d'une symptomatologie dépressive et anxieuse, d'après lui présentes surtout depuis un an. Cette souffrance psychique est réactionnelle, d'après l'assuré surtout à ses problèmes de santé physique, mais aussi à sa situation socioprofessionnelle humeur dépressive d'intensité de 7/10 quasi permanente ; tendance au repli social, diminution de la libido ; diminution de la confiance et de l'estime ; pessimisme ; quelques idées de mort. Parfois crises d'angoisse durant la nuit lorsque les douleurs sont particulièrement fortes

Aucun trait de personnalité pathologique n'est décelé tant à l'anamnèse qu'à l'examen psychiatrique. Il n'a aucune habitude toxique.

La description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes. Il reste actif dans la mesure de ses limitations physiques. Il n'est pas replié socialement. Il conduit environ 8'000 km/an.

L'examen psychiatrique montre un homme obèse, légèrement déprimé (découragement, tristesse, confiance et estime abaissées, pessimisme). Il n'est pas ralenti. Aucun trouble cognitif patent n'est relevé. Aucun signe de la lignée psychotique ou anxieuse n'est observé.

Le contenu de la pensée est fixé sur son syndrome douloureux chronique qui l'empêche de vivre normalement et le décourage.

Relevons les ressources personnelles suivantes : l'expertisé a de nombreuses compétences professionnelles, il paraît dynamique, motivé, intelligent. Il a un bon contact relationnel. Il est bien entouré par son entourage social et familial.

En conclusion, face à une symptomatologie dépressive chronique (depuis 2012 environ), mais légère nous retenons le diagnostic de dysthymie (F34.1) qui est réactionnelle aux problèmes de santé physique et au contexte socioprofessionnel (notamment l'âge qui rend difficile la possibilité de retrouver un emploi). Ce trouble n'est pas à l'origine de limitations d'ordre psychique, sa capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement. »

En définitive, les experts ont retenu une capacité de travail entière dans toute activité sans diminution de rendement, tout en précisant qu'il fallait éviter une activité physiquement lourde et nécessitant le port de charge de plus de 15 kg. Seul un diagnostic de dysthymie a été retenu sur le plan psychiatrique, toutefois sans influence sur la capacité de travail de l'assuré.

Dans un avis du 18 août 2016, le Dr S._____ du SMR a conclu au maintien des précédentes conclusions, dès lors que les experts du Centre d'expertise M._____ ont considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de représentant

de commerce, adaptée aux limitations orthopédiques et ne nécessitant pas un engagement physique important ou le port de charges particulièrement lourdes (plus de 15 kg).

Par projet de décision du 20 février 2017, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité.

L'assuré a émis des objections par courrier du 22 mars 2017. Il a notamment reproché à l'OAI d'avoir fait abstraction totale de la présence permanente de douleurs, nonobstant la pose d'un neurostimulateur médullaire. Il s'est également étonné que l'existence d'un trouble somatoforme douloureux évoqué en son temps par le Dr J. _____ n'ait jamais fait l'objet d'une instruction. Il a par ailleurs évoqué son âge comme facteur l'empêchant de retrouver du travail et a relevé que sur le plan psychiatrique, il présentait une symptomatologie dépressive depuis 2007. Il a en outre contesté la valeur probante du rapport d'expertise réalisée par le Centre d'expertise M. _____ et a fourni un courrier du 5 mars 2017 de la Dre F. _____ dans lequel celle-ci mentionnait en particulier ce qui suit :

« Je suis [...] frappée de voir, dans ces expertises, à quel point les douleurs sont peu prises en compte dans les appréciations et discussions (Clinique romande N. _____) et synthèse et discussion (Centre d'expertise M. _____) des expertises.

Ce n'est pas parce qu'on ne trouve pas la cause des douleurs qu'il n'y en a pas.

On peut d'ailleurs ici se questionner sur une éventuelle origine toxique des implants métalliques. De récentes observations suggèrent de tels effets. Ce point mériterait peut-être d'être discuté avec des spécialistes [...].

Les chutes dont est victime M. G. _____ ainsi que leurs conséquences n'apparaissent pas non plus dans les conclusions des expertises. [...] »

Dans un avis du 24 mai 2017, le Dr S. _____ du SMR s'est exprimé en ces termes :

« Je me contenterais de répondre aux seuls éléments médicaux énoncés par l'avocat. Concernant le trouble somatoforme douloureux qui n'aurait pas été instruit, nous relevons que ce

diagnostic est porté par un juriste et qu'il n'a jamais été posé ou retenu par un médecin spécialiste habilité (rhumatologue ou psychiatre) et que le tableau clinique présenté par l'assuré lors de l'expertise, ou décrit par ses médecins traitants, n'évoque en rien la suspicion d'un tel diagnostic. Dans le cas de l'assuré il s'agit de douleurs ciblées et localisées au genou G, à l'épaule G et aux cervicales. Si un tel diagnostic différentiel était susceptible de se poser on voit mal comment les experts auraient pu l'ignorer. La discussion relative à la valeur des charges portées admissible n'a pas lieu d'être car elle n'influe pas sur la conclusion finale d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée comme celle de représentant de commerce qui n'exige pas de porte de charges. L'estimation de 5, 10 ou 15 kg est donc sans influence sur les conclusions finales de droit. Quant au retentissement des douleurs sur la capacité de travail, elle a bel et bien été estimée par les différents experts mais s'agissant d'une manifestation subjective on peut admettre que l'appréciation soit divergente selon les médecins consultés. Enfin les arguments de la Dresse F. _____ reposent sur les plaintes de l'assuré et non sur un status psychiatrique pouvant justifier une IT et infirmer les conclusions de l'expert psychiatre. Si elle juge que l'appréciation de l'humeur de l'assuré par une simple dysthymie est légère, elle n'en exprime pas pour autant un diagnostic de dépression sévère (dépression fluctuante selon le praticien), seul diagnostic reconnu comme incapacitant dans ce registre. On constate qu'elle sort de son domaine de compétence en s'appuyant beaucoup sur les douleurs et sur le plan somatique dans son argumentaire. Elle ne mentionne pas objectivement un diagnostic psychiatrique incapacitant, et elle rejoint ainsi l'expert psychiatre. [...]

En synthèse les objections juridiques, quant à la qualité de l'instruction médicale qui serait lacunaire, ne sont pas probantes et les arguments médicaux qui l'accompagnent ne font pas la preuve d'un status clinique différent de celui qui a été investigué par les experts. Il n'y a donc pas lieu de modifier nos conclusions sur ces seuls éléments. »

Par courrier du 4 septembre 2017, l'OAI, se fondant sur un avis juriste du 31 août 2017, a répondu aux arguments de l'assuré. Il a en particulier relevé que la problématique liée aux douleurs de l'assuré avait été prise en compte dans les appréciations des experts et que ceux-ci avaient fourni de nombreux indicateurs attestant de la cohérence de leur évaluation quant à l'impact incapacitant de son atteinte à la santé, y compris compte tenu de ladite problématique douloureuse. S'agissant des divergences entre les médecins somaticiens et la psychiatre, l'OAI a rappelé la jurisprudence selon laquelle il convenait d'apprécier la valeur probante d'un rapport médical d'un médecin traitant au regard des autres pièces médicales, ce qui avait été en l'occurrence fait, également pour ce qui était de la symptomatologie dépressive évoquée. Concernant l'âge de

l'assuré, l'OAI a relevé que la jurisprudence relative aux assurés dits âgés ne pouvait être appliquée au cas d'espèce. Il a en outre estimé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait fait partie intégrante de l'analyse des experts tant de la Clinique romande N._____ que du Centre d'expertise M._____. Enfin, il a considéré que tant le rapport d'expertise de la Clinique romande N._____ que celui du Centre d'expertise M._____ avait pleine valeur probante.

Par décision jointe au courrier précité, datée également du 4 septembre 2017, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a en substance considéré qu'après avoir présenté une incapacité totale dans toute activité du 21 mai 2010 au 30 juin 2011, l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juillet 2011 tant dans son activité habituelle de chef de vente que dans toute autre activité qui n'était pas physiquement lourde et qui ne nécessitait pas de port de charge importantes (plus de 15 kg). L'incapacité de travail totale ayant duré plus d'une année, il convenait d'examiner le droit à une rente limitée dans le temps. Toutefois, dès lors que le droit potentiel à la rente naissait le 1^{er} mai 2011 et que la demande de prestations avait été déposée le 24 juin 2011, celle-ci était tardive si bien que la rente ne pouvait être allouée qu'à partir du 1^{er} décembre 2011. Or, à cette date, l'assuré avait déjà récupéré sa pleine capacité de travail et de gain.

B. Par acte du 6 octobre 2017, l'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur sa personne, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi en sa faveur d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2011 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant relève tout d'abord le caractère sommaire de la décision querellée. Il fait ensuite valoir que l'intimé retient pour unique limitation fonctionnelle qui justifierait le caractère adapté de l'activité habituelle de représentant commercial, la limitation du port de charges de plus de 15 kg. Le recourant fait remarquer à cet égard que ce

constat entre en contradiction avec d'autres avis médicaux qui préconisaient une limite de 10 kg, voire 5 kg ou même l'impossibilité totale de porter des charges. Le recourant rappelle que d'autres limitations fonctionnelles entrent en ligne de compte comme l'impossibilité de rester dans la même position, l'emploi d'un véhicule sur la durée, la marche à pied sur de longues distances ou encore le fait qu'il porte un neurostimulateur médullaire. Le recourant fait encore valoir que ses douleurs permanentes quotidiennes n'auraient pas été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail, tout en relevant que les différents traitements dont il a bénéficié n'ont pas été concluants. Il allègue également la présence d'une symptomatologie dépressive depuis 2007 et la probable présence d'un trouble somatoforme douloureux, qui n'a pas fait l'objet de la moindre instruction, mais qui pourrait avoir une influence sur sa capacité de travail. Il y aurait en outre lieu, selon le recourant, de tenir compte de son âge pour évaluer les chances de réinsertion professionnelle. Le recourant mentionne également le fait que la Dre AA._____ ait mis en exergue des problèmes liés à la prothèse du genou. Par ailleurs, de l'avis du recourant, le fait qu'il dispose de certaines ressources dans ses loisirs et sa vie sociale ne suffit pas à retenir une pleine capacité de travail. Le recourant reproche encore à l'intimé d'avoir systématiquement écarté les avis des médecins traitants au profit des constatations des médecins-conseils. Il conteste enfin la valeur probante du rapport de la Clinique romande N._____ du 22 octobre 2015 et du rapport d'expertise Centre d'expertise M._____ du 26 juillet 2016. Compte tenu des contradictions entre les différents rapports médicaux présents au dossier, il estime nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

Par courrier du 8 décembre 2017, le recourant produit deux rapports médicaux datés des 17 octobre et 20 novembre 2017 de la Dre Y._____, cheffe de clinique auprès des Etablissements hospitaliers R._____ (Etablissements hospitaliers R._____) et un rapport médical du 4 octobre 2017 de la Dre AA._____, spécialiste en neurologie et médecin auprès du Centre médical d' [...].Y._____ propose comme alternative chirurgicale le remplacement de la prothèse. La Dre

AA._____ évoque un probable syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ainsi qu'une polyneuropathie diabétique distale symétrique, chez un patient connu pour une surcharge pondérale et un très probable diabète ou pré-diabète.

Par réponse du 11 décembre 2017, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il estime que la décision en question est suffisamment motivée et renvoie, s'agissant des autres griefs soulevés par recourant, à l'avis juriste du 31 août 2017, ainsi qu'aux avis du SMR cités dans cet avis.

Par déterminations du 11 janvier 2018, l'intimé confirme ses conclusions et se réfère à l'avis du SMR du 8 janvier 2018, considérant que les rapports médicaux fournis par le recourant à l'appui de son courrier du 8 décembre 2017 ne permettent pas de revoir la situation.

Par réplique du 14 février 2018, le recourant relève que les douleurs ressenties depuis le mois de juillet 2017 ont évolué négativement, si bien qu'elles sont survenues avant la décision querellée. Il fournit par ailleurs un rapport médical du 16 janvier 2018 du Dr BB._____, spécialiste en neurologie, qui constate le peu d'éléments en faveur d'une neuropathie diabétique.

Par duplique du 5 mars 2018, l'OAI réitère ses conclusions consistant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il s'appuie sur un avis SMR du 26 février 2018, selon lequel le compte rendu de consultation du Dr BB._____ confirme la situation clinique connue et déjà instruite par les experts en 2016, sans apporter d'éléments nouveaux en faveur d'une aggravation susceptible de modifier l'exigibilité retenue dans une activité adaptée.

Par déterminations du 9 avril 2018, le recourant informe l'autorité de céans qu'un début de cancer de la prostate a été décelé pour lequel une intervention était initialement prévue en juin 2018 mais reportée en raison du changement de prothèse du genou. Il produit deux

rapports médicaux datés du 23 mars 2018, en lien avec la biopsie de la prostate et la prostatite post biopsie pour laquelle il a dû être hospitalisé du 23 au 25 mars 2018. Il rappelle la nécessité de réaliser une expertise judiciaire.

Par déterminations du 27 avril 2018, l'OAI indique ne rien n'avoir à ajouter à ses écritures précédentes, tout en s'y référant.

Par courrier du 25 octobre 2018, le recourant transmet la convocation, datée du 27 septembre 2018, pour le changement de sa prothèse du genou gauche, tout en relevant que cette prothèse semble être à l'origine de cette intervention et des importantes douleurs ressenties depuis de nombreuses années.

Par courrier du 6 mai 2019, le recourant explique que l'opération visant à remplacer sa prothèse de genou, visiblement défectueuse, a eu lieu le 31 octobre 2018. Il joint copie du protocole opératoire du 5 novembre 2018 qui met en évidence une métallose intra-capsulaire diffuse sans lésion visible sur les implants. Il produit également l'avis de sortie du 5 novembre 2018 après son hospitalisation ainsi qu'un rapport médical du 2 avril 2019, dans lequel la Dre CC._____, spécialiste en rhumatologie, diagnostique une « suspicion de polyneuropathie sensitive des quatre membres » possiblement en rapport avec la médication oncologique.

Par déterminations du 24 mai 2019, l'intimé relève que les pièces produites par le recourant sont postérieures à la décision attaquée du 4 septembre 2017 et maintient pour le surplus sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 15 juillet 2015. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 5 septembre 2008 par l'intimé et la décision litigieuse du 4 septembre 2017.

3. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant fait valoir que l'intimé a violé son droit d'être entendu en rendant une décision dont la motivation est particulièrement sommaire.

a) Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties.

Le droit d'être entendu inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire ou à toutes personnes intéressées de la comprendre et de l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références, ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236 ; TF 9C_669/2013 du 4 décembre 2013 consid. 3.2). Pour répondre à ces exigences, le juge ou l'administration doivent mentionner, au moins brièvement, les motifs qui les ont guidés et sur lesquels ils ont fondé leur décision. Ils n'ont toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peuvent au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434).

b) En l'occurrence, la violation du droit d'être entendu alléguée par le recourant n'est pas réalisée. La décision attaquée du 4 septembre 2017 est en effet suffisamment motivée, compte tenu de la motivation séparée datée du même jour, pour permettre au recourant de comprendre les motifs ayant conduit l'intimé à nier le droit à une rente d'invalidité et de la contester valablement. Quoiqu'il en soit, même dans l'hypothèse où un défaut de motivation devait être admis, il conviendrait de constater qu'un éventuel manquement serait réparé devant l'autorité de céans, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit permettant un examen complet de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C_127/2007 du 12 février 2008) et la recourante ayant eu tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la

présente procédure de recours. Le grief de la violation du droit d'être entendue doit dès lors être écarté.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie

avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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).

d) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il 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, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par 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 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 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés 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 le rôle est précisément 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). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 et les références). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence

des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.6 p. 471, TF 9C_500/2011 consid. 3.1).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée le 24 juin 2011 par le recourant et a repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi ce dernier. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 5 septembre 2008, par laquelle l'intimé a refusé l'octroi de prestations AI, et la décision litigieuse du 4 septembre 2017, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à de telles prestations.

a) Dans le cadre de l'examen qui a abouti à la décision du 5 septembre 2008, l'intimé s'est essentiellement fondé sur l'expertise rhumatologique et psychiatrique SMR réalisée le 28 mai 2008 par les Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport a été établi le 2 juin 2008.

aa/a) Pour rappel, sur le plan rhumatologique, les médecins précités avaient retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies avec pseudo-sciatalgies droites séquellaires (M 54.46) sur discopathies étagées et arthrose postérieure, de status après

cure de hernie discale L4-L5 à droite et de déconditionnement et dysbalances musculaires. Ils avaient précisé que l'examen clinique avait essentiellement mis en évidence des signes de non organicité, sans mise en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires ou de déficit neurologique objectivable. A titre de limitations fonctionnelles, les experts avaient retenu le port de charge au-delà de 7.5 kg de façon répétitive, la position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout minimum deux fois par heure, la position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, les activités sur terrain instable, l'exposition à des machines-outils ou à des vibrations prolongées, la montée ou descente d'escaliers à répétition, la position statique debout au-delà de 10 à 15 minutes ainsi qu'un périmètre de charge limité à environ une heure. La capacité de travail était de 100%, tant dans l'activité habituelle de chef de vente que dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% si l'activité n'était pas strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

aa/b) Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant n'avait été retenu. Le recourant ne présentait en particulier aucun signe de trouble somatoforme douloureux, ni de trouble dépressif, tels que l'avait évoqué le Dr J._____ (cf. rapport du 5 septembre 2007).

b) A la suite de la deuxième demande de prestations déposée le 24 juin 2011 par le recourant en raison notamment de douleurs liées à la pose d'une prothèse totale du genou gauche en date du 29 juin 2010, l'intimé a repris l'instruction du dossier. Dans la décision litigieuse du 4 septembre 2017, il s'est principalement fondé sur le rapport d'évaluation interdisciplinaire de la Clinique romande N._____ du 22 octobre 2015 ainsi que sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertise M._____ du 26 juillet 2016 pour considérer que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle de représentant commercial que dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles.

bb) Sur le plan somatique, le recourant souffre de différentes atteintes.

bb/a) Le recourant a été victime, en 1976, d'un accident dans le cadre de l'armée qui lui a valu une distorsion du genou gauche. Il a subi deux interventions en 1977 avant de développer une gonarthrose tricompartmentale du membre inférieur gauche, atteinte qui a été prise en charge par l'assurance militaire. La première demande de prestations AI déposée par le recourant le 20 août 2007 n'a toutefois pas été motivée par cette atteinte, laquelle a été évoquée seulement lors du dépôt de la seconde demande de prestations AI le 24 juin 2011. Dans le cadre de l'instruction de cette deuxième demande, on apprend que le recourant a dû subir plusieurs interventions du genou gauche depuis la dernière décision entrée en force du 5 septembre 2008. En effet, le 13 novembre 2009, une intervention chirurgicale consistant en une résection arthroscopique des ménisques interne et externe avec chondroplastie du condyle fémoral interne en zone de charge a dû avoir lieu. Le 29 juin 2010, une prothèse totale du genou gauche du recourant a été posée en raison d'une gonarthrose post-traumatique d'évolution défavorable. Devant la persistance des douleurs avec une symptomatologie neurogène et l'échec des traitements antalgiques classiques, un neuro-stimulateur médullaire a été implanté dans le genou gauche du recourant. Une amélioration a été constatée au niveau antalgique après l'intervention. Toutefois, dans un rapport du 26 avril 2013, le Dr L._____ rapportait que le recourant ressentait toujours des douleurs lancinantes et à type de serrement dans le genou, que ce soit au repos ou à l'effort. Dans le rapport d'examen SMR du 2 octobre 2013, les médecins ont observé que l'examen clinique de septembre 2010 avait démontré l'absence de signe inflammatoire, de bonnes amplitudes et une stabilité articulaires. Les radiographies n'avaient pas objectivé de descellement de la prothèse ou autre anomalie. Selon les médecins du SMR, les douleurs ne justifiaient pas une réduction de la capacité de travail mais des limitations fonctionnelles d'épargne. Ils ont ainsi estimé que le recourant devait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire, qu'il devait éviter le port de charges supérieures à 5 kg, qu'il devait pouvoir alterner la position assise avec la position debout à sa

guise, qu'il devait éviter la position debout statique prolongée, les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, de monter ou descendre les escaliers ou les pentes, de marcher en terrain irrégulier, étant précisé que les courts déplacements à plat étaient possibles. Une capacité de travail totale dans toute activité avec des mesures d'épargne du rachis et du genou gauche, telle que retenue par les Drs Z._____ et E._____, pouvait être retenue. Dans un rapport d'entretien du 11 juin 2013, le recourant a indiqué qu'il se produisait des phénomènes bizarres avec son genou gauche, en ce sens qu'il pouvait marcher presque normalement sans boiter sur une distance de 200 mètres avant de ressentir une décharge dans le genou qui l'empêchait de se déplacer. Un problème au niveau de la prothèse a alors été évoqué pour la première fois. Dans leur rapport du 22 octobre 2015, les médecins de la Clinique romande N._____ ont retenu le diagnostic de douleurs persistantes du membre inférieur gauche, de nature peu claire. Comme limitations fonctionnelles en lien avec ces douleurs, ils ont indiqué une limitation de la capacité à se mettre à genoux et en position accroupie, une limitation à porter des charges de façon répétée au-delà de 10kg, une limitation à marcher sur terrains accidentés ou de façon prolongée. En définitive, une activité respectant ces limitations dans le domaine commercial devait pouvoir être exercée sans réserve par le recourant. Les experts du Centre d'expertise M._____ ont, pour leur part, conclu à des douleurs de type neurogène non expliquées par l'aspect mécanique du genou gauche et ont considéré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail comme représentant commercial sur le plan orthopédique pur, dès lors que les seules contraintes étaient d'éviter une activité physiquement lourde et nécessitant le port de charge de plus de 15 kg (cf. rapport du 26 juillet 2016).

En ce qui concerne le changement de la prothèse articulaire, elle est intervenue le 5 novembre 2018, soit après la décision litigieuse, tout comme la consultation du mois d'octobre 2017 à la suite de douleurs aiguës et subites. Ainsi, selon toute vraisemblance, le léger déplacement de la prothèse du genou était postérieur à la décision attaquée. Par ailleurs, la mise en évidence lors du changement de prothèse d'une métallose intra-capsulaire diffuse sans érosion visible sur la prothèse ne

saurait à elle seule expliquer les douleurs de l'assuré à son membre inférieur droit, qui durent depuis des années. Quoiqu'il en soit, l'intervention ne remet pas au cause la capacité de travail retenue par les experts - elle justifie tout au plus une incapacité de travail de quelques semaines à la suite de l'opération - ni les limitations fonctionnelles attestées par ceux-ci, liées à l'atteinte au genou, et qui tiennent déjà compte des douleurs que l'assuré présente.

bb/b) La problématique liée aux lombosciatalgies est connue de longue date. En effet, les médecins du SMR avaient posé, dans leur rapport du 2 juin 2008, le diagnostic de lombalgies avec pseudo-sciatalgies droites séquellaires (M 54.46) sur discopathies étagées et arthrose postérieure ainsi que de status après cure de hernie discale L4-L5 à droite et avaient considéré que cette atteinte avait des répercussions sur la capacité de travail du recourant. A cet égard, le recourant devait éviter toute forme d'activité à forte charge physique ou nécessitant des positions statiques prolongées. Dans un courriel du 13 décembre 2012 adressé à la CNA, le recourant rapportait qu'il n'avait plus de douleurs au dos. En date du 13 avril 2013, le Dr L._____ mentionnait que le recourant développait des épisodes de lombosciatalgies droites, probablement par décompensation de sa marche habituelle. Les médecins du SMR ont retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques et pseudo sciatalgies bilatérales (M 54.4), de discopathies lombaires étagées de L3 à S1 prédominantes en L4-L5 et L5-S1 et de status après cure de hernie discale L4-L5 (cf. rapport du 2 octobre 2013). Le Dr A._____ du SMR a conclu à une légère aggravation sur le plan des lombosciatalgies motivant une intensification des mesures d'épargne du rachis, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. C'est également la conclusion à laquelle sont parvenus les médecins de la Clinique romande N._____ (cf. rapport du 22 octobre 2015) qui ont retenu à titre de comorbidités, des lombalgies non spécifiques ainsi qu'un status après cure de hernie discale L4-L5 à droite. Les experts du Centre d'expertise M._____ ont, quant à eux, relevé que le bilan effectué n'apportait pas la preuve d'une pathologie intrarachidienne significative expliquant les douleurs lombaires de même

que les sciatalgies au niveau des deux membres inférieurs. Certes les documents radiologiques et, en particulier une IRM lombaire de mars 2006, démontrait indubitablement la présence d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite comprimant la racine L5 droite. Or le CT-scan lombaire effectué en octobre 2014 montrait une situation post-opératoire tout à fait favorable avec persistance uniquement de troubles dégénératifs modérés L3-L4 et L4-L5, sans persistance/récidive de hernie discale, et avec un rétrécissement du diamètre du canal rachidien au niveau L4-L5 non significatif. L'évolution post-opératoire était objectivement tout à fait favorable sur le plan radiologique. En définitive, force est de constater qu'aucune aggravation durable ne peut être retenue concernant cette atteinte. D'ailleurs le recourant ne soutient pas le contraire.

bb/c) Dans le rapport de la Clinique romande N._____ du 22 octobre 2015, il est mentionné que le recourant accuse, par périodes, des douleurs à l'épaule gauche, attribuées à des chutes liées à des dérobements du membre inférieur gauche. Les médecins de la Clinique romande N._____ n'ont pas retenu de diagnostic incapacitant à cet égard. Dans le rapport d'expertise du Centre d'expertise M._____ du 26 juillet 2016, il est à nouveau fait état de douleurs de l'épaule gauche. Les experts constatent qu'aucun bilan n'a été effectué en lien avec ces douleurs et supposent que celles-ci correspondent à une pathologie de la coiffe des rotateurs. A l'examen physique, l'absence de tout indice d'une atteinte abarticulaire de l'épaule gauche a été relevée. Les experts ont ainsi estimé que cette problématique n'était pas incapacitante du point de vue purement mécanique et qu'elle n'empêchait ni la conduite d'un véhicule, ni la marche en terrain irrégulier avec un port de charges limité, si bien que le recourant était à même d'exercer son activité habituelle de représentant commercial. Le recourant ne prétend d'ailleurs pas qu'il y ait eu aggravation des douleurs au niveau de son épaule gauche, pas plus que les médecins consultés par celui-ci, dès lors qu'il y a lieu de considérer que cette problématique n'a pas d'influence sur la capacité de travail du recourant et que le rapport de la Clinique romande N._____

ainsi que celui du Centre d'expertise M._____ sont convaincants sur ce point.

bb/d) Le recourant fait valoir que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé en son temps par le Dr J._____ (cf. rapport du 5 septembre 2007) n'a jamais fait l'objet de la moindre instruction permettant d'écartier définitivement la possibilité que les douleurs du recourant soient de nature somatique et qu'en ce sens, l'instruction du dossier serait lacunaire. Cet argument ne saurait être suivi. En effet, dans le cadre de la première demande de prestations AI déposée par le recourant, les Drs B._____ et P._____ avaient mentionné que l'examen du jour ne montrait pas de trouble somatoforme douloureux, déjà en raison de l'atteinte rachidienne objective (cf. rapport du 2 juin 2008). Les médecins du SMR ont, par la suite, tenu compte de cette problématique puisqu'ils ont expressément écrit que les douleurs dépassaient ce à quoi l'on pouvait s'attendre au vu de l'examen clinique rassurant et des examens radiologiques, que des signes de non organicité avaient été mis en évidence et qu'il ne s'agissait pas d'un syndrome somatoforme ou d'un syndrome douloureux de type fibromyalgie. Ce diagnostic, qui avait fait partie intégrante de l'analyse des experts tant de la Clinique romande N._____ que du Centre d'expertise M._____, ayant été systématiquement écarté, il n'y avait pas lieu de l'instruire plus avant. Le Dr S._____ du SMR a d'ailleurs relevé que le tableau clinique présenté par le recourant lors de l'expertise du Centre d'expertise M._____ réalisée en avril 2016, ou décrit par les médecins traitants, n'évoquait en rien la suspicion d'un tel diagnostic, dès lors que celui-ci présentait des douleurs ciblées et localisées au niveau du genou gauche, de l'épaule gauche et des cervicales (cf. avis du 24 mai 2017).

bb/e) Les diagnostics de « probable syndrome douloureux régional complexe », de polyneuropathie diabétique distale symétrique (cf. rapport de la Dre AA._____ du 4 octobre 2017) et de « suspicion de polyneuropathie sensitive des quatre membres possiblement en rapport avec la médication oncologique (cf. rapport du 2 avril 2019 de la Dre CC._____) ne peuvent être pris en considération.

En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

En l'occurrence, tel n'est pas le cas ; ce d'autant plus que ces diagnostics, comme celui de cancer de la prostate, ne sont à ce stade qu'évoqués et doivent encore être investigués. Au surplus, les atteintes neurogènes ont déjà largement été examinées par les médecins et ont conduit à la pose d'un stimulateur médullaire.

cc) Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic invalidant n'avait été retenu au terme du rapport d'expertise psychiatrique du 2 juin 2008. Par la suite, plusieurs médecins qui ont suivi le recourant ont posé le diagnostic d'état dépressif moyen (cf. rapport du Dr N._____ du 19 avril 2012, rapport du Dr K._____ du 16 mai 2012) ou sous-jacent (cf. rapport du Dr L._____ du 26 avril 2013). La Dre F._____ a informé l'intimé du fait que le recourant avait entrepris un suivi psychiatrique depuis le 1^{er} juillet 2013. Dans leur rapport d'examen SMR du 2 octobre 2013, les Drs Z._____ et E._____ n'ont retenu aucun diagnostic invalidant sur le plan psychiatrique. Ils ont précisé que le recourant avait demandé un soutien psychologique « préventif » dans le cadre de son suivi par le Centre d'antalgie du Centre hospitalier W._____ et que, compte tenu des difficultés rencontrées dans la régularité des rendez-vous, il avait sollicité un suivi spécialisé à la Dre F._____, psychiatre à [...]. L'antidépresseur prescrit au recourant l'avait été dans le cadre d'un consilium du Centre d'antalgie pour tenter de réduire les sensations de brûlures ressenties par celui-ci. Ce dernier ne décrivait en outre pas de symptomatologie

dépressive. Ainsi, aucun trouble dépressif, anxieux ou psychotique ne pouvait être retenu. Dans un rapport du 20 novembre 2013, la Dre F._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sur fond de douleurs invalidantes et a mentionné des restrictions psychiques liées aux douleurs invalidantes. Le Dr L._____ a, quant à lui, mentionné le diagnostic d'état dépressif réactionnel, tout en précisant que le traitement antidépresseur et à visée antalgique de Cymbalta avait permis d'améliorer légèrement la symptomatologie, mais avait dû être arrêté en raison de l'apparition d'effets secondaires. Dans leur rapport d'évaluation interdisciplinaire de la Clinique romande N._____ du 22 octobre 2015, les Drs D._____ et M._____ ont indiqué que les critères de dépression étaient tous absents et que le bilan psychiatrique ne débouchait sur aucune singularité atteignant le seuil de trouble. Les experts du Centre d'expertise M._____ ont constaté une symptomatologie dépressive chronique légère et ont retenu le diagnostic non incapacitant de dysthymie. L'avis de la Dre F._____ selon lequel le recourant souffrirait d'un état dépressif moyen s'expliquant surtout par l'aspect somatique (douleurs ressenties par le recourant) n'est pas propre à mettre en doute les conclusions concordantes auxquelles sont parvenus aussi bien les médecins de la Clinique romande N._____ que les experts du Centre d'expertise M._____. Il y a ainsi lieu de considérer que le recourant dispose d'une capacité de travail du recourant de 100% dans toute activité sans diminution de rendement, en ce qui concerne le volet psychiatrique.

c) En définitive, tant sur le plan somatique que psychiatrique, les divers avis médicaux figurant au dossier ne permettent pas de remettre en cause les avis des médecins de la Clinique romande N._____ et du Centre d'expertise M._____ dont les rapports ont pleine valeur probante, dès lors qu'ils reposent sur une analyse complète des pièces mises à disposition, que celle-ci est bien expliquée et que les conclusions médicales sont motivées de manière convaincante. Il convient ainsi de retenir que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de chef de vente ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A cet égard, les différentes limites

posées en lien avec le port de charges (5, 10 ou 15 kg) n'enlèvent rien au caractère probant des rapports de la Clinique romande N._____ et du Centre d'expertise M._____, dans la mesure où l'activité habituelle ne requiert précisément aucun port de charges. Force est donc de constater qu'en l'absence d'évolution notable de l'état de santé du recourant, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations AI de l'intéressé.

7. Le recourant fait encore valoir que l'on ne peut occulter son âge - 61 ans au moment de la décision querellée - pour évaluer les chances d'une réinsertion professionnelle.

Cet argument ne saurait être suivi compte tenu des considérations qui suivent.

a) Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret soumis à l'administration ou au juge, si un

employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; voir aussi Jacques-André Schneider, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in : Grenzfälle in der Sozialversicherung, Zurich 2015, p. 5).

Cette jurisprudence est applicable lorsque l'administration doit statuer sur le droit aux prestations ensuite d'une première demande et qu'il s'agit de déterminer si un assuré qui a perdu son emploi, ou qui doit en changer, en raison d'atteintes à la santé peut encore mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, dans une nouvelle activité professionnelle, sur un marché de l'emploi réputé équilibré. Il s'agit alors de prendre en considération le fait que l'âge peut constituer un facteur excluant un tel reclassement professionnel. Il en va différemment lorsqu'un assuré a présenté une première demande de prestations et que l'administration l'a rejetée au motif qu'il disposait encore, dans une activité adaptée à son état de santé, d'une capacité résiduelle de gain excluant le droit à la rente. En cas de nouvelle demande, l'assuré sait en raison de la procédure antérieure qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence, si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à « l'âge avancé » de l'assuré, ce facteur en soi ne peut

entraîner l'application de la jurisprudence rendue à ce sujet et publiée in ATF 138 V 457 consid. 3.1 (cf. TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 s., avec les références). Il appartient donc à l'assurance de vérifier, par expertise si nécessaire, si la péjoration de l'état de santé alléguée entraîne véritablement une diminution de la capacité résiduelle de travail et de gain de nature à modifier le droit aux prestations. L'âge avancé pourra entrer en considération - le moment déterminant étant alors celui de la naissance éventuelle du droit à la rente - pour autant qu'il ne constitue pas le facteur essentiel d'exclusion de l'assuré du marché du travail, par rapport aux atteintes à la santé. Demeurent réservés les cas dans lesquels l'assuré a retrouvé un emploi adapté après le premier refus de rente, dont la poursuite est mise en cause par la péjoration de son état de santé. Dans ces cas, les principes développés à l'ATF 138 V 457 restent applicables si un changement de profession s'avère finalement nécessaire, comme lorsqu'une première demande de prestations est examinée.

b) Par décision du 5 septembre 2008, l'intimé a nié le droit à une rente d'invalidité au motif que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle de chef de vente que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge au-delà de 7.5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, minimum 2 x à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, pas d'activité sur terrain instable, pas d'exposition à des machines-outils ou à des vibrations prolongées, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position statique debout au-delà de 10 à 15 minutes, diminution du périmètre de charge à environ une heure. L'assuré était ainsi en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente.

Le recourant a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 24 juin 2011. Il était à l'époque âgé de 55 ans. L'intimé est entré en matière sur cette nouvelle demande et a repris l'instruction pour aboutir à la conclusion, en septembre 2017, qu'aucune

aggravation de l'état de santé du recourant ne pouvait être retenue et que celui-ci disposait toujours d'une pleine capacité de travail dans toute activité qui n'était pas physiquement lourde et qui ne nécessitait pas de port de charge importantes (plus de 15 kg). Le recourant ne peut ainsi se prévaloir du simple écoulement du temps pour se voir appliquer la jurisprudence publiée dans l'ATF 138 V 457 consid. 3.1. Il y a également lieu de relever que celui-ci ne se trouve pas dans la situation d'un assuré qui doit se reclasser dans une nouvelle profession en raison d'une atteinte à la santé survenue alors qu'il était proche de l'âge de la retraite, dans la mesure où l'intimé a toujours considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

8. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

9. Compte tenu de ce qui précède, le recourant doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

a) 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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant G._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Valérie Maurer (pour G. _____),
- 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 :