

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 février 2013

Présidence de M. NEU
Juges : M. Métral et Mme Di Ferro Demierre
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

K._____, à Nyon, recourant, représenté par Me Alain-Valéry Poitry,
avocat à Nyon,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après: l'assuré), né en 1958, sans formation, travaillait en qualité de maçon depuis 1995 auprès de [...] à Gland. Le 10 septembre 1998, il a été victime d'une chute à vélomoteur, occasionnant une fracture du genou droit, traitée par ostéosynthèse. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 23 juillet 1999, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.

L'OAI s'est adressé au Dr T._____, chirurgien orthopédique, qui dans un rapport du 30 juillet 1999 a signalé une fracture-tassement du plateau tibial externe du genou droit. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 10 septembre 1998, et a attesté de fortes douleurs du compartiment externe du genou ne s'accompagnant ni de blocages, ni de lâchages.

Du 12 avril au 5 mai 2000, l'assuré a effectué un séjour à la clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR). Dans un rapport du 16 mai 2000, les médecins de la CRR ont posé les diagnostics de douleurs chroniques du genou droit, de fracture-tassement du plateau tibial externe droit le 10 septembre 1998 ostéosynthésée et de métatarsalgies M4 bilatérales sur subluxation dorsale des MTP4, opérées le 25 février 2000. Ils ont attesté de douleurs et retenu une capacité de travail de 50% du 6 au 19 mai 2000.

Du 17 décembre 2001 au 17 février 2002, l'assuré a effectué un stage au centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité, à Genève. Dans un rapport du 11 mars 2002, le directeur du COPAI a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail ou de rendement de

70% sur un plein temps; ses capacités physiques étaient compatibles avec un emploi pratique, léger et simple.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un avis médical du 6 juin 2003, le Dr Q._____ a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail avec rendement complet dans une activité évitant les ports répétés de charges au-delà de 15 kg, l'utilisation répétée des échelles et escaliers, et permettant l'alternance des positions.

Dans un rapport, requis par l'OAI, du 14 août 2003, le Dr T._____ a retenu une incapacité de travail à 50% depuis le 6 mai 2000, et a évoqué la possibilité d'exercer une activité moins lourde sans station debout permanente, tels des travaux de manutention, de surveillance et de nettoyage, à 60 ou 80%. L'OAI s'est également adressé au Dr Y._____, spécialiste en médecine interne, qui le 28 octobre 2003 a retenu un état anxiodépressif avec troubles somatoformes multiples en mars 2002.

L'OAI a en outre requis l'avis du Dr A._____, spécialiste en médecine interne, qui dans un rapport du 11 novembre 2003 a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, lombosciatique gauche SI non déficitaire, de discopathie L5-SI et hernie discale modérée postéro-latérale gauche, depuis 2000, de douleurs chroniques post-traumatiques du genou droit depuis septembre 1998 et de douleurs mécaniques des deux pieds, depuis 1999. Il a retenu une capacité de travail de 80 à 100% dans une activité adaptée, et une diminution de rendement de 0 à 20%.

Dans un avis médical du SMR du 2 décembre 2003, le Dr Q._____, se référant à l'appréciation du Dr A._____, a retenu une capacité de travail de 80 à 100% avec baisse de rendement entre 0 et 20% dans une activité adaptée, sédentaire. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: marche au-delà de 100 mètres et épargne du rachis (à savoir port de charges moyennes à lourdes, position debout prolongée, porte à faux).

Dans un courrier du 17 mars 2004, en raison d'un état de santé stabilisé, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2004.

Par décision du 14 juin 2004, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité mensuelle de 686 fr., compte tenu d'une incapacité de gain de 16%, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 4'860 fr., compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 5%.

L'OAI s'est adressé à la Dresse R._____, spécialiste en médecine générale à Nyon et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 15 septembre 2006, cette praticienne a retenu la présence de lombosciatalgies gauches, de douleurs du genou droit à la montée des escaliers ou lors du port de charge dans la marche à plat.

Dans un préavis du 23 octobre 2007, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 1999 au 31 août 2000. Il a retenu que l'assuré, qui présentait une atteinte à sa santé de longue durée depuis le 10 septembre 1998, disposait dès le 6 mai 2000 d'une capacité de travail exigible de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 59'030 fr. 90 en 2000 et d'un revenu d'invalidité de 37'000 fr. 59 - selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2000 dans des activités simples et répétitives, en tenant compte d'un taux d'activité de 70% et d'un abattement de 5% - l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 37%.

Contestant ce préavis, l'assuré a conclu à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} septembre 1999 au 31 août 2000, puis à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2000. Par décision du 23 mai 2008, se référant à son préavis, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière du 1^{er} septembre 1999 au 31 août 2000.

B. Le 30 décembre 2008, l'assuré a informé l'OAI qu'il présentait une aggravation de son état de santé, avec tous les jours des douleurs du bas du dos et des deux jambes, ainsi que des douleurs dans le bas du ventre et au membre inférieur droit. Il a indiqué qu'il souffrait d'une otite chronique bilatérale traitée, qu'il était suivi pour une dépression et prenait de l'Effexor.

Dans un rapport du 23 janvier 2009, la Dresse R. _____ a posé les diagnostics suivants:

- Lombalgies chroniques et lombosciatalgies droites et gauches récidivantes sur discopathie L5-S1 associées à un discret rétrolystésis et arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1.
- Gonalgies droites chroniques après tassement du plateau tibial externe en 1998 ostéosynthésé.
- Status après opération des 4 métatarso-phalangiennes des deux pieds en 2000 et douleurs mécaniques depuis lors.
- Ethylisme chronique avec sevrage en 2006 et traitement d'un état anxio-dépressif (C. _____, psychothérapeute).
- Status après cure d'hernie inguinale bilatérale en 2008 avec persistance de douleurs inguinales d'origine indéterminée.
- Varicocèle bilatérale modérée.
- Otites chroniques bilatérales avec hypo-acousie prédominante à droite qui va être appareillée (Dr W. _____).
- Hyperlipidémie traitée.

Dans ce même rapport, la Dresse R. _____ a retenu que la situation ostéo-articulaire était stable avec les mêmes douleurs depuis des années au niveau lombaire, du genou droit et des pieds. Elle a mentionné une aggravation au niveau ORL, l'interruption de la consommation d'alcool et la présence d'un état anxio-dépressif avec céphalées, actuellement traité.

La Dresse R. _____ a en outre déposé un rapport du 19 juin 2007 du Dr [...], radiologue, attestant une discrète sinusite maxillaire droite, et un rapport du 22 juin 2007 de la Dresse M. _____, neurologue, constatant un examen neurologique dans les normes et retenant la présence de céphalées de tension dans le cadre d'un état dépressivo-anxieux.

Le cas a été soumis au SMR, qui a retenu, dans un avis médical du 27 février 2009 du Dr Q._____, que le rapport précité de la Dresse R._____ ne faisait état d'aucune aggravation de l'état de santé susceptible d'engendrer de nouvelles limitations fonctionnelles.

Dans un préavis du 3 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Il a retenu que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

Par décision du 15 avril 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis. L'assuré a recouru contre cette décision, puis a retiré son recours. La cause a été radiée du rôle par décision du 16 juin 2009 de la Cour de céans.

C. En mars 2010, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations, tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de lombalgies chroniques invalidantes, de douleurs inguinales chroniques post-opératoires et d'hypoacousie.

Dans un certificat médical du 15 février 2010, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne, a attesté une incapacité de travail de 100% du 1^{er} janvier au 31 mai 2010. Dans un rapport du 22 mars 2010, ce médecin a retenu en particulier ce qui suit:

"Diagnostics

- 1) Cure d'hernies inguinales bilatérales en mai 2008 (Dr [...], Nyon) avec douleurs pubiennes, inguinales, scrotales persistantes, de nature indéterminée
- 2) Lombalgie chronique sur discopathie L5/S1 sans syndrome radiculaire
- 3) Gonalgie droite chronique après tassement du plateau tibial externe en 1998 ostéosynthésé
- 4) Douleurs pédieuses persistantes, status post opératoire des 4^{ème} métatarso-phalangiennes bilatérales, en 2000
- 5) Etat anxio-dépressif chronique (Dr X._____, Nyon)
- 6) Otite bilatérale chronique avec hypoacousie (Dr W._____, Nyon)
- 7) Hypercholestérolémie traitée

Cette aggravation date de mai 2008, apparaissant chronologiquement dans les suites d'une cure de hernies inguinales bilatérales récidivées, se manifestant par des douleurs intenses, persistantes, aggravant des plaintes algiques chroniques connues (lombalgies, gonalgies droites, douleurs pédiées bilatérales).

[...]

Ces douleurs sont un élément supplémentaire au tableau algique dont souffre Monsieur K._____ de longue date. Elles aggravent les limitations fonctionnelles déjà connues lors de la précédente évaluation AI: limite de mobilisation à la marche (env 50 mètres), à la charge (max 5 kgs), capacité d'endurance très limitée. Par ailleurs, je note une aggravation des traits dépressifs avec notamment un découragement profond. Sa capacité de travail se trouve donc très limitée pour des raisons physiques et psychologiques. Mon évaluation est une incapacité de travail de 100%.

Le pronostic global me semble réservé au vu d'une part du tableau de syndrome douloureux chronique présent de long terme et de ses répercussions psychologiques et d'autre part du tableau algique intense actuel qui reste à clarifier".

Sur proposition du SMR, l'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, effectué le 9 août 2010 par les Drs S._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et D._____, psychiatre. Dans ce cadre, l'examen psychiatrique effectué par le Dr D._____ n'a pas mis en évidence de trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire d'évocation.

Dans leur rapport du 10 septembre 2010, les Drs S._____ et D._____ ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose droite post-traumatique - avec status après fracture du plateau tibial interne traitée par ostéosynthèse en 1998 -, de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec discopathie L5-S1 et de métatarsalgies bilatérales chroniques sur status après intervention chirurgicale au niveau des 4^{ème} métatarsophalangiennes bilatéralement en 2000. Ils ont en outre posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, de déconditionnement musculaire global et focal, de status après cure de hernie inguinale bilatérale en 2008 et d'hypoacousie droite appareillée. Ils ont retenu une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée

depuis août 2000, et ont en particulier exposé ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"Assuré âgé de bientôt 52 ans, d'origine portugaise, déposant une 3^{ème} demande en vue de l'obtention d'une rente.

A la suite d'un accident survenu en 1998, l'assuré contracte une fracture/tassement du plateau tibial externe du genou D, à l'origine d'une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de maçon, associée à des dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs. Lors de la première demande de prestations AI, une incapacité de travail totale dans son activité antérieure avait été retenue. Une activité adaptée était théoriquement possible à un taux de 70%. Au vu de cette capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, un refus de prestation est signifié à l'assuré. Cette décision de refus de prestations est confirmée lors de la 2^{ème} demande de prestations de 2008 avec absence de mise en évidence de nouvelle pathologie ou d'évolution significative de l'état de santé de l'assuré.

L'examen SMR actuel est réalisé dans le cadre d'une 3^{ème} demande AI dans un contexte de vraisemblable syndrome douloureux somatoforme.

L'assuré décrit une symptomatologie algique diffuse touchant l'ensemble du corps, exacerbée depuis 2008 à la suite d'une intervention pour hernie inguinale bilatérale. Auparavant, il décrivait une symptomatologie lombaire associée à des douleurs au niveau des 2 membres inférieurs, centrées sur le genou D et les 2 pieds. Lors de l'examen clinique nous avons affaire à un assuré démonstratif, oppositionnel, présentant des limitations dans les amplitudes articulaires de façon générale sur contre-pulsions extrêmement efficaces. Aucune tuméfaction articulaire n'a été objectivée lors de l'examen clinique au SMR. Aucune atteinte d'ordre inflammatoire ostéoarticulaire n'a été objectivée lors de l'examen SMR. L'examen, sur le plan ostéoarticulaire, met en évidence des limitations dans les amplitudes articulaires de façon diffuse dans un contexte oppositionnel. La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un trouble dégénératif au niveau du rachis lombaire sous la forme d'une discopathie L5/S1 avancée accompagnée de modifications de type MODIC I. A signaler l'absence de conflit disco-radiculaire décelable. Sur le plan neurologique, hormis un trouble dysesthésique diffus, sans territoire anatomique et non reproductible, aucun déficit n'a été objectivé.

Le reste de l'examen clinique met en évidence 14 points sur 18 selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie, 8 points sur 8 selon Waddell en faveur d'un processus non-organique et 2/2 selon Kummel. Les différents signes de non-organicité sont nettement amplifiés par un déconditionnement musculaire global et focal entretenu par de nombreuses années de désinsertion socio-économique et un comportement maladif.

En conclusion: cet assuré de 52 ans qui n'exerce plus d'activité professionnelle depuis fin 2004/début 2005, présente un trouble

dégénératif au niveau du rachis lombaire sous la forme d'une discopathie avancée avec modification de type MODIC I, une gonarthrose D sur status après fracture du plateau tibial externe en 1998 traitée par ostéosynthèse et ablation du matériel d'ostéosynthèse environ 1 an après et des métatarsalgies chroniques sur un status après intervention chirurgicale au niveau des 4^{ème} métatarsophalangiennes bilatéralement en 2000. Au vu des atteintes objectives à la santé, une incapacité de travail totale avait été retenue lors de la première demande de prestations AI dans son activité antérieure. L'examen clinique de ce jour au SMR confirme cette incapacité de travail totale dans son activité de maçon ou de manoeuvre sur chantier.

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles retenues est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 30% au vu des limitations fonctionnelles retenues et de l'atteinte pluri-articulaire présentée par l'assuré. L'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée se base uniquement sur les atteintes à la santé objectives mises en évidence sur les examens complémentaires mis à disposition et l'examen clinique réalisé au SMR. La composante à caractère non-organique clairement mise en évidence par les signes de non-organicité selon Smythe, Waddell et Kummel n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de cet assuré.

L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail de longue durée (selon la LAI). En 2006, l'assuré a présenté une période de consommation d'alcool, allant jusqu'à l'abus, qui, d'après l'assuré, s'arrête au mois d'octobre de la même année. Selon les dires de l'assuré, cette consommation était réactionnelle à ses problèmes socioprofessionnels et sentimentaux. Dans ce sens, selon la LAI, l'alcoolisme doit être considéré comme étant primaire.

En outre, l'anamnèse psychosociale et l'analyse de la vie quotidienne ne permettent pas de retenir une maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail.

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

En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité ou sa durée n'est pas constatée. Un trouble de la personnalité décompensé n'a pas été observé. D'après la description donnée par l'assuré lui-même, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence ne sont pas réunis.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan ostéoarticulaire: pas de port de charges de plus de 5 kg (manoeuvre de Valsalva) de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7.5 kg. Pas de position statique assise au-delà de 30 min sans possibilité de varier les positions assis/debout au minimum 2x/h de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position debout immobile (piétinement), pas d'activité en hauteur, pas de montée/descente d'escaliers, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas de position en genuflexion ou accroupie.

Sur le plan psychiatrique: aucune.

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

Sur le plan ostéoarticulaire, cet assuré présente une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle reconnue depuis 1998, date de son accident ayant entraîné une fracture/tassement du plateau tibial externe.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

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

Sur le plan ostéoarticulaire, elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle. Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 30% au vu des limitations fonctionnelles retenues et de l'atteinte pluri-articulaire présentée par l'assuré. L'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré sur le plan ostéoarticulaire ne se base que sur les atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et l'examen clinique réalisé au SMR.

La composante à caractère non organique n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Une telle atteinte ne peut être réputée comme invalidante au vu de la jurisprudence actuelle qu'en présence de signes de gravité qui n'ont pas été mis en évidence par l'examen psychiatrique réalisé conjointement à l'examen ostéoarticulaire de ce jour.

La capacité de travail résiduelle de l'assuré coïncide avec les capacités de travail antérieures retenues par ses différents médecins traitants et les différentes évaluations en stage effectué par l'assuré.

L'évaluation de la capacité de travail retenue au SMR est en contradiction avec celle du médecin traitant actuel car, lors de l'examen au SMR, la composante à caractère non-organique n'a pas été retenue de même que l'atteinte d'ordre psychiatrique revendiquée par l'assuré et son médecin traitant ne peut être considérée comme invalidante".

Dans un rapport de réadaptation du 29 juin 2011, l'OAI a relevé que, lors d'un entretien le 24 juin 2011 avec un agent de l'OAI,

l'assuré se plaignait de problèmes à la tête, de troubles de la mémoire et de la concentration.

Par courrier du 16 août 2011, l'OAI a adressé une copie du rapport d'examen précité au Dr I._____.

Dans un rapport d'examen du SMR du 6 octobre 2010, le Dr Q._____ a fait siennes les conclusions des Drs S._____ et D._____, retenant que l'assuré présentait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis août 2000.

Dans un projet de décision du 6 juillet 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a retenu que l'assuré, qui présentait une atteinte à sa santé de longue durée depuis septembre 1998, disposait depuis août 2000 d'une capacité de travail exigible de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 59'121 fr. en 2000 et d'un revenu d'invalidité de 37'089 fr. 10 - selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2000 dans des activités simples et répétitives, en tenant compte d'un taux d'activité de 70% et d'un abattement de 5% - l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 37%.

Par décision du 20 septembre 2011, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à la rente, en se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision du 6 juillet 2011.

D. Par acte du 26 octobre 2011, K._____ a recouru contre cette décision et a conclu à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il a demandé la comparution personnelle des parties et l'audition de témoins. Se prévalant de son droit d'être entendu, il se plaint que son médecin traitant n'a pas été informé de la mise en œuvre d'un examen médical au SMR ni du projet de décision rendu par l'OAI le 6 juillet 2011. En outre, il conteste les conclusions médicales du SMR sur le plan psychiatrique, expliquant qu'aucun examen mesurable n'a été effectué pour déterminer ses

capacités cognitives, se référant à l'avis de son psychologue traitant et de son psychiatre traitant. Il en déduit qu'il souffre d'une comorbidité psychiatrique invalidante, lui donnant droit à une rente entière. A l'appui de son recours, l'assuré a produit les documents suivants:

- Un rapport d'examen neuropsychologique du 12 octobre 2011 établi par L._____, psychologue FSP, retenant les conclusions suivantes:

"L'examen, partiellement réalisé en portugais, met en évidence:

- des troubles sévères des
 - mémoire antérograde verbale (apprentissage très déficitaire, rappel différé nul, sans amélioration en situation de reconnaissance)
 - praxies constructives
 - raisonnement concret sur données visuo-spatiales

- des troubles modérés des
 - mémoire antérograde visuo-spatiale en situation de reconnaissance
 - calcul oral (lenteur avec l'addition, difficultés avec les soustractions élémentaires en dessous de 10, échec au delà de 10).

- des troubles légers des
 - certaines fonctions exécutives (défaillances d'attention, difficultés de programmation motrice et de planification de l'activité)
 - datation des faits anciens
 - gnosies visuelles

- une nosognosie

- la conservation des
 - langage (compréhension auditivo-verbale, écriture, lecture, dénomination)
 - praxies idéomotrices
 - orientation temporelle et spatiale
 - mémoire des faits anciens
 - fonctions exécutives (incitation verbale).

On ne constate aucun signe de surcharge et des affects ne semblent pas avoir interféré avec les performances.

En raison de la faible scolarisation il est difficile d'évaluer précisément la baisse cognitive et de se prononcer sur l'origine de ce tableau neuropsychologique. Les déficits aux praxies constructives, au raisonnement concret sur données visuo-spatiales (c'est à dire le raisonnement opératoire, conservation du volume), le calcul oral sont en lien avec une insuffisance d'acquisition scolaire.

La consommation éthylique a certainement joué un rôle dans les troubles de la mémoire, les FRVC peut-être également.

Une évaluation dans une année environ permettrait de se prononcer sur le début d'une éventuelle pathologie dégénérative.

Quoi qu'il en soit actuellement les déficits sont très sévères; le patient ne peut apprendre une nouvelle activité professionnelle. De plus il risque d'oublier très rapidement les consignes, les informations données. De plus, il est limité dans ses activités par le manque d'acquisition du calcul, de la lecture et de l'écriture".

- Un rapport du 24 octobre 2011 du Dr P._____, psychiatre, et de C._____, psychologue déléguée, retenant ce qui suit:

"PLAINTES ET SYMPTOMES

Pertes sévères de la mémoire à court terme, ralentissement de la pensée, difficultés de compréhension des consignes simples, anxiété par rapport aux problèmes du quotidien, fatigue psychique. Envies de pleurer sans raisons précises, ruminations négatives, surtout par rapport à son avenir, sentiments de détresse et dépression. Selon le patient, les médicaments pour la douleur ne font plus l'effet escompté, donc il a des difficultés à marcher en raison de hernies discales et inguinales. Il a déjà été opéré sans résultats significatifs.

TABLEAU CLINIQUE

Le patient est en consultation dans notre cabinet depuis mai 2005. Il nous a été envoyé à l'époque par son médecin traitant, la Doctresse R._____ à Nyon, en raison de sa dépendance à l'alcool. Depuis cette date, Monsieur K._____ est totalement abstinent d'alcool. [...]

DIAGNOSTICS (CIM-10)

Troubles cognitifs sévères (cf rapport ci-joint de Mme L._____, neuropsychologue)
Anxiété généralisée (F41.1)
Episode dépressif moyen (F32.10)
Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.20) (abstinent depuis six ans)
Difficultés liées à des possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6)
Bégaiement (F98.5)
Alcoolisme chez les deux parents (Z81.1)

EVOLUTION

L'état physique du patient est invalidant par rapport à ses possibilités professionnelles, il vit avec beaucoup de douleurs, la thérapie permet que l'état dépressif n'évolue pas dans un épisode plus profond et chronique.

[...]

PRONOSTIC ET CONCLUSION

Le pronostic à moyen long-terme est réservé sur le plan psychiatrique surtout du fait que l'examen neuropsychologique met en évidence des troubles sévères des fonctions mnésiques verbales, des praxies constructives et du raisonnement concret, troubles qui ne semblent pas dus à une surcharge ni aux affects et qui évoquent un risque de maladie dégénérative. En effet, malgré qu'un suivi psychothérapeutique régulier soit maintenu, on observe clairement une détérioration de composantes cognitives. Par contre la thérapie de soutien régulière permet au patient de ne pas entrer dans un épisode dépressif plus sévère, ce qui permet d'éviter une hospitalisation.

En conclusion, en raison de ses handicaps physiques et psychiatriques, M. K. _____ nous paraît totalement inapte à exercer une activité professionnelle ou une réinsertion. Dans ces conditions, essayer de lui faire apprendre un nouveau métier, c'est l'équivalent de le mettre tout le temps face à un échec, ce qui engendrerait une angoisse extrême".

Dans sa réponse du 2 décembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il conteste avoir manqué au droit d'être entendu du recourant et, sur le plan médical, s'en remet à l'appréciation du SMR, expliquant que les nouveaux troubles de santé doivent faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations d'invalidité. Il a produit un avis médical du SMR du 23 novembre 2011 des Drs Q. _____ et Z. _____, qui relèvent notamment ce qui suit:

"Mme L. _____ conclut à des troubles sévères de mémoire antérograde verbale (apprentissage très déficitaire, rappel différé nul, sans amélioration en situation de reconnaissance), des praxies constructives, du raisonnement concret sur données visuo-spatiales / des troubles modérés de mémoire antérograde visuo-spatiale en situation de reconnaissance et en calcul oral / des troubles légers de certaines fonctions exécutives, datation des faits anciens, gnosies visuelles.

Le Dr P. _____, dans un document daté du 24.10.2011, adressé au médecin responsable de l'AI et co-signé par Mme C. _____, psychologue déléguée, annonce en plus des diagnostics connus, ceux de l'anxiété généralisée et de l'épisode dépressif moyen. Force est de constater que son rapport relate une anamnèse peu compatible avec les 2 diagnostics annoncés, puisque seuls les éléments suivants sont signalés: anxiété (non quantifiée) par rapport aux problèmes du quotidien / fatigue psychique (non précisée) / envies de pleurer sans raisons précises / ruminations négatives / sentiment de détresse et dépression. Les autres plaintes sont en lien avec les troubles neuropsychologiques; enfin le Dr P. _____ ne donne aucun status clinique, donc aucun élément objectif. Les plaintes rapportées par le Dr P. _____ s'inscrivent habituellement dans celles que l'on trouve dans le syndrome somatoforme douloureux persistant, et ne constituent en l'état pas une entité diagnostique que l'on puisse prendre en compte.

Discussion: sur la base des nouveaux éléments médicaux, il s'avère que cet assuré âgé de 53 ans présente des troubles neuropsychologiques suffisamment avancés (peut-être annonciateurs d'une maladie cérébrale dégénérative) pour justifier à eux seuls une CT nulle en toute activité; en effet l'apprentissage d'une nouvelle activité professionnelle s'avère impossible, M. K._____ risquant d'oublier très rapidement les consignes. Pour le reste, comme écrit plus haut, on ne peut retenir ni le trouble anxieux ni le trouble thymique.

Reste le délicat problème qu'est celui de la datation du début de cette aggravation en l'absence de toute information précise, avec le constat de l'absence de troubles mnésiques rapportés et/ou observés lors de l'examen SMR du 09.08.2010 (absence de plainte concernant les oublis; le Dr D._____ précise en outre: absence de trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire d'évocation), nous proposons de retenir la date de l'examen neuropsychologique du 12.10.2011 qui a mis pour la première fois en évidence cette pathologie.

Révision dans 2 ans".

Dans sa réplique du 10 janvier 2012, le recourant a confirmé ses conclusions. Réitérant ses arguments au sujet de la violation de son droit d'être entendu, il explique notamment que l'OAI a tardé à transmettre le rapport d'examen du SMR au Dr I._____. Le recourant explique en outre que l'OAI a retenu de façon arbitraire l'existence d'une incapacité de travail depuis le 12 octobre 2011. Il a produit une procuration du 9 août 2010, par laquelle il a autorisé le SMR à transmettre le rapport d'examen du 10 septembre 2010 au Dr I._____.

Dans sa duplique du 1^{er} février 2012, l'OAI a maintenu sa position, expliquant que le rapport d'examen du SMR avait été transmis sans délai au Dr I._____ à sa demande, et que ce document ne contenait pas d'indications utiles sur le plan thérapeutique. Le 28 février 2012, le recourant a confirmé sa position, reprochant notamment à l'OAI d'avoir fait preuve de formalisme excessif.

E. Le juge instructeur a demandé un complément médical au Dr P._____. En date du 17 avril 2012, ce médecin et la psychologue C._____ ont répondu comme suit aux questions du mandataire du recourant:

"Question 1: La date retenue du 12 octobre 2011 pour l'apparition de troubles neuropsychologiques de M. K. _____ vous paraît-elle crédible ou fondée?"

Insuffisamment; il faut rappeler les faits antérieurs à cette date. En mai 2005, quand Monsieur K. _____ est venu à notre consultation, il avait 2 problèmes distincts: un problème de couple et un litige avec sa fille au sujet de la pension alimentaire. C'est en posant des questions plus approfondies que nous avons commencé à soupçonner la présence d'un alcoolisme grave, chose que le patient a nié d'emblée. Par contre il nous a avoué plus tard avoir eu un «problème» d'alcool, lors de son premier mariage qui a fini par une séparation qui l'a fait beaucoup souffrir. Il s'avère alors que Monsieur K. _____ souffrait d'alcoolisme depuis 30 ans. Au moment de la séparation, il buvait 3 litres de vin par jour. C'est donc en octobre 2006 que nous avons réussi à envoyer le patient à la clinique d'alcoologie de [...] pour une désintoxication alcoolique. A partir de cette date, il va devenir complètement abstiné d'alcool et va quitter le traitement une année après. A ce moment, s'il y a présence de troubles neuropsychologiques, ils ne sont pas encore visibles ou verbalisés. Dans ce premier traitement, on peut décrire le patient comme quelqu'un de joyeux, racontant surtout des histoires détaillées liées à son passé. La thérapeute déléguée (Mme C. _____) parle le portugais, la langue maternelle de Monsieur K. _____. Elle observe que le patient a beaucoup de difficultés à s'exprimer dans sa propre langue, il a un énorme déficit de scolarisation.

En avril 2010, Monsieur K. _____ reprend la consultation chez nous sur les conseils de son médecin traitant, le Dr I. _____, qui estime qu'il a besoin d'un suivi psychologique à cause de ses problèmes de douleurs chroniques. Il revient en thérapie et on constate qu'il a beaucoup changé: il est triste, déprimé, souvent épuisé par ses douleurs, angoissé. Il a des plaintes récurrentes qu'il n'est pas heureux avec son amie. Monsieur K. _____ est toujours abstiné de l'alcool, et on remarque que la quantité de médicaments a passablement augmenté. C'est au cours de la 5^{ème} consultation de 2010, le 10 juin 2010, qu'il mentionne un problème de mémoire. Par la suite le patient va s'en plaindre régulièrement. Le thérapeute pose des questions du genre «qu'avez-vous mangé hier soir?» et le patient n'arrive pas à répondre. Lorsque le Dr P. _____ est informé de la situation il estime qu'un examen neuropsychologique s'avère nécessaire.

En conclusion, il est très difficile pour nous de donner une date précise du début d'apparition de ces troubles, ceci d'une part parce qu'ils ont pu être masqués à l'époque par l'alcoolisme grave et d'autre part parce que de 2007 à 2010 le patient n'a pas été suivi à notre cabinet.

Question 2: Estimez-vous que l'apparition des troubles neuropsychologiques est bien antérieure au 12 octobre 2011?

Selon notre observation, les troubles neuropsychologiques semblaient être présents au moins depuis le 10 juin 2010".

Le 30 avril 2012, le Dr P._____ et la psychologue C._____ ont, en particulier, répondu comme suit aux questions de l'OAI:

"Question 2: Avez-vous demandé personnellement la mise en oeuvre de l'examen neuropsychologique réalisé par Mme L._____ le 12 octobre 2011?

Oui.

Question 3: Quels étaient les motifs qui ont motivé dite mise en oeuvre? Merci de détailler votre réponse.

Les plaintes récurrentes du patient d'un manque de mémoire depuis le 10 juin 2010. En fait le patient a raconté à son thérapeute qu'il voulait faire son permis de conduire, et selon lui il n'arrivait pas à retenir la théorie exigée. Nous avons donc soupçonné qu'il pouvait avoir des séquelles graves de son alcoolisme. Aussi nous voulions établir ce que le patient pourrait assimiler de la thérapie en cours, c'est-à-dire de son niveau de compréhension.

[...]

Question 5: Merci de prendre position, en motivant objectivement votre appréciation de manière détaillée, quant au fait de savoir à partir de quelle date les troubles neuropsychologiques sont devenus d'une gravité telle que l'exercice, respectivement l'apprentissage, d'une quelconque activité professionnelle est devenu impossible?

Comme il a été dit plus haut, les troubles mnésiques ont été mis en évidence en juin/juillet 2010. Nous avons posé la question suivante au patient: avez-vous eu des problèmes de mémoire avant de revenir au traitement en avril 2010? La réponse est affirmative, mais la précision quant au moment de l'apparition du trouble est vague. En conclusion, la problématique semble être apparue avant 2010".

Dans ses déterminations du 30 mai 2012, se référant aux compléments du Dr P._____, le recourant a relevé que la date retenue du 2 octobre 2011 par l'OAI n'était pas pertinente et a, partant, confirmé ses conclusions.

Le 30 mai 2012, l'OAI a produit un avis médical du SMR du 25 mai 2012 des Drs Q._____ et F._____, qui relèvent ce qui suit:

"Le Dr P._____, psychiatre traitant, et Mme C._____, psychologue déléguée, ont répondu aux questions posées par l'avocate de l'assuré et par le service juridique de l'OAI, afin de tenter de préciser à partir de quelle date l'assuré présente des troubles cognitifs invalidants. Ils rapportent que c'est lors de la consultation du 10.06.2010 que l'assuré a mentionné un problème de mémoire (il ne se souvenait pas en quoi consistait le souper de la

veille). Cependant, dans la mesure où l'assuré n'a plus eu de suivi à leur cabinet entre 2007 et avril 2010, ils ne peuvent préciser à quand remontent les troubles. Ils rapportent que les troubles neuropsychologiques semblaient être présents au moins depuis le 10.06.2010, mais ils ne le certifient pas.

Ce n'est cependant que 16 mois plus tard que sera réalisé le premier examen neuropsychologique, ce qui laisse à penser qu'en juin 2010 les troubles cognitifs n'étaient pas à ce point évidents et massifs, auquel cas on devait s'attendre selon toute logique médicale à ce que l'examen neuropsychologique soit mis en place sans délai. D'ailleurs rappelons pour mémoire que lors de l'examen au SMR du 09.08.2010, aucun trouble cognitif n'a pu être mis en évidence ou soupçonné. Dans ces conditions, on ne peut retenir cette date du 10.06.2010. Dans leurs réponses aux questions du service juridique de l'OAIVD, le Dr P. _____ et Mme C. _____ précisent qu'en fait c'est en raison de l'incapacité annoncée par l'assuré à retenir les notions théoriques de la circulation routière en vue de passer le permis de conduire que des séquelles graves de l'alcoolisme ont été soupçonnées, et qu'alors l'examen neuropsychologique a été mis en place. Il n'y a pas eu d'examen antérieur à celui du 12.10.2011. Il n'a pas été possible de préciser à quand remontent les troubles.

Remarques

C'est dans le rapport initial de la REA daté du 29.06.2011 que l'on trouve pour la première fois dans le dossier AI de l'assuré la mention de plaintes concernant les troubles de la mémoire et de la concentration. Contrairement à ce que Me Poitry affirme lorsqu'elle écrit dans sa réplique du 10.01.2012 «Enfin, la date du 12.10.2011 est contredite aussi par les pièces du dossier AI, puisque l'on peut lire dans le rapport initial de l'Office AI du 24.06.2011, signé par [...], qui n'est pourtant pas médecin psychiatre, sous fonction cognitive «l'assuré semble limité, faible niveau d'intégration, difficultés d'élocution, niveau de français très bas», M. [...] rapporte des éléments que ne sont pas forcément en rapport avec la présence de troubles cognitifs sévères; M. [...] ne précise pas en quoi l'assuré est limité / le faible niveau d'intégration: M. [...] ne précise pas à quelle intégration il fait référence (celle sociale? celle des informations données?) / difficulté d'élocution: on sait de longue date que l'assuré bégaye / niveau de français très bas: ce fait est connu de longue date également et fait référence à son faible niveau scolaire.

En juin 2007 M. K. _____ a bénéficié d'une IRM et ARM cérébrale en raison de céphalées persistantes depuis 2 mois; l'examen n'a pas révélé de lésion cérébrale; en particulier aucune atrophie cérébrale n'est rapportée, atrophie que l'on trouve lors de maladie cérébrale dégénérative ou alcoolique.

Lors du séjour à la clinique d'alcoologie de [...] en fin 2006, aucun trouble cognitif n'est rapporté.

On trouve au dossier un document d'expertise de psychologie de la circulation, daté de fin 2002, réalisé suite à 3 échecs consécutifs pour passer la théorie en vue de l'obtention du permis de conduire. Les échecs sont le fait de stress lié à la situation de l'examen et des

difficultés dans la rapidité de lecture, avec un niveau de concentration insuffisant; aucun trouble cognitif n'est évoqué.

En conclusion, dans leurs réponses aux questions posées, le Dr P. _____ et Mme C. _____ n'apportent pas d'élément permettant de dater plus précisément et de façon péremptoire le début des troubles neuropsychologiques à caractères invalidants. Nous maintenons les conclusions apportées dans l'avis médical du 23.11.2011, puisque le rapport de l'examen neuropsychologique daté du 12.10.2011 est le seul document/élément objectif permettant de donner le faisceau de preuves d'une atteinte neuropsychologique invalidante".

F. Le 31 octobre 2011, le juge instructeur a accordé au recourant l'assistance judiciaire avec effet au 26 octobre 2011 et a désigné Me Alain-Valery Poitry en qualité d'avocat d'office.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. A titre préalable, le recourant se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu, dès lors que son médecin traitant n'a pas été informé, respectivement l'a été tardivement, de la mise en œuvre d'un examen médical au SMR et du projet de décision rendu par l'OAI le 6 juillet 2011.

En l'occurrence, le rapport d'examen du SMR, daté du 10 septembre 2010, a quoi qu'il en soit effectivement été transmis au Dr I._____, à savoir le 16 août 2011, et le projet de décision a dûment été adressé à l'assuré; il appartenait en outre à ce dernier de s'enquérir de l'avancement de son dossier médical et le cas échéant d'interpeller son médecin traitant. Cela étant, il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant si cette prétendue violation du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst [Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101]) nécessite l'annulation de la décision attaquée. En effet, celle-ci doit de toute manière être réformée dans le sens des conclusions du recourant, ainsi qu'on le verra ci-après (pour un cas similaire: TF B 32/99 du 31 mars 2000 consid. 4).

3. En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité est litigieux, l'OAI ayant nié ce droit au recourant faute d'atteinte à la santé suffisamment incapacitante au moment où il a statué, l'assuré concluant quant à lui à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

4. a) Selon une 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 (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la

situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins,

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant

(ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

5. a) Dans le cas présent, sur le plan somatique, il n'est pas contesté que le recourant présente les atteintes de gonarthrose droite post-traumatique, de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec discopathie L5/S1 et de métatarsalgies bilatérales chroniques, entraînant une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, depuis août 2000. De même, le recourant ne conteste pas le diagnostic, en l'occurrence sans incidence sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Sur ces questions, il y a lieu de se référer au rapport d'examen du 10 septembre 2010 du SMR effectué par les Drs S._____ et D._____, ainsi qu'aux autres pièces médicales sur lesquelles ces spécialistes fondent leurs déterminations.

b) Le complément d'instruction sur le plan neuropsychologique, intervenu après l'examen médical effectué au SMR, a révélé la présence de troubles neuropsychologiques générant une incapacité de travail totale. Ainsi, la psychologue L._____, dans son rapport du 12 octobre 2011, a mis en évidence des troubles sévères de mémoire verbale et de raisonnement, des troubles modérés de mémoire visuo-spatiale et de calcul oral, avant de retenir que les déficits étaient très sévères et que l'assuré ne pouvait pas apprendre une nouvelle activité professionnelle. Pour leur part, dans leur rapport du 24 octobre 2011, le Dr P._____ et C._____ ont diagnostiqué des troubles cognitifs sévères - à savoir des fonctions mnésiques verbales, des praxies constructives et du raisonnement concret - et observé clairement une détérioration des composantes cognitives, l'assuré paraissant totalement inapte à exercer une activité professionnelle ou une réinsertion. De même, dans leur avis médical du SMR du 23 novembre 2011, les Drs Q._____ et Z._____ ont retenu la présence de troubles neuropsychologiques suffisamment avancés pour justifier à eux seuls une capacité de travail nulle dans toute activité.

Demeure seule litigieuse la date de la survenance de ces troubles totalement incapacitants. A cet égard, dans leur avis médical du 23 novembre 2011, compte tenu de l'absence de troubles mnésiques constatés lors de l'examen au SMR le 9 août 2010, les Drs Q. _____ et Z. _____ ont proposé de retenir la date de l'examen neuropsychologique du 12 octobre 2011. De façon convaincante et pertinente, dans leurs lignes du 17 avril 2012, le Dr P. _____ et C. _____ ont indiqué que la date du 12 octobre 2011 n'était pas suffisamment fondée pour fixer l'apparition de ces troubles; ils ont expliqué que l'assuré - qui souffrait d'alcoolisme grave depuis 30 ans et avait suivi une cure de désintoxication en octobre 2006 dans une clinique spécialisée - avait mentionné un problème de mémoire lors d'une consultation le 10 juin 2010 puis s'en était régulièrement plaint, de sorte que les troubles neuropsychologiques existaient au moins depuis cette date. Du reste, dans leur écriture du 30 avril 2012, ces spécialistes ont précisé qu'ils avaient demandé personnellement la mise en œuvre d'un examen neuropsychologique - tel qu'il sera effectué le 12 octobre 2011 par la psychologue L. _____ - en raison des plaintes récurrentes de l'assuré d'un manque de mémoire, depuis le 10 juin 2010, ce dernier voulant passer son permis de conduire sans arriver à retenir la théorie exigée, ce qui laissait alors soupçonner des séquelles graves de son alcoolisme. Ils ont ajouté que les troubles mnésiques avaient été mis en évidence en juin/juillet 2010, mais que la problématique, selon les dires de l'assuré, semblait être apparue avant 2010. Par conséquent, suivant l'avis de ces spécialistes, lesquels se fondent sur des constats objectifs, il peut être tenu pour établi que les troubles neuropsychologiques de l'assuré, résultant très vraisemblablement d'un problème d'alcoolisme grave, ont été clairement identifiés en juin 2010.

L'incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle se confondant avec le degré d'invalidité, elle ouvre ainsi le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2011, soit après un délai de carence d'une année (art. 28 LAI). Partant, le recours est admis dans ce sens.

6. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'500 fr. à la charge de l'OAI, cette somme couvrant le montant des honoraires et des débours revenant à l'avocat d'office, tels que réclamés par la liste détaillée de ses opérations produite le 20 juin 2012 en vue de la fixation de son indemnité au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 20 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que K. _____ a droit à une rente entière à compter du 1^{er} juin 2011.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K. _____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alain-Valéry Poitry, avocat à Nyon (pour K. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :