

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux, juge et Mme Dormond Béguelin, assesseuse

Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Benoît Morzier, avocat à
Lausanne,

et

A._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 17 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...] 1952, peintre en bâtiment, a déposé le 6 mai 2002 une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du Valais (ci-après: OAI-VS). Il souffrait d'un syndrome rotulien gauche sur chondropathie patellaire (cf. rapport médical du 9 mars 2001 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé au Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré). L'assuré a perçu des indemnités journalières de la part de l'assurance collective perte de gain en cas de maladie de son employeur, [...], du 13 décembre 2000 au 31 mai 2002. Le 28 novembre 2002, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail qui les liait, avec effet au 31 décembre 2002.

Par décision du 23 juillet 2003, l'OAI-VS a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, en raison d'un taux d'invalidité de 24%. L'OAI-VS a considéré qu'il présentait une capacité de travail de 100%, avec un rendement normal, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (toute activité légère, sans travaux lourds, ni port de charge de plus de 10 kg, ni travail en position accroupie et sans déplacements prolongés, en terrain accidenté ou sur échelle) et ce avant le délai de carence d'une année, le 1^{er} novembre 2001. Le même jour, l'OAI-VS a également rendu une décision de refus de reclassement et d'aide au placement, au motif que le comportement de l'assuré durant le stage au Centre [...] avait montré qu'il ne remplissait pas les conditions subjectives à une réadaptation professionnelle.

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

Par acte du 14 janvier 2004, l'assuré a formé recours contre cette décision sur opposition devant le Tribunal cantonal des assurances

du Valais, concluant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel, subsidiairement à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité, et plus subsidiairement au renvoi de la cause devant l'OAI-VS pour complément d'instruction.

Par jugement du 24 mars 2004, le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais a admis le recours, annulé la décision sur opposition et renvoyé la cause devant l'OAI-VS pour instruction complémentaire puis nouvelle décision au sens des considérants. En substance, le tribunal a estimé que l'avis du Dr Z._____, sur la capacité de travail de l'assuré n'avait pas une valeur probante suffisante ce d'autant plus que dans son dernier rapport, ce médecin n'avait pas clairement indiqué de taux d'incapacité de travail, ni s'il s'écartait du taux de 50% indiqué par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans son expertise du 9 octobre 2002. Le tribunal a par ailleurs souligné que dans cette expertise, le Dr V._____ ne se prononçait pas de manière définitive sur la capacité de travail de l'assuré, puisqu'il avait indiqué que des examens médicaux complémentaires, aux plans somatique et psychiatrique étaient nécessaires avant de pouvoir se prononcer. Ce médecin avait donc réservé son appréciation et simplement relevé qu'au cas où ces investigations supplémentaires ne devaient finalement établir aucune atteinte, l'on pouvait raisonnablement espérer une reprise de l'activité habituelle à 100%. Dans l'attente des résultats de ces examens, une reprise de cette activité à 50% lui paraissait possible. Le tribunal valaisan a donc jugé que l'OAI-VS devait compléter son instruction, en requérant des examens complémentaires tendant à éclaircir la question d'une éventuelle atteinte somatique ou psychiatrique, pour pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail de l'assuré.

b) L'OAI-VS a dès lors repris l'instruction et confié aux Drs Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et G._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire. Ils ont rendu leur rapport d'expertise le 15 février 2005. Le Dr Q._____ a notamment écrit ce qui suit :

« 2. Plaintes et données subjectives

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

3. Status

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

4. Diagnostic

4.1. Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail

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

4.2. Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail

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

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

5. Discussion du cas et pronostic

(...)

L'affection actuelle à l'origine d'une incapacité totale de travail dès le 01.11.2001 consiste en un syndrome rotulien gauche dont les tous premiers signes semblent remonter à 1995. Dès lors, le processus d'invalidation suit son cours. L'expertise du Dr V. _____ datée du 09.10.2002 chiffrait à 50% la capacité de travail de l'expertisé comme peintre en bâtiment. Il proposait aussi une poursuite des investigations sous forme d'une scintigraphie osseuse, d'une IRM lombaire ainsi qu'une investigation dans le but d'évaluer l'influence des facteurs extra-médicaux. Si ces investigations devaient rester négatives, le Dr V. _____ écrirait : "on peut raisonnablement penser à une pleine capacité de travail".

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

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

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

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

1. Limitations en relation avec les troubles constatés

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

- au plan psychique et mental : nihil.

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

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

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

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

Oui à 50%.

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

Depuis le 01.11.2001.

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

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

2.5. Description précise de la capacité résiduelle de travail?

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

(...)

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

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

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

Quant au Dr G. _____ il a écrit ce qui suit :

« Diagnostic retentissant sur la capacité de travail

- chondropathie rotulienne gauche

Appréciation

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

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

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

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

du travail en position accroupie, limitation des déplacements sur terrain accidenté), une capacité totale est médicalement exigible ».

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

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

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

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

L'assuré, représenté par Me Olivier Carré, a formé opposition le 16 mars 2006 à l'encontre des décisions des 2 et 3 mars 2006. Par avis médical du 19 avril 2006 complété à la demande de Me Carré, le Dr [...], médecin du sport, a indiqué qu'il avait fait procéder à une nouvelle IRM qui n'avait pas démontré d'aggravation au niveau du tendon rotulien par

rapport aux précédentes images. En revanche, il avait repéré une fente dans le ménisque externe qui pouvait expliquer les douleurs de l'assuré. Ce médecin préconisait de recueillir l'avis d'un orthopédiste ainsi que celui d'un psychiatre, soupçonnant l'existence d'un trouble somatoforme douloureux.

Lors d'un entretien téléphonique du 13 décembre 2006 entre l'OAI-VS et le SMR, le SMR a indiqué que la fente dans le ménisque interne était une nouvelle pathologie, mais qui n'ajoutait pas de limitation et ne diminuait pas la capacité de travail dans une activité déjà adaptée aux précédents problèmes du genou.

Le 19 avril 2007, l'assuré a informé l'OAI-VS qu'il était suivi sur le plan psychiatrique à tout le moins depuis le 6 septembre 2006, par K._____ psychologue dans le cabinet du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

Par rapport médical du 2 mai 2007 adressé au Dr [...], la Dresse [...] spécialiste en médecine interne et endocrinologie-diabétologie, a indiqué que l'assuré présentait un diabète de type 2. Lors d'un entretien téléphonique entre l'OAI-VS et le SMR le 6 juin 2007, ce dernier a indiqué que de manière générale, un diabète sans complications (pas de néphropathie, pas de neuropathie périphérique, pas de troubles visuels) était réputé non invalidant.

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

Le 20 août 2007, l'assuré a formé recours contre cette dernière décision sur opposition devant le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité et renvoi pour instruction complémentaire, subsidiairement à la reconnaissance de son droit à des mesures professionnelles. Il a fait valoir qu'il souffrait d'un épisode dépressif sévère, produisant un rapport médical du 13 août 2007 du Dr H._____ et

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

Dans un rapport médical du 11 septembre 2007, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR Rhône, a estimé que le rapport du Dr H._____ et de la psychologue K._____ rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès le 21 août 2006, date du début du suivi psychiatrique. Pour ce médecin, une expertise psychiatrique neutre était cependant nécessaire, car il trouvait les conclusions des spécialistes sujettes à caution, car trop pessimistes au vu du fait qu'ils constataient une amélioration de l'état de santé et que l'assuré suivait une consultation hebdomadaire depuis plus d'un an.

Par jugement du 19 novembre 2007, le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais a partiellement admis le recours, annulé la décision et renvoyé la cause à l'OAI-VS pour instruction complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique tendant à déterminer l'évolution de l'état de santé psychique et de la capacité de travail de l'assuré depuis l'expertise de février 2005.

c) L'OAI-VS a dès lors confié au Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise. Celui-ci a vu l'assuré à deux reprises, les 15 et 22 décembre 2007 et rendu son rapport le 26 décembre 2007. Le Dr X._____ a posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et d'épisode dépressif sans précision (F32.9). Il a expliqué que l'assuré présentait essentiellement une réaction comportementale à tonalité dépressive liée à la persistance d'une gonalgie gauche qu'il estimait lui enlever la possibilité d'exercer la moindre activité lucrative. L'état dépressif en résultant était manifestement exagéré de même que l'intensité de la gonalgie. Le niveau cognitif était faible et correspondait à ce qu'il avait toujours été. De plus, du point de vue psychiatrique, les syndromes algiques de l'expertisé ne correspondaient pas à un syndrome douloureux persistant et l'importance de la composante affective relativisait la composante sensorielle. Selon le Dr X._____, l'intéressé avait une capacité de travail à temps plein, au plan psychiatrique, dans une activité professionnelle adaptée. Il a précisé que le comportement de l'assuré semblait actuellement fixé et ne permettrait vraisemblablement pas d'obtenir qu'il valorise sa capacité de travail pour la reprise d'un emploi, tout à fait possible sur le plan psychique.

Par projet de décision du 3 mars 2008, l'OAI-VS a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, confirmant que le taux d'invalidité était de 24%. L'office a en particulier retenu, sur la base de l'expertise psychiatrique du Dr X._____, que la gravité de ses troubles psychiques n'était pas suffisante pour entraver sa capacité de travail sur une longue durée et que dès lors, les conclusions de sa décision du 3 mars 2006 restaient pleinement valables. Il retenait donc que l'assuré avait une

capacité de travail de 100%, d'exercer une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques, soit une activité en positions alternées, avec limite du port de charge à 10 kg, sans position accroupie, sur échelle ou sur terrain accidenté.

Dans un projet de décision du 4 mars 2008, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une mesure de reclassement (art. 17 LAI), mais lui a reconnu le droit à une aide au placement (art. 18 LAI), dans la mesure où il souhaitait bénéficier d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

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

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

base de ces éléments, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Dans un jugement du 22 janvier 2009, la Cour des assurances sociales du canton du Valais a rejeté le recours et confirmé les décisions de l'OAI-VS des 15 et 16 mai 2008. En substance, la Cour a retenu que l'absence d'atteinte psychiatrique grave et incapacitante avait été attestée de manière probante par l'expertise du Dr X. _____ lequel avait d'ailleurs pris en compte les avis des Dr D. _____ et H. _____ et de la psychologue K. _____, qui n'avaient pour leur part apporté aucun élément permettant au tribunal de retenir que l'appréciation de l'expert était erronée. Une nouvelle expertise psychiatrique n'était dès lors pas nécessaire. Au plan somatique, la Cour a retenu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des rapports médicaux concordants présents au dossier et antérieurs à celui du Dr D. _____. En effet, le SMR avait expliqué de manière convaincante que la fente dans le ménisque mise en évidence par ce médecin ne justifiait pas de retenir de nouvelles limitations fonctionnelles, car le problème de genou avait déjà été pris en compte. La Cour a également retenu, sur la base du rapport médical du 2 mai 2007 de la Dresse [...] et de l'avis du SMR que le diabète de l'assuré n'était pas de nature incapacitante.

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

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

d) Le 29 juin 2010, N._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Il a indiqué une aggravation massive des atteintes à sa santé depuis l'été 2008, ainsi que des atteintes nouvelles, spécialement au niveau de ses facultés cognitives. Il a produit avec sa demande les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 15 février 2010 du Dr D._____, spécialiste en anesthésiologie, nouveau médecin traitant, à Me Carré, indiquant qu'il y avait une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis mai 2008. D'abord l'état dépressif, d'origine multi-factorielle, se péjorait. A cela s'ajoutait un élément nouveau et inquiétant à savoir une désorientation spatio-temporelle accompagnée de moments de confusion, le Dr D._____ posant les hypothèses de maladie neurodégénérative ou démence débutante dans le cadre d'un diabète au long cours, cela s'ajoutant à un déconditionnement physique important. De plus, l'assuré avait développé une bronchite chronique, qui se marquait par une diminution des capacités respiratoires, une fatigue plus importante et des surinfections pulmonaires fréquentes.
- un rapport médical du 22 mars 2010 au Dr [...] (cf. infra), dans lequel les Drs [...] et [...], spécialistes en médecine nucléaire auprès du [...], ont indiqué qu'il n'y avait pas d'argument scintigraphique pour l'existence d'une maladie neuro-dégénérative ou pour une démence de type Alzheimer et que l'examen du débit sanguin cérébral était dans les limites de la norme. Cet examen avait été effectué sur indications de bilan de troubles cognitifs ainsi que d'un trouble dépressif, de désorientation temporelle ainsi que dans l'espace progressive depuis environ deux ans.
- un rapport médical du 6 avril 2010 des Drs [...], spécialiste en neurologie et [...], spécialiste en médecine interne et gériatrie, ont diagnostiqué des troubles cognitivo-comportementaux atypiques avec notion familiale non précisable et un probable trouble dépressif traité. Ils ont précisé qu'il avait été rapporté pendant l'examen clinique, des épisodes de désorientation spatiale avec incapacité

d'utiliser les transports publics, des troubles du comportement majeurs sous forme d'agressivité envers son entourage et un sommeil perturbé avec des cauchemars fréquents. Une IRM cérébrale et un débit sanguin (SPECT) avaient été faits et étaient tous deux normaux. Un EEG [électroencéphalogramme] et une PL [ponction lombaire] ainsi qu'un examen neuropsychologique avec un traducteur devaient encore être organisés.

- un rapport médical du 13 mai 2010 au Dr D. _____ dans lequel le Dr [...], spécialiste en médecine interne et pneumologie, exposait que la dyspnée que présentait l'assuré était due à une maladie des petites bronches liée à son ancien tabagisme, à un asthme d'origine non allergique, à une obésité abdominale et à une surcharge pondérale générale.

Dans un rapport médical du 9 juillet 2010 à l'OAI, le Dr D. _____, a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO] (sur ancien gros tabagisme), un asthme allergique, une résistance des bronches avec valeurs supérieures au double de la normale, une obésité évoluant depuis longtemps, un diabète non insulino-dépendant découvert en 2007, un déconditionnement global évoluant depuis son problème au genou gauche, soit plus de dix ans, un état dépressif chronique, évoluant depuis plus de cinq ans, ainsi que des troubles cognitifs multifactoriels, du diabète et une hypertension artérielle se péjorant sévèrement depuis 2008. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a indiqué une hypertension artérielle ainsi qu'une insuffisance rénale chronique. Il a émis un pronostic très défavorable, estimant que l'état de santé de son patient était impossible à améliorer car il présentait des troubles multiples dont les traitements respectifs étaient rendus inefficaces par les autres pathologies. L'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis 2002.

Le Dr D. _____ a également joint au rapport susmentionné à l'OAI un rapport médical du même jour adressé à l'avocat de l'assuré, indiquant en substance

les différents domaines où s'est produite une détérioration depuis deux ans, à savoir :

- une bronchite chronique pour laquelle un traitement de sérétide et de spiriva était maintenant nécessaire pour avoir un état relativement stable ;
- une obésité, associée au problème pulmonaire rendant, de l'avis du Dr D._____ une amélioration de l'état physique général impossible ;
- un diabète continuant à faire ses dégâts de manière sournoise et une péjoration de l'état vasculaire continue avec principalement depuis un an et demi, une péjoration des capacités mentales sévères. Le Dr D._____ précisait que malgré les bilans effectués au [...], il ne ressortait pas de causes traitables. Il fallait donc s'attendre selon ce médecin à une longue détérioration qui aboutirait à une démence, à terme. Il ajoutait qu'actuellement, le patient était incapable de se gérer dans les activités de la vie de tous les jours sans avoir un encadrement familial de soutien.

Dans un rapport médical du 12 août 2010 à l'OAI, le Dr H._____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, ayant un effet sur la capacité de travail, qu'il avait constaté depuis le début du suivi en 2006, mais dont l'apparition probable se situait en 1999, quelque temps après l'accident dont l'assuré avait été victime. Il le suivait depuis le 21 août 2006. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité de l'exercice de l'activité habituelle, mais a indiqué que le rendement de l'assuré était "totalement réduit" en raison de son état de santé, en particulier en raison d'une perte de volonté, d'idées noires, de mise en échec, de dévalorisation, de fatigue ainsi que d'autres facteurs comme l'âge et la profession.

Par avis médical du 16 novembre 2010, les Drs [...], spécialiste en médecine du travail et [...], spécialiste en anesthésiologie, médecins au SMR, ont relevé qu'il conviendrait d'interroger le Professeur [...] et de lui

demander de communiquer les résultats des examens complémentaires dont il était question dans son rapport du 6 avril 2010.

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

Dans un nouvel avis médical du 18 janvier 2011, les Dr [...] et [...] du SMR, ont préconisé la mise en oeuvre d'un examen neuropsychologique.

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

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

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

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

peu de doutes. La sévérité des troubles cognitifs est par ailleurs peu compatible avec une imagerie cérébrale normale.

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

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

« **Appréciation diagnostique**

(...)

- *Episode dépressif sans précision*

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

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

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

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

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

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

- *Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*

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

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

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

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

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

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

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

- *Autres diagnostics psychiatriques*

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

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

Une telle situation peut aussi faire penser à des troubles dissociatifs (de conversion) hystériques et à un syndrome de Ganser, en particulier. Ce trouble complexe survient dans des circonstances

particulières d'incarcération et de vie militaire, par exemple. Il est caractérisé par des "réponses à côté" qu'on retrouve chez l'assuré. Il s'agit néanmoins d'une symptomatologie fugace de quelques heures ou de quelques jours. Il paraît difficile de retenir ce diagnostic dans ce cas, d'autant plus que l'assuré n'a jamais paru "dissocié" en séance alors qu'il donnait des réponses incongrues dans le domaine de l'orientation.

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

Appréciation asséculo-logique

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

- *Episode dépressif sans précision*

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

- *Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*

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

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

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

Pour tous ces motifs, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne saurait être associée à une incapacité de travail significative. Rien n'indique que le cas de M. N. _____ soit une exception à cette règle.

- *Conclusion*

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

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

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

Conclusions

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

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

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

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

Remarque importante

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

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

Ces crises n'expliqueraient pourtant pas les symptômes pseudo neurologiques observés actuellement et ceux qui ont été décrits lors d'autres évaluations sachant qu'ils sont *incohérents* au regard de l'ensemble de la présentation clinique et aussi *invraisemblables*, au vu de ce que met en évidence le remarquable rapport d'examen neuropsychologique de Mme [...] [recte : Mme W._____].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Par décision du 7 mai 2012, l'OAI a confirmé le refus de toutes prestations, au motif que les rapports médicaux du Dr D._____ et de la Dresse C._____ ne permettaient pas de mettre en doute le bien-fondé de sa position, selon un avis médical SMR du 28 mars 2012.

Le 11 juin 2012, N._____ a recouru contre la décision du 7 mai 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il a mis en doute la valeur probante de l'expertise du Dr J._____ lui opposant le rapport médical de la Dresse C._____ ainsi que celui du Dr D._____. Il a également critiqué le fait que la question d'une éventuelle épilepsie n'ait pas été investiguée. Après avoir requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique judiciaire dans sa réplique du 18 octobre 2012, l'assuré a produit le 15 février 2013 deux nouvelles pièces médicales qui démontraient selon lui son invalidité psychiatrique, à savoir :

- une lettre du 14 janvier 2013 de la Dresse C._____ adressée à son avocat, expliquant qu'un examen radiologique avait été fait le 22

novembre 2012 qui s'avérait normal et qui concluait de la manière suivante : « cet examen de débit sanguin cérébral régional ne montre pas de pattern de démence de type Alzheimer ou fronto-temporal ». Le test neuropsychologique était difficile à organiser car l'état psychique du patient était un obstacle à ce dernier. Au plan du diagnostic psychiatrique, l'on se dirigeait vers « des troubles mixtes de la personnalité péjorés dans le cadre d'un état dépressif chronicisé associé à un trouble dissociatif ».

- une lettre du 15 janvier 2013 du Dr D._____ à l'avocat du recourant relatant que les imageries fonctionnelles faites au [...] (PET-CT) ne permettaient pas de comprendre et de poser un diagnostic précis, mais qu'il estimait clair que l'assuré présentait une démence progressive rendant son autonomie quotidienne impossible et nécessitant un accompagnement de tous les instants.

Le 19 mars 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par arrêt du 29 août 2013, la Cour de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. La Cour a retenu que l'expertise du Dr J._____ était probante, en particulier que les diagnostics d'épisode dépressif sans précision et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, non incapacitants, étaient motivés et convaincants. La Cour a rappelé que des diagnostics identiques avaient été posés par le Dr X._____ dans son expertise du 26 décembre 2007 et largement similaires par le Dr Q._____ dans son expertise du 15 février 2005, relevant que la neuropsychologue W._____ rejoignait également le Dr J._____ sur l'existence d'une majoration de symptômes. Quant aux rapports divergents des Drs D._____ (cf. rapport médical du 9 juillet 2010), H._____ (cf. rapport médical du 12 août 2010) et C._____ (cf. rapports médicaux des 7 février 2012 et 14 janvier 2013), ils n'étaient pas suffisamment probants pour mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr J._____. Dès lors, la Cour a estimé que d'un point de vue purement psychiatrique, il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et qu'en conséquence, on ne saurait

retenir une aggravation par rapport à la situation qui prévalait à l'époque de la décision du 15 mai 2008. L'instruction était donc complète sur ce point. Cela étant, la Cour a jugé qu'il y avait lieu de compléter l'instruction au plan somatique, des doutes subsistant au sujet d'une aggravation de l'état de santé, concernant les facultés cognitives du recourant et qu'il convenait de vérifier les hypothèses d'une épilepsie (faite par le Dr J._____) et d'une démence liée au diabète (faite par Dr D._____) ainsi que de réaliser un électro-encéphalogramme comme l'avaient préconisé les Drs [...] et [...] (rapport du 6 avril 2010) ainsi que la neuropsychologue [...]. La Cour a estimé qu'une aggravation de l'état de santé au plan pneumologique était probable, vu les rapports du Dr [...] du 13 mai 2010 et du Dr D._____ des 15 février et 9 juillet 2010 et qu'il y avait donc lieu de compléter l'instruction sur ce point également.

B. L'OAI a donc repris l'instruction de la cause.

Le 20 janvier 2014, l'Office a demandé au Dr D._____ de lui communiquer les comptes-rendus de consultation de pneumologie depuis mai 2012 et à défaut de consultation, de lui communiquer le résultat d'une ergoespirométrie à faire effectuer par un pneumologue. Le Dr D._____ a répondu que l'assuré avait une autonomie qui rendait le test impossible. Il a par ailleurs remis à l'OAI un rapport du 29 janvier 2014 que lui ont adressé les Dr [...] et [...] de la consultation spécialisée de la mémoire au [...]. Ces médecins ont posé le diagnostic de « phénotype démentiel atypique avec trouble du comportement à prédominance agressive, état dépressif et apragmatisme, psychose non formellement exclue avec séquelles post-traumatique probables ». Ils ont en outre exposé notamment ce qui suit :

« Vous nous adressez ce patient pour un syndrome démentiel avec troubles du comportement crescendo devenant ingérables pour les proches ceci dans le but d'en déterminer l'étiologie et de peut-être établir une stratégie de prise en charge plus adaptée au patient et à la détresse de l'entourage. Nous retrouvons bien d'importants troubles cognitifs avec perte d'autonomie caractérisant un état démentiel auquel s'ajoutent des troubles du comportement manifestes si bien que la consultation n'a pu se poursuivre jusqu'à son terme. En l'absence de collaboration de la part du patient il va être difficile de tenter d'obtenir une étiologie. La désinhibition, l'apathie pourraient évoquer une démence fronto-temporale, les troubles mnésiques le sont

moins ; les hallucinations, les manifestations au cours du sommeil et malaises s'ils peuvent être rencontrés dans une démence à corps de Lewy, ont ici une présentation très atypique pour cette hypothèse. La précocité des troubles pourrait aussi faire évoquer une leucodystrophie ou une poliodystrophie métabolique adulte mais l'IRM n'est pas évocatrice du premier et il n'y a pas les autres associations (parkinsonisme, crises épileptiques, myoclonies, dystonie...) pour la deuxième hypothèse. On ne voit pas de séquelles de l'ancien traumatisme crânien notamment en région fronto-temporale et pathologie psychiatrique psychotique avec phénotype de DFT reste hautement possible

[...] ».

Par courrier du 20 janvier 2014, l'OAI a également interrogé la Dresse C. _____ sur l'évolution de la situation s'agissant des examens qu'elle avait souhaité réaliser dans son rapport du 18 octobre 2012 et lui a demandé un descriptif de son dernier examen clinique. Elle a répondu comme suit le 24 mars 2014 :

« Oui, le patient a accepté les investigations et a donc bénéficié d'un examen radiologique du 22 novembre 2012 qui s'avère normal avec la conclusion suivante : " cet examen de débit sanguin cérébral régional ne montre pas de pattern de démence de type Alzheimer ou fronto-temporal ". L'électro-encéphalogramme est aussi normal (rapport du Dr [...] du 21.11.2012).

Le test neuropsychologique est quant à lui difficilement organisable, dans la mesure où l'état psychique du patient se révèle être un obstacle à ce dernier. En l'occurrence, en ce qui concerne les diagnostics psychiatriques, nous nous orientons plutôt vers des troubles mixtes de la personnalité péjorés dans le cadre d'un état dépressif chronicisé associé à un trouble de dissociation probable.

Le patient se présente en rendez-vous toujours accompagné et les séances se passent selon " son état d'humeur ". Parfois il bénéficie du cadre et exprime la souffrance liée à sa situation et d'autre moment il est plutôt tendu et son discours est habité par la violence verbale ».

Dans un rapport médical du 15 mai 2014 à l'OAI, le Dr D. _____ a posé les diagnostics suivant, ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré :

- trouble cognitif sévère avec perte de la capacité à se gérer dans la vie quotidienne (démence non identifiée malgré les multiples investigations) ;
- état dépressif sévère associé à un trouble de la personnalité avec dissociation ;
- DNID difficile à stabiliser ;

- obésité BMI > 34 ;
- déconditionnement global sévère ;
- arthrose genou gauche sévère ;
- BPCO sévère
- apnée du sommeil non appareillée car patient pas dément.

Le Dr D._____ a précisé que ces atteintes étaient en aggravation sévère depuis 2012.

Dans un rapport médical du 28 juin 2014 à Me Benoît Morzier, nouveau conseil du recourant, la Dresse C._____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis la période examinée dans la dernière décision de l'AI, en ce sens que l'intéressé était de plus en plus agressif, avec un fonctionnement antisocial ainsi qu'une augmentation de la fréquence des états dissociatifs avec perte de contact avec son entourage, ce qui se traduisait par des chutes à répétition. Elle a précisé ce qui suit :

« Etayage du diagnostic :

Actuellement, je retiens celui de troubles de l'humeur chronicisés en tenant compte des symptômes comme : l'anhédonie, l'isolement social, la diminution de la tolérance et de la frustration ; ces troubles se traduisent par des conflits à répétition voire des comportements hétéro agressifs, ainsi que des symptômes neurovégétatifs comme une diminution de la libido. Il souffre également d'une hyperphagie avec prise de poids, une augmentation des problèmes somatiques comme une obésité morbide avec une influence négative sur le syndrome métabolique, des hyperglycémies liées aussi souvent à un état de nervosité et de stress que le patient vit en permanence. A noter aussi des troubles importants du sommeil avec des insomnies. Monsieur N._____ n'arrive pas à dormir avant 04h00 du matin.

Concernant sa personnalité, je maintiens l'hypothèse diagnostic d'un trouble de la personnalité d'allure paranoïaque, en tenant compte de la méfiance que le patient a envers les autres depuis son plus jeune âge. Le patient arrive toujours à l'entretien avec des revendications et il est très rancunier par rapport à des sujets différents. Il est toujours préoccupé par le sentiment d'injustice fait à sa famille mais aussi à un niveau plus grand comme à son action par « les ennemis Serbes » et, il se sent trahi par le politicien actuel du Kosovo. Il a un sentiment de trahison aussi par ses proches car, selon lui on s'occupe de sa personne uniquement face au regard des autres mais pas par amour. Il devient vite agressif lorsqu'il a l'impression d'être humilié, insulté et blessé par des personnes connues ou inconnues. A plusieurs reprises depuis que je le suis en consultation, il a eu des conflits jusqu'à aller attaquer les autres physiquement. Il réagit avec une colère incroyable

qui se voit aussi dans son attitude physique en devenant pour des raisons peu claires, tout pâle, tendu, crispé et prêt à exploser ».

Sur questionnaire du Dr [...] du SMR, le Dr [...] a indiqué le 5 juin 2014 que le patient présentait une démence atypique avec probable psychose sous-jacente.

Par communication du 13 octobre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'une expertise médicale pluridisciplinaire (avec volets de médecine interne, neurologie, rhumatologie, pneumologie et psychiatrie) était nécessaire. Par une nouvelle communication du 24 novembre 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré que l'expertise serait réalisée à la Clinique T._____ (ci-après : T._____).

Afin de réaliser cette expertise, l'assuré a séjourné à la T._____ du 4 au 7 janvier 2016 et a été examiné le 4 janvier 2016 par la Dresse [...], spécialiste en médecine interne et rhumatologie (expert principal), le 6 janvier 2016 par le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, le 7 janvier 2016 par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 6 janvier 2016 par le Dr [...], spécialiste en pneumologie, et le 5 janvier 2016 par le Dr B._____, spécialiste en neurologie. Dans le rapport du 25 janvier 2016, les experts ont posé le diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire gauche (M 22.4), ayant un effet sur la capacité de travail. Ils ont en outre posé les diagnostics suivants, n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) ;
- majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) ;
- BPCO de stade gold la sur emphysème pulmonaire post-tabagique (J 44.1) ;
- diabète de type II non insulino-requérant (E 11) ;
- polyneuropathie diabétique asymptomatique (G 62.88) ;
- hypertension artérielle traitée (I 10) ;
- hypercholestérolémie traitée (E 78.0) ;
- obésité de grade I (E 66.0) ;
- reflux gastro-oesophagien (K 21.9).

Les experts ont apprécié la situation de la manière suivante :

« L'assuré n'a donc plus exercé d'activité lucrative quelle qu'elle soit depuis le 1^{er} novembre 2001. Il dit ne vivre que grâce aux revenus de son épouse qui percevrait une rente.

Au plan médical, l'assuré est suivi pour un diabète de type II non insulino-requérant, une hypertension artérielle, hypercholestérolémie et pour un reflux gastro-oesophagien. L'assuré mentionne également des épisodes de dyspnée, avec un BPCO sur ancien gros tabagisme interrompu il y a dix ans.

Selon l'assuré, un accident aurait été à l'origine des troubles. En 1999, il est victime d'un accident de la voie publique. Il était passager et a été éjecté du véhicule. Il n'y a pas eu de traumatisme grave mais un oedème de la jambe suivi de la persistance de gonalgies gauches. Les investigations orthopédiques ont permis de mettre en évidence **une chondropathie fémoro-patellaire interne de grade II**, aboutissant finalement en novembre 2001 à l'incapacité de travail. L'évolution s'est faite au fil des années avec une aggravation des gonalgies gauches, justifiant l'emploi quasi constant d'une canne anglaise, malgré les traitements médicamenteux et de nombreuses séances de physiothérapie. Aucune intervention chirurgicale n'a été programmée jusqu'à présent.

Ces dernières années, les douleurs ont diffusé en regard du rachis, et plus distalement au niveau de la jambe avec des troubles de la sensibilité des trois derniers rayons du pied gauche. L'assuré mentionne également des scapulalgies bilatérales.

Depuis environ 5 ans, l'assuré concède avoir développé progressivement et de manière insidieuse des troubles de la mémoire avec des épisodes de désorientation justifiant de nombreuses investigations en milieu universitaire dans le service de neurologie et à la consultation de la mémoire. Une IRM cérébrale n'a rien démontré de particulier et il a été conclu à des troubles d'origine indéterminée.

Quand on l'interroge sur ses plaintes, l'assuré peine à les décrire avec systématique. Il exprime en premier lieu un sentiment d'injustice en regard de sa situation financière et morale. Quand on lui demande de préciser les plaintes en ce qui concerne sa santé physique, il décrit d'abord des douleurs des genoux, des épaules, du dos ainsi que des céphalées. Ces douleurs sont décrites comme étant constantes, nocturnes comme diurnes, partiellement soulagées par les médicaments, l'application de pommade et par des massages. Il dit pouvoir se déplacer à l'aide d'une canne anglaise pendant 10 à 15 minutes mais s'il reste assis trop longtemps la jambe gauche devient engourdie. L'assuré dit ne pas pouvoir du tout monter ou descendre les escaliers.

Il se plaint également de vertiges et parfois de sudations, suivis d'épisodes de chutes et même de pertes de connaissance. Il décrit également des troubles du sommeil ainsi que des épisodes où il se sent perdu, désorienté, avec des oublis et une irritabilité.

Ainsi l'assuré dit rester complètement oisif à domicile, dépendant de son épouse pour la préparation des repas, cette dernière l'aidant parfois selon lui à s'habiller. Il ne sort jamais seul et dit être toujours

accompagné par un membre de sa famille, sa journée étant planifiée par les soins de cette dernière.

En raison des douleurs, l'assuré dit consommer du Dafalgan 1g 1 à 3 fois par jour et de l'Ibuprofen 600 mg 1 à 3 fois par jour en réserve. Il suit également un traitement anti-hypertenseur, hypolipémiant et pour le diabète.

L'approche clinique nous met face à un assuré faisant son âge, soigné et ponctuel. Il s'est rendu à la présente expertise accompagné de son beau-fils. Il se montre souriant voire jovial, est collaborant et n'exprime pas de propos revendicateur. L'entretien se fait à l'aide d'une traductrice mais l'assuré est toutefois capable de répondre en français à plusieurs reprises. On obtient facilement les dates des événements tant de sa vie familiale que professionnelle et sociale. Il reste assis durant les 60 minutes que dure l'entretien sans manifester d'inconfort particulier ni se lever. Il se déplace rapidement, tenant la canne anglaise à droite, sans boiterie manifeste lorsqu'on l'observe sortir de la clinique. Il se déshabille sans épargne particulière, est capable d'ôter et remettre seul ses chaussettes en croisant les jambes. Il ne parasite enfin pas l'examen par un comportement démonstratif et se plie sans rechigner aux tests à effectuer sur ordre. Objectivement, l'examen de médecine interne démontre une obésité surtout abdominale ainsi qu'une édentation totale. La tension artérielle est élevée, mesurée à 160/100 mmHg au bras droit.

Au plan respiratoire, **l'expert pneumologue** confirme l'existence d'une maladie obstructive dont le degré de sévérité est léger avec un VEMS mesuré 80 % de la valeur prédite sans trouble de la diffusion. La description de l'intolérance à l'effort s'exprime selon l'expert sans cohérence avec cette atteinte fonctionnelle objective. Concernant la possibilité d'un trouble respiratoire obstructif du sommeil, le profil clinique de l'assuré confirme la probabilité élevée d'une telle affection. On relève à l'anamnèse l'absence de ronflements mais des symptômes suggestifs tels que la fragmentation du sommeil et les sudations nocturnes, le sommeil est décrit comme non réparateur et la somnolence diurne légèrement élevée. Même si ce diagnostic est fort probable, en l'absence de preuves graphiques on ne peut le retenir formellement. Cette pathologie, si elle existe, ne présente de limitations que pour les activités qui requièrent des facultés attentionnelles intactes.

L'expertise rhumatologique ne révèle pas de différence significative en regard de l'examen pratiqué par le même expert il y a 11 ans, sauf à préciser qu'il apparaît un peu plus déconditionné. Les différences tiennent à des nuances et sont essentiellement d'ordre comportemental avec une diminution de la force de préhension incompréhensible du côté gauche, et des douleurs annoncées au niveau du genou lors du testing de la cheville par exemple. L'assuré collabore correctement à l'examen du rachis avec un excellent déroulement lombaire et parvient à s'accroupir en charge bipodale en dépit de l'utilisation d'une canne anglaise. A noter qu'il utilisait déjà une canne anglaise en 2005 et l'on s'étonnait comme on le fait maintenant de la bonne préservation de la musculature du membre inférieur gauche. L'expert rhumatologue relève une collaboration imparfaite, le sujet alléguant une mauvaise compréhension du français alors qu'il avait pu communiquer directement avec l'examineur en 2005. Il donne des réponses stéréotypées, convenues ou tombant à propos. Il dit qu'il reste oisif tout le temps, se contentant de deux à

trois promenades mensuelles de courte durée avec sa femme. On voit malgré tout qu'il garde le focus sur la question, qu'il est attentif et ne présente aucun trouble mnésique même s'il ne reconnaît pas l'expert.

À la question de savoir où se trouve son dossier d'imagerie, M. N. _____ est incapable de répondre. La plainte principale ayant jalonné son parcours étant une gonalgie gauche, on réalise à nouveau un bilan radiographique. Ce bilan ne montre aucune anomalie, à tel point qu'on pourrait mettre en doute le bien-fondé du diagnostic principal retenu comme partiellement incapacitant en 2005. À l'époque on disposait toutefois d'une IRM.

En ce qui concerne l'atteinte de l'appareil locomoteur, qui a constitué la base des démarches durant les premières années, l'expert rhumatologue ne trouve au final pas de motif raisonnable à un retrait du monde du travail de plus de 15 ans. Si l'on fait abstraction de la chondropathie rotulienne avec les limitations reconnues il y a plus de 10 ans, et qui rétrospectivement paraissent généreuses, il n'y a pas d'atteinte ostéo-articulaire justifiant une quelconque incapacité de travail.

L'expertise neurologique relève également des réponses vagues et évasives lorsqu'on interroge l'assuré sur la notion des pertes de connaissance décrites depuis 3 ou 4 ans. Compte tenu d'une telle sémiologie subjective, associée à un électro-encéphalogramme normal et en l'absence de toute lésion focale décelée tant au status qu'à l'imagerie, une maladie épileptique est écartée. Concernant une éventuelle atteinte cognitive, l'expert insiste sur le fait de la présence d'une majoration de symptômes observée à de nombreuses reprises, les dires de l'assuré ainsi que l'examen neuropsychologique n'étant pas des éléments fiables. L'expert neurologue note pouvoir toutefois s'appuyer sur les éléments para-cliniques objectifs, tels que l'IRM cérébrale, l'examen du débit sanguin cérébral et l'électro-encéphalogramme qui sont normaux, ce qui est peu compatible avec une encéphalopathie quelle qu'elle soit. À cela il faut ajouter les plaintes subjectives qui n'orientent pas vers des troubles mnésiques significatifs, l'assuré mentionnant plutôt des périodes de désorientation intermittentes relativement banales ainsi que l'approche clinique qui nous met face à un homme collaborant et non ralenti. L'expert neurologue souligne enfin que lors de l'examen il est confronté à des anomalies aberrantes et incohérentes en lien avec une majoration des symptômes qui ne fait selon lui aucun doute. Le seul élément significatif retrouvé est une aréflexie achilléenne s'expliquant par une vraisemblable polyneuropathie diabétique par ailleurs asymptomatique.

L'assuré cumule donc les facteurs socio-culturels pouvant créer obstacle sur la voie d'un retour au travail. On peut également considérer que d'éventuelles singularités psychiques aient pu intervenir dans ce processus défavorable.

L'examen psychiatrique spécialisé effectué en présence d'une traductrice nous met face à un assuré ponctuel et compliant, qui ne se raconte pas aisément mais répond volontiers de manière laconique aux questions. La trame de son discours apparaît cohérente et informative. Il n'y a pas de manifestation psychotique floride, il n'est ni délirant ni dissocié, sans difficulté à formuler ses pensées. La thymie apparaît neutre, avec une modulation des affects, notamment en parlant des enfants ; l'assuré plaisante volontiers autour de la relation qu'il entretient avec son médecin psychiatre ; des sourires émaillent

l'entretien et quelques traits d'humour sont même présents. L'échelle de dépression objective de Hamilton retrouve une note de 12, ce qui correspond à des symptômes dépressifs légers.

L'assuré est correctement orienté aux trois modes. Il évoque des troubles de la concentration qui ne sont pas retrouvés ce jour. Il n'y a pas de trouble formel de la pensée qui n'est ni ralentie ni circonscrite, exempte de persévérations verbales, de ruminations ou d'idées envahissantes. Il n'existe pas de pensée barrée ou de réponse à côté, les élaborations mentales sont cohérentes. Du point de vue affectif, il existe des allégations en faveur d'une baisse de la capacité hédonique et d'une humeur dépressive, sans perplexité ni anesthésie affective. L'humeur déprimée l'est sur une intensité légère ce qui est confirmé par l'impression clinique globale de l'entretien. La capacité hédonique concédée comme anéantie contraste avec les nombreuses visites familiales qui manifestement satisfont cet assuré et lui procurent une importante modulation affective. Interrogé sur sa perception d'une incapacité totale à pouvoir exercer une quelconque activité professionnelle, M. N._____ est fixé sur des limitations fonctionnelles somatiques telles que douleurs, vertiges, pertes de connaissance et chutes à répétition, qui n'apparaissent pas corroborés par les investigations cliniques et para-cliniques. Dans ce contexte le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est retenu. Les allégations dépressives de l'assuré permettent de retenir un diagnostic de syndrome dépressif récurrent d'intensité légère. On ne retrouve enfin pas de trouble de la personnalité dont l'intensité pourrait être incapacitante, chez un assuré ayant bien fonctionné socialement, professionnellement et familialement jusqu'en 2001.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts retiennent unanimement une atteinte à la santé somatique telle qu'elle avait été déjà reconnue dans les évaluations précédentes, sous la forme d'une chondropathie rotulienne gauche entraînant des limitations connues. Cette atteinte entraîne une incapacité de l'ordre de 50% dans son ancienne activité de plâtrier-peintre. Dans une activité adaptée l'exigibilité est entière et ce dès 2001.

On ne retient pas d'atteinte significative objective au plan neurologique. La plupart des manifestations sont en effet secondaires à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Une polyneuropathie diabétique débutante des membres inférieurs d'origine diabétique n'entraîne actuellement pas de limitation particulière, étant asymptomatique.

L'atteinte respiratoire dont se plaint l'assuré contraste avec les constatations objectives ce qui va également dans le sens d'une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques.

Aucune atteinte psychiatrique significative n'est retenue. L'état dépressif est d'intensité légère et n'entraîne pas d'incapacité de travail. Nous rejoignons donc les évaluations psychiatriques réalisées précédemment en 2005, 2007 et 2011.

Cet assuré a bénéficié à deux reprises de mesures professionnelles où il ne s'est pas impliqué. Il s'est figé dans une attitude expectative se bornant à contester les décisions de l'assurance sociale qui lui étaient négatives. Pour cette raison, des mesures professionnelles n'entrent pas en considération.

Le pronostic d'une hypothétique reprise professionnelle est plus que réservé chez cet assuré convaincu de ne plus pouvoir exercer quelque activité que ce soit, fixé sur des limitations fonctionnelles somatiques et qui est éloigné du monde du travail depuis plus de 15 ans.

Aucune mesure thérapeutique n'est enfin susceptible d'améliorer ce pronostic ».

Par avis médical du 19 février 2016, le Dr [...] du SMR a conclu, sur la base de l'expertise, que la capacité de travail était inchangée depuis la dernière décision de l'AI.

Dans un projet de décision du 26 février 2016, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif que la situation ne s'était pas modifiée, et que malgré l'atteinte à la santé (chondropathie fémoro-patellaire gauche), sa capacité de travail était toujours totale dans une activité adaptée à son état de santé.

Dans ses observations du 17 mai 2016, l'assuré, par son avocat, a demandé qu'une contre-expertise soit diligentée par un « praticien neutre » au motif qu'à la lecture de l'expertise du Dr B._____, « un élément mettant en lumière un soupçon de subjectivité » avait attiré son œil et celui de son conseil car il relevait une exagération des symptômes concernant les limitations de ses membres supérieurs et inférieurs sans qu'une motivation circonstanciée ne vienne étayer ce propos. Par un nouveau courrier du 18 mai 2016, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport médical du 9 mai 2016 du Dr F._____, son nouveau médecin généraliste traitant, et au vu duquel, la question de la contre-expertise se justifiait, selon l'assuré.

Dans ce rapport du 9 mai 2016, le Dr F._____ a écrit ce qui suit :

- « 1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme Psychotique F33.3
 - Trouble anxieux avec phobie sociale et attaques de paniques F40.1
 - Trouble de la personnalité de type dépendant F60.7
 - Trouble obsessionnel compulsif F42
 - Esprit d'abandonniste

- Insomnies
- Céphalées persistantes
- Trouble du comportement à prédominance agressive.
- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F 62
- Démence non spécifiée F 03
- Etat de stress post-traumatique F 43.1
- Traumatisme crânien en 1999
- Ostéosclérose sous-chondrale du plateau tibial interne et externe
- Reflux gastrique (Gastrite chronique à Helicobacter pylori avec s/p éradication)
- Trouble douloureux chronique
- Hypertension artérielle traitée
- Diabète type II
- Obésité morbide

2. Limitations fonctionnelles d'origine strictement médicale : état d'épuisement physique et psychique résistance et endurance fortement réduites. Suite à son accident en 1999 le patient présente parfois des pertes de connaissance, troubles cognitifs avec une forte baisse de la concentration et l'attention et de la mémoire, humeur triste et anhédonie, retrait social, pics d'angoisses avec épisodes d'anxiété paroxystique, notamment lors d'exposition à des situations de prestations sociales ou de rencontres, perte totale de confiance en lui, apragmatisme, difficultés à prendre des décisions. Ralentissement moteur, hypersensibilité au stress. Episodes de pleurs très fréquents. Symptomatologie psychotique négative avec un apragmatisme, barrage de la pensée, attitudes d'écoute, retrait social, un ralentissement psychique, une humeur neutre avec de la description d'une certaine indifférence face au monde.

3. Les symptômes psychiatriques, en particulier les symptômes psychotiques, sont invalidants et le patient présente toujours une incapacité de travail, difficulté à se déplacer, marche avec une canne à l'intérieur et toujours accompagné par un tiers pour l'extérieur. Dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne, présente une perte de mémoire et de concentration, méfiant, agressivité verbale limite physique, hétéro agressif, persécuté, hallucination visuelle et auditive, désorientation dans le temps et dans l'espace.

4. Etat dépressif sévère accompagné par des idées suicidaires, monsieur a de la peine à exprimer son ressenti, persécution, réduction d'énergie, perturbations concernant sa propre image, tendance à s'engager dans des relations instables avec des crises émotionnelles, efforts démesurés afin d'éviter d'être abandonné. Sentiment permanent de vide à l'intérieur, diverses plaintes somatiques hypochondrie, céphalées de tension, etc...

5. Traitement en cours :

Risperdal 1 mg 1x/j

Tegretor 200mg 2x/j

Truxal 15mg 1x/j

Distraneurin 3x/j
Aspirin Cardio 1x/j
Enatec 20mg 1 x/j
Inegy 10/40 1x/j
Janumet 50/100 2x/j
Diamicron 60mg 3x/j
Agopton 30mg 1x/j
Brufen 600mg 3x/j
Spiriva Caps INH 18 2x/j
Dafalgan 1g 3x/j Plus un en réserve, utilise très souvent la réserve

Le patient présente même sous médication antidépresseurs encore une symptomatologie psychotique négative, avec un apragmatisme, un retrait social, des attitudes d'écoute ; un ralentissement psychique, une humeur neutre avec la description d'une certaine indifférence face au monde.

La compliance médicamenteuse est bonne, de plus il se rend scrupuleusement à ses entretiens de psychothérapie. Il bénéficie d'une prise en charge intégrée, avec un suivi (psychothérapeute) en ambulatoire à domicile.

Pronostic :

Défavorable sur le plan de la capacité de travail, évolution incertaine avec des symptômes invalidants actuellement, malgré une prise en charge intégrée et maximale ».

Par courrier du 7 juin 2016, l'OAI a répondu à l'assuré que le fait que l'expert neurologue relève une exagération des symptômes ne constituait nullement un jugement de valeur permettant d'admettre un soupçon de partialité, mais démontrait au contraire qu'il avait examiné l'expertisé avec un regard critique ce qui était précisément demandé à un expert. L'OAI a ajouté que tous les experts somaticiens avaient relevé des plaintes disproportionnées. Par un nouveau courrier du 2 août 2016, l'OAI a indiqué avoir soumis le rapport du Dr F. _____ au SMR, lequel estimait qu'il n'en ressortait ni fait nouveau ni aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise.

Dans une décision du 2 août 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 26 février 2016.

C. Par acte du 14 septembre 2016, N._____, par son mandataire, Me Morzier, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, principalement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens de la mise en œuvre d'une contre-expertise médicale ou un complément d'expertise, au vu des diagnostics posés par le Dr F._____ le 9 mai 2016, subsidiairement pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il fait valoir qu'il est interpellé par les perceptions diamétralement opposées des experts de la T._____ d'une part et du Dr T._____ d'autre part, sur le type et le nombre de symptômes et leur influence sur la capacité de travail en particulier au plan psychiatrique. Au vu également des rapports du Centre [...] de la mémoire (rapports des 29 janvier 2014 et un nouveau rapport du 1^{er} décembre 2015 qu'il produit), il est d'avis qu'il subsiste un doute quant aux résultats de l'expertise. Il met en doute le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui, selon lui, « semble posé de manière circonstancielle et dans le but de justifier un refus de prestations de l'AI ». Dans le rapport du 1^{er} décembre 2015 susmentionné au Dr [...], le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble mental sans précision (F 99). Il a exposé avoir été consulté dans un contexte de péjoration des troubles cognitifs, mais également dans un contexte asséculoologique difficile. Le Dr [...] a indiqué que l'assuré ne collaborait pas suffisamment à l'examen, ce qui ne lui avait pas permis de poser un diagnostic plus précis. Malgré cela il lui apparaissait « évident que devant certains symptômes psychotiques allégués et thymiques observés et devant l'histoire du patient présentant une telle chronicisation, l'existence d'une trouble mental [était] avéré ». Par ailleurs, le Dr [...] a indiqué qu'en l'absence d'élément organique pouvant mieux expliquer le tableau, il pensait que les plaintes cognitives étaient en lien d'une part avec le trouble mental précité, mais également avec une « composante contextuelle de préjudices ressentis comme extrêmement pénible pour le patient ».

Dans sa réponse du 6 décembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit à des prestations de l'AI à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 29 juin 2010, et plus particulièrement après l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 29 août 2013.

3. **a)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une

année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA, comme toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante

pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4 ; ATF 115 V 133, consid. 2 ; ATF 114 V 310, consid. 3c ; ATF 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; ATF 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a ; ATF 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Par ailleurs, la jurisprudence

attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 64, consid. 2, ATF 133 V 108, consid. 5.2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits

pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5.4 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2).

4. Dans l'arrêt du 29 août 2013, la Cour des assurances sociales a considéré qu'il subsistait un doute sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré pouvant avoir une influence sur sa capacité de travail, au plan de ses capacités cognitives. Vu l'expertise du 28 novembre 2011 du Dr J._____, l'hypothèse d'une épilepsie devait être vérifiée, ainsi que celle d'une démence liée au diabète vu les rapports du Dr D._____ des 15 février et 9 juillet 2010. La Cour a également considéré que la situation d'un point de vue pneumologique n'était pas établie à satisfaction de droit. En revanche, au plan psychiatrique, l'expertise du Dr J._____, concluant à l'absence d'atteinte invalidante, était probante.

A la suite de cet arrêt, l'OAI a complété l'instruction aux plans psychiatrique et rhumatologique également, et a donc mis en oeuvre une expertise avec volets rhumatologique et de médecine interne, psychiatrique, pneumologique et neurologique, à la Clinique T._____ (rapport du 25 janvier 2016).

Dans le cadre de l'expertise, au plan rhumatologique, le Dr G._____ a effectué un bilan radiographique ne montrant aucune nouvelle anomalie (pas d'atteinte dégénérative des compartiments fémoro-tibiaux, pas de chondrocalcinose, pas d'altération significative sur les clichés en axial ou de profil). Il n'est pas non plus ressorti de l'examen clinique de différence significative par rapport à l'examen réalisé onze ans plus tôt si ce n'était que l'assuré était un peu plus déconditionné. Au final, le Dr G._____ a conclu à l'absence d'une nouvelle atteinte ostéoarticulaire justifiant une incapacité de travail, outre la chondropathie rotulienne déjà reconnue dix ans plus tôt. Aucune pièce au dossier ne permet de douter de ces constatations qui sont claires et dûment motivées.

Au plan pneumologique, la situation objective décrite par l'expert L._____, sur la base d'examens complets (anamnèse, examen clinique et une épreuve fonctionnelle respiratoire), s'avère rassurante. Elle n'atteste pas d'aggravation significative par rapport à la situation antérieure. L'expert a en effet confirmé la présence d'une maladie obstructive, qui est toutefois d'intensité légère (VEMS [volume expiratoire maximal par seconde] mesuré à 80% de la valeur prédite, sans trouble de la diffusion). Il a également exposé qu'un trouble respiratoire obstructif du sommeil était fort probable, mais que quoi qu'il en soit, ce trouble ne présentait de limitations que pour des activités spécifiques requérant des facultés attentionnelles intactes. Ainsi, l'expert a conclu de manière convaincante que la capacité de travail pouvait être considérée comme entière au plan pneumologique.

D'un point de vue neurologique, le Dr B._____, a écarté la présence d'une épilepsie, compte tenu du fait que l'électro-encéphalogramme et l'IRM cérébrale étaient normaux, vu l'absence de lésion focale, mais aussi vu les réponses vagues et évasives de l'assuré au sujet des pertes de connaissances décrites depuis 3-4 ans. Ces conclusions sont dûment motivées et convaincantes, étant donné qu'elles reposent sur des examens objectifs, tout comme celles réfutant la présence d'une atteinte cognitive, l'expert exposant à cet égard que l'examen du débit sanguin, l'électro-encéphalogramme et l'IRM sont normaux et dès lors peu compatibles avec une encéphalopathie quelle qu'elle soit. On rappelle à cet égard que la présence d'une maladie fronto-temporale a également été exclue par la Dresse C._____ dans sa lettre du 14 janvier 2013 au conseil de l'assuré puis dans son rapport à l'OAI du 24 mars 2014. L'hypothèse d'une telle maladie fronto-temporale posée par le Centre [...] de la mémoire dans le rapport du 29 janvier 2014 n'est donc pas vérifiée.

Le recourant reproche au Dr B._____ « un soupçon de subjectivité » dans la mesure où l'expert aurait relevé une majoration des symptômes (notamment en lien avec les limitations de l'assuré à ses membres supérieurs et inférieurs) sans étayer ce propos. Or, au contraire,

il apparaît que le Dr B. _____ a expliqué pour quelle raison il retenait une telle majoration des symptômes, puisqu'il a constaté à l'examen neurologique de très nombreuses anomalies caractéristiques d'une exagération des symptômes. Par exemple, l'expert a qualifié l'épreuve doigt-nez de caricaturale (« L'assuré effectue un geste lent et harmonieux sans ataxie, mais la cible est systématiquement manquée, et l'assuré va toucher son front et ceci des deux côtés, tant les yeux fermés que les yeux ouverts »), tout comme l'épreuve de sensibilité, expliquant que l'assuré mentionne des anesthésies/analgésies au niveau des membres, mais donne des réponses aléatoires à l'examen de la pallesthésie et en sens postural. On ajoutera que l'ensemble des experts a constaté la présence d'une exagération des symptômes dans leur domaine respectif et que le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques a été retenu unanimement. Les experts exposent à ce égard que l'assuré est « fixé sur des limitations fonctionnelles telles que douleurs, vertiges, pertes de connaissance et chutes à répétition, qui n'apparaissent pas corroborés par les investigations cliniques et paracliniques ». Au plan pneumologique, l'expert a relevé que la description de l'intolérance à l'effort par l'assuré était exprimée sans cohérence avec la maladie obstructive dont le degré de sévérité était léger. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans influence sur la capacité de travail, a d'ailleurs déjà été posé lors des expertises précédentes (expertises bi-disciplinaire des Drs G. _____ et Q. _____ du 15 février 2005, expertises psychiatriques du Dr X. _____ du 26 décembre 2007 et du Dr J. _____ du 28 novembre 2011). Vu ce qui précède, une telle majoration des symptômes physiques pour motifs psychologiques ne fait pas de doute. Quant à l'hypothèse d'une démence liée au diabète, il y a lieu de considérer qu'elle n'est pas vérifiée aux termes de l'expertise, étant rappelé que l'expert neurologue a exclu la présence d'une encéphalopathie quelle qu'elle soit. On relèvera finalement que le Dr B. _____ a estimé que le seul élément significatif retenu lors de l'examen neurologique était la présence d'une aréflexie achilléenne - laquelle paraît pouvoir expliquer les symptômes sensitifs de l'assuré au niveau de ses membres inférieurs - due vraisemblablement à une polyneuropathie

diabétique par ailleurs asymptomatique. Cela étant, le neurologue n'a pas attesté d'incapacité de travail en lien avec cette atteinte.

Au plan psychiatrique, outre le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, exposant que des évocations d'un registre dépressif figuraient dans le dossier et qu'il existait au jour de l'examen des manifestations dépressives. Il a toutefois retenu que ce trouble était d'une intensité légère en motivant dûment cette appréciation (baisse thymique mesurée à l'échelle de Hamilton avec un score de 12, soit presque infra-clinique ; absence d'idée de ruine ou de culpabilité ; maintien des relations intra-familiales induisant une modulation affective apparemment satisfaisante). A cet égard, l'expert psychiatre a également souligné que les ressources de l'assuré étaient loin d'être éteintes, comme en témoignait la volonté chronique, ancienne et active de maintenir une procédure assécurologique et le maintien des relations affectives intra-familiales, ce qui contrastait avec les allégations de l'assuré de ne plus rien pouvoir faire. Les conclusions de l'expert psychiatre sont convaincantes. Elles corroborent d'ailleurs largement les expertises psychiatriques antérieures, puisque le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est à nouveau confirmé (cf. expertises bi-disciplinaire des Drs G._____ et Q._____ du 15 février 2005, expertises psychiatriques du Dr X._____ du 26 décembre 2007 et du Dr J._____ du 28 novembre 2011) et que l'expert M._____ réfute lui aussi la présence d'une maladie dépressive majeure et incapacitante. Quant à la question de l'existence d'un trouble de la personnalité (cf. rapport du 28 juin 2014 de la Dresse C._____), le Dr M._____ ne l'a pas exclu, mais a exposé que ce trouble n'apparaît pas d'une intensité telle qu'il serait incapacitant. L'expert a en effet expliqué que les troubles de la personnalité apparaissaient dès la fin de l'adolescence ou le début de la vie adulte. Or l'assuré avait correctement fonctionné socialement, professionnellement et familialement jusqu'en 2001.

Le recourant est d'avis que le rapport du Dr F._____ met en doute les conclusions de l'expertise en particulier au plan psychiatrique, au vu des « perceptions diamétralement opposées entre les experts et le Dr F._____ sur le type et le nombre de symptômes et leur influence sur la capacité de travail ». Or, d'une part, le Dr F._____ n'est pas spécialiste en psychiatrie, de sorte que ses conclusions dans ce domaine, en particulier s'agissant de la gravité de la dépression, ne sauraient remettre en cause celles dûment motivées de l'expert psychiatre de la T._____. En effet, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert, psychiatre en principe, et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). D'autre part, plusieurs des diagnostics posés par le Dr F._____ ne sont ni motivés ni décrits précisément et n'ont jamais été évoqués par d'autres spécialistes en psychiatrie (à savoir le trouble anxieux avec phobie sociale et attaques de panique, le trouble obsessionnel compulsif, la modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe, l'état de stress post-traumatique ; quant à l'élément « esprit d'abandonniste », il apparaît ne pas ressortir du domaine médical), ce qui rend la présence de telles atteintes largement douteuse. S'agissant des troubles cognitifs rapportés, le Dr F._____ n'apporte aucun élément nouveau depuis l'expertise de la T._____, qui permettrait d'en déterminer une cause objective, et leur impact sur la capacité de travail. Enfin, le Dr [...] du Centre [...] de la mémoire a conclu à l'existence d'un trouble mental sans précision, sans indiquer d'incapacité de travail en lien avec cette atteinte, tout en relevant le manque de collaboration de l'assuré (cf. rapport du 1^{er} décembre 2015). Il ressort en outre du rapport du Dr [...] que les plaintes du registre cognitif de l'assuré paraissent en grande partie ne pas ressortir du champ médical, le médecin ayant précisé qu'elles avaient une « composante contextuelle de préjudices ressentis comme extrêmement pénibles par le patient ». En conséquence, ni le rapport du Dr F._____, ni celui du Centre [...] de la mémoire ne contiennent d'éléments importants remettant en cause les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail du recourant ressortant de l'expertise pluridisciplinaire de la T._____.

En définitive, les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée à la T. _____ le 25 janvier 2016 sont motivées et convaincantes, de sorte qu'elles permettent d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante généralement requis en droit des assurances sociales (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées), la situation médicale et la capacité de travail du recourant. Ainsi, il en ressort que la seule atteinte ayant un effet sur sa capacité de travail est la chondropathie rotulienne gauche déjà reconnue lors de la première demande de prestations (cf. décision de l'OAI-VS du 15 mai 2008 confirmée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 4 juin 2009). Cette atteinte somatique entraîne une incapacité de travail de l'ordre de 50% dans l'ancienne activité de plâtrier-peintre du recourant. Sa capacité de travail est cependant entière, depuis 2001, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques, qui sont les mêmes que celles reconnues dans la décision de l'OAI-VS du 15 mai 2008 (à savoir une activité légère, avec alternance des positions, port de charge limité à 10 kg, pas de position accroupie, sur une échelle ou en terrain accidenté). La situation est donc inchangée depuis le dernier examen du droit aux prestations, tant sur le plan médical qu'économique. Par conséquent, le taux d'invalidité est toujours le même (à savoir 24%, cf. décision de l'OAI-VS du 15 mai 2008 confirmée par arrêt du Tribunal fédéral du 4 juin 2009), et est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI).

Enfin, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une contre-expertise, comme le requiert le recourant, la Cour de céans étant convaincue qu'une telle mesure d'instruction ne modifierait pas l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2, 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2).

5. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 2 août 2016 de l'OAI.

b) La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités. Celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD).

S'agissant du montant de l'indemnité du conseil d'office - laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique (cf. art. 2 al. 1 RAJ) -, Me Benoît Morzier a produit le 4 juillet 2017, la liste de ses opérations. Celle-ci n'est toutefois pas détaillée, Me Morzier faisant état de 41 correspondances pour 9 h. 05 minutes de travail sans préciser suffisamment ces démarches et, au total de 18 heures et 10 minutes de travail. Il convient donc de fixer l'indemnité sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du procès (art. 3 al. 2 RAJ), à savoir en l'occurrence l'étude du dossier et la rédaction d'un

mémoire de recours, la prise de connaissance de la réponse de l'intimée, deux conférences avec le client et deux heures de travail consacrées à la correspondance. Il apparaît ainsi équitable de tenir compte de 12 heures de travail. Il en résulte que le montant total de l'indemnité couvrant le défraiement et les débours doit être arrêté à 2'398 fr. 15, TVA comprise (soit 2'160 fr. pour le défraiement équitable + 60 fr. 50 pour les débours + 177 fr. 65 de TVA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 2 août 2016 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Benoît Morzier, conseil du recourant, est arrêtée à 2'398 fr. 15 (deux mille trois cent nonante-huit francs et quinze centimes), débours et TVA compris.

V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Benoît Morzier, avocat (pour N. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :