

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Berthoud et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

A.N. _____, à Montreux, recourant, représenté par Me Flore Primault,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 8 et 17 LPGA; 28 LAI; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. A.N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, originaire de Bosnie-Herzégovine, s'est installé en Suisse en 1981. Père de deux enfants (nés en 1986 et 1991), il vit séparé de son épouse. Il a d'abord travaillé dans l'hôtellerie, puis en qualité d'aide-charpentier. Son dernier employeur était la société A. _____.

Le 19 janvier 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité en faisant état d'une hernie discale existant depuis 1999.

Selon le questionnaire pour l'employeur établi par A. _____ le 6 avril 2004, l'assuré a travaillé au service de cette société en qualité d'aide-charpentier du 1^{er} décembre 1988 jusqu'à son arrêt de travail pour cause de maladie le 5 mai 2003; il travaillait à 100 %, à raison de 8,5 heures par jour, 5 jours par semaine pour un salaire-horaire de 26 fr. 25 (depuis le mois de janvier 2002).

Dans un rapport médical du 28 avril 2004, le Dr W. _____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, a indiqué comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail : lombosciatalgie droite sur hernie discale L5-S1 luxée et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail : état dépressif réactionnel (maladie, divorce) avec burn out et lâchage psychosocial global. Il a précisé que l'incapacité de travail de son patient était totale depuis le 6 mai 2003 pour une durée indéterminée, que dans la profession actuelle d'aide-charpentier la répercussion de l'atteinte à la santé (hernie discale, opérée ou non) était sévère, estimée à 100 %, et que cette activité n'était par conséquent plus exigible. Compte tenu d'une raisonnable possibilité d'amélioration clinique (prise en charge conjointe médicale, neuro-chirurgicale et psychiatrique), il estimait que des mesures professionnelles étaient indiquées, le but étant de trouver à l'assuré une autre activité, moins physique, en particulier ménageant son rachis et épargnant le port de charges. Il disait espérer

qu'après des stages d'évaluation et une nouvelle formation son patient recouvre une capacité de travail de 100 %.

Dans un rapport médical du 10 août 2004, les Dresses C._____ et T._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante auprès de la Policlinique psychiatrique D._____, ont posé comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) existant au moins depuis le 26 avril 2004 (date de la première consultation), mais remontant probablement à plus d'une année. Elles ont notamment exposé que la maîtrise de la langue française par l'assuré était moyenne, mais qu'elles devaient régulièrement reformuler leurs questions auxquelles les réponses étaient données dans un français imparfait mais compréhensible. La thymie est fortement déprimée et elles ont constaté un ralentissement psychomoteur. Le discours est très factuel, l'assuré revenant souvent à ses difficultés concrètes, notamment financières, qui sont sa préoccupation aiguë, et à ses douleurs physiques. Sa souffrance psychique est exprimée par les maux de tête que lui donnent ses ruminations, les cauchemars et les troubles de la concentration, l'assuré semblant perplexe lorsque l'on nomme des affects comme la tristesse ou la dépression. Elles n'ont pas constaté de symptôme de la lignée psychotique floride ni d'envie suicidaire. Les psychiatres ont exposé que le traitement avait pris fin en ce qui les concernait le 7 juillet 2004 après une période d'investigation qui a abouti à la proposition faite au Dr W._____ d'introduire un traitement antidépresseur; elles ont précisé que la symptomatologie dépressive actuelle de l'assuré, à savoir la baisse de la thymie, le ralentissement psychomoteur, les troubles de la mémoire et de la concentration et les ruminations négatives quasi constantes, rendaient impossible l'exercice d'une activité lucrative, mais que comme le patient ne tirait pas de bénéfice positif des entretiens psychiatriques en eux-mêmes et qu'il était régulièrement suivi par son médecin de famille elles avaient mis fin au suivi psychiatrique. Elles ont encore relevé que le pronostic quant à l'évolution de l'état dépressif leur semblait sombre, étant donné les faibles capacités d'adaptation de l'assuré aux

changements professionnels et personnels, sa psycho-rigidité surtout risquant de l'handicaper pour une réadaptation.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique par le Service médical régional (ci-après : SMR) de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 10 février 2006. Dans leur rapport d'examen du 24 juillet 2006, les Drs M._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation et U._____, spécialiste en psychiatrie, ont notamment relevé ce qui suit :

"Status psychiatrique

L'assuré est à l'heure au rendez-vous. Tenue et hygiène correcte, bonne compréhension de la langue française; discours adéquat, cohérent, l'assuré est collaborant avec l'interlocuteur. On peut observer des changements de position fréquents à cause des douleurs lombaires. Absence de trouble de l'attention et de la concentration, absence de trouble de la mémoire d'évocation. Absence de trouble du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes); absence d'hallucinations auditives. Paraît triste, mais peut sourire selon les circonstances. Perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne. Sentiments de désespoir, avec présence de ruminations existentielles. Diminution de l'appétit et de la libido. Troubles du sommeil caractérisés par la présence de cauchemars (voit des animaux envahir sa chambre : des serpents, des ours) qui disparaissent dès qu'il allume sa lampe de chevet. Selon l'assuré, ses cauchemars sont présents dans les moments les plus difficiles. Pas de symptomatologie anxieuse déclenchée au cours de l'entretien.

(...)

DIAGNOSTIC

- avec répercussion sur la capacité de travail :

Lombosciatalgies droites chroniques non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de hernie discale L5-S1 en voie de régression, de protrusion discale L4-L5, de troubles dégénératifs débutants postérieurs L5-S1 (M54.4)

Sur le plan psychiatrique : nihil

- sans répercussion sur la capacité de travail :

Arthrose des doigts

Acouphènes chroniques sur traumatisme acoustique

Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21)

APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS

Aide-charpentier de 49 ans, présentant des lombalgies depuis 1997, évoluant sous forme d'une lombosciatalgie droite avec déficit des réflexes achilléens en 2003. Il est mis en évidence une hernie discale L5-S1 paramédiane droite, luxée vers le bas et entrant potentiellement en conflit avec la racine S1. Après échec du traitement conservateur, en particulier une rééducation en milieu spécialisé, une indication opératoire est posée par le Dr G._____. L'assuré refuse l'intervention, le succès n'étant pas garanti. Un deuxième avis chirurgical est effectué par le Dr Z._____ en août 2004, dans le service de neurochirurgie du Q._____. L'indication opératoire n'est pas retenue, au vu d'une amélioration favorable de la hernie discale sur l'IRM de juin 04.

Lors de l'entretien Monsieur A.N._____ se plaint de douleurs continues, associées à des exacerbations aiguës pouvant durer jusqu'à une semaine. La fréquence est difficile à faire préciser par l'assuré. Le trajet de la douleur avec irradiation dans le gros orteil correspond à une irritation de la racine L5. L'extension des douleurs au niveau des épaules, allant même jusqu'à l'occiput ne peut être corrélée à la hernie discale connue.

Lors de l'examen clinique, nous constatons un assuré au comportement algique, se déplaçant lentement, l'habillage est précautionneux. Il tolère la station assise une trentaine de minutes. Lors de l'examen du dos en station debout, la participation de Monsieur A.N._____ est très imparfaite; en flexion il n'arrive pas à

effacer la lordose lombaire, n'enroule pas la tête, en extension il bloque la manœuvre après quelques degrés. La flexion latérale est également autolimitée. La région lombaire basse est douloureuse à la palpation, s'accompagne d'une légère tension musculaire augmentée au niveau lombaire haut. Il existe d'importants signes de non organicité (4 signes/5 positifs selon Waddell) avec entre autres une distribution de troubles sensitifs non systématisable, une discordance entre la distance doigts-orteils/doigts-sol, une douleur de distribution non spécifique s'étendant jusqu'à l'occiput, une réaction exagérée lors de l'examen du rachis. A l'étude du dossier radiologique, la hernie L5-S1 paramédiane droite est bien visible sur le scanner de 2003; cette dernière est nettement moins volumineuse en 2004 avec une résorption partielle. Au niveau supérieur, il existe une protrusion banale, les troubles dégénératifs postérieurs sont légers en L5-S1.

En conclusion, si la discopathie L5S1 peut expliquer les difficultés à reprendre l'activité professionnelle physiquement contraignante de charpentier, il existe une amplification des symptômes comme le montre le score de Waddell. (...)

L'anamnèse psychiatrique met en évidence l'apparition, début 2004, d'une symptomatologie dépressive réactionnelle au refus de l'assurance perte de gain de verser des indemnités, aux douleurs lombaires et à sa situation conjugale (séparé depuis décembre 2001, confirmation de la séparation en octobre 2002 par le tribunal vaudois). Absence d'antécédent correspondant aux troubles de la personnalité sévères ou décompensés. Ainsi, du point de vue anamnétique, une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée n'est pas constatée.

L'examen psychiatrique au SMR permet de constater une symptomatologie dépressive réactionnelle à sa situation somatique et socioprofessionnelle. Malgré son isolement partiel, maintient des contacts avec son entourage familial (ses enfants) et ses amis régulièrement. Ses enfants l'aident pour les activités de la vie quotidienne, et les visites à ses amis la semaine ou pendant le week-end l'aident à éviter le repli sur soi. L'assuré a toujours du plaisir à regarder les sports à la télévision. Cette réaction dépressive va se prolonger comme conséquence de la persistance des différents facteurs de stress. Ceci ne constitue pas une atteinte à la santé mentale invalidante. Sur le plan psychiatrique, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées. Sur le plan cognitif, les troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire évoquées par le patient ne sont pas constatés pendant l'entretien psychiatrique au SMR, entretien qui a duré une heure quinze. En outre, l'assuré n'a pas présenté un ralentissement psychomoteur ou une inhibition l'empêchant de faire face à la vie quotidienne. Pour ces motifs, des limitations fonctionnelles psychiatriques ne sont pas retenues.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : port de charge au-delà de 10 kilos, position statique prolongée au-delà d'une heure, flexion-extension du tronc, travail sur des échafaudages.

Limitations fonctionnelles psychiatriques : aucune.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins : Depuis le 6 mai 2003, en relation avec la hernie discale L5-S1, entrant en conflit avec la racine S1 droite.

Sur le plan psychiatrique, suite à la confirmation par le Tribunal de l'est vaudois de la séparation conjugale, un arrêt maladie sur le plan psychique est justifié depuis le début de l'année 2003 et ceci pendant moins de trois mois. Toutefois, à nouveau ceci ne constitue pas une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Dans une activité d'aide charpentier physiquement lourde, l'incapacité de travail ne s'est pas modifiée et est complète depuis cette date. L'état de santé est considéré comme amélioré à partir de la consultation de la Dresse Z. _____ d'août 2004. Depuis cette date, il n'y a pas de contre-indication à ce que l'assuré reprenne une activité progressivement à 100 % dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique : sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100 %. Les acouphènes en relation avec l'ancien traumatisme acoustique n'entravent pas la communication. L'hypoacousie constatée par l'ORL se situe dans les hautes fréquences. On ne peut retenir une diminution de la capacité de travail due aux acouphènes.

Dans l'activité habituelle ou adaptée, sur le plan psychiatrique 100 %.

(...)"

Par projet d'acceptation de rente du 11 octobre 2007, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1^{er} mai 2004 au 31 janvier 2005 (soit 3 mois après l'amélioration de la capacité de travail depuis le mois d'octobre 2004 avec une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et un préjudice économique de 18 %).

Le 12 novembre 2007, par l'intermédiaire de son conseil Me Pierre-André Oberson, avocat à Lausanne, l'assuré a contesté le projet de décision précité en faisant valoir que son incapacité de travail était totale dans toute activité et qu'il avait par conséquent droit à une rente entière d'invalidité, non limitée dans le temps. Il a en particulier fait grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de sa problématique psychique et a requis un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique.

Par décision du 26 mars 2008, l'OAI a confirmé le projet d'acceptation de rente du 11 octobre 2007 en considérant notamment ce qui suit :

"Dans le cadre de l'instruction de votre demande, il convient de rappeler qu'un examen clinique bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été effectué au Service médical régional (ci-après: SMR) en date du 10 février 2006. Il ressort de cet examen que l'exercice de votre ancienne activité d'aide-charpentier est clairement contre-indiqué et l'incapacité de travail totale reconnue depuis le 6 mai 2003 ne saurait être remise en cause. En revanche, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail est exigible depuis le mois d'octobre 2004, soit deux mois après l'examen neurochirurgical réalisé par la Dresse Z._____.

(...)

En l'espèce, l'examen effectué au SMR a fait l'objet d'un rapport fort détaillé; les médecins se basent sur des examens complets et ont tenu compte des plaintes exprimées ainsi que de l'ensemble des autres avis médicaux au dossier, et leurs conclusions sont claires et motivées. Nous considérons par conséquent que cet examen remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour admettre la valeur probante d'un rapport médical et n'avons dès lors aucune raison de remettre en cause ses conclusions.

Sur le vu des conclusions de l'examen précité, nous ne pouvons qu'écartier vos griefs tendant à justifier que vous n'êtes plus en mesure d'exercer une activité professionnelle quelconque en raison de vos limitations fonctionnelles.

Nous pouvons également directement rejeter le grief selon lequel le projet de décision incriminé ne tiendrait pas compte de votre problématique psychique et qu'une expertise psychiatrique n'aurait pas été effectuée. En effet, l'examen bi-disciplinaire précité contient un volet psychiatrique duquel il ressort qu'il n'existe pas, sur ce plan, d'incapacité de travail justifiant une invalidité de longue durée. Une nouvelle expertise psychiatrique n'a dès lors clairement pas raison d'être."

L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

B. Le 2 février 2010, A.N._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Dans un rapport médical du 4 février 2010, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué comme diagnostic une schizophrénie simple (F20.6) en précisant que l'état de son patient s'était aggravé, l'apathie, la passivité et le manque d'initiative étant plus marqués, auxquels s'ajoutait un retrait social massif. Selon ce psychiatre traitant, le pronostic est mauvais et l'ensemble de ces éléments induit une incapacité totale de travail de son patient.

Dans un rapport médical du 4 mars 2010, le Dr W._____ a attesté l'incapacité de travail pour raison médicale de l'assuré, "au moins

partielle (totale dans son ancien métier de charpentier)". Comme diagnostics, le médecin généraliste a indiqué un état dépressif majeur "+structure de personnalité psychotique?)", un syndrome douloureux chronique, une hernie discale L5-S1, une hypertension artérielle essentielle, traitée, ainsi que des vertiges et céphalées chroniques, sine materia. Il a précisé que, malgré la prise en charge multidisciplinaire, la situation n'avait fait qu'empirer au fil des mois et des années, sans qu'il soit possible de préciser une date ou un épisode d'aggravation. Selon lui, la situation est enkystée au point que le pronostic est à l'évidence mauvais et il est douteux que des mesures professionnelles soient applicables à un patient aux maigres ressources.

Dans un rapport médical du 9 mars 2010, le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué comme diagnostics : des lombalgies chroniques sur spondylose avec discopathies lombaires étagées et protrusion discale L5-S1 paramédiane droite, des cervicalgies de caractère musculaire dysfonctionnelles, des douleurs des mains sur arthrose des doigts, un acouphène et des pseudo-vertiges, des épisodes dépressifs récurrents avec trouble de l'adaptation ainsi qu'une hypertension artérielle traitée. Il a exposé que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était progressive avec notamment des douleurs cervico-lombaires constantes entraînant des difficultés pour les déplacements, la marche et les activités de la vie quotidienne. Il a fait état des plaintes de son patient qui mentionne des douleurs ostéo-articulaires multiples notamment des épaules et des mains ainsi que des péri-hanches et des genoux. Selon ce spécialiste, l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail supérieure à 50 %, même dans une activité adaptée légère. Le pronostic est défavorable du fait de la chronification des douleurs et des répercussions fonctionnelles importantes dans toutes les activités de la vie quotidienne. Il a encore précisé que les thérapies physiques ne parvenaient qu'à stabiliser la situation clinique, sans amélioration des capacités fonctionnelles et que les infiltrations antalgiques n'apportaient pas d'efficacité durable.

Dans un avis médical SMR du 28 avril 2010, le Dr L. _____ a relevé ce qui suit :

Il s'agit de la 2^{ème} demande de cet assuré de 53 ans, sans formation professionnelle, sans emploi depuis 2004.

Sa 1^{ère} demande a abouti à l'octroi d'une rente limitée dans le temps par décision du 13.3.2007 (réd., recte : 26 mars 2008), sur la base d'une exigibilité entière dans une activité adaptée.

A l'appui de cette 2^{ème} demande, l'assuré produit un court certificat du Dr S. _____, psychiatre, retenant une schizophrénie simple justifiant une incapacité de travail totale. Ce diagnostic est assez surprenant dans la mesure où l'examen psychiatrique au SMR du 10.2.2006 ne mentionnait qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Le psychiatre consultant décrit des cauchemars à contenu animal, mais ne les apparente pas à des hallucinations psychotiques.

Le Dr W. _____, médecin traitant, fait état d'un état dépressif majeur, avec syndrome douloureux chronique, hernie discale L5-S1, HTA, vertiges et céphalées chroniques. Il atteste une incapacité de travail totale depuis 2003.

Enfin, le Dr J. _____, rhumatologue, évoque des lombalgies chroniques sur spondylose et discopathies étagées et protrusion discale L5-S1, des cervicalgies musculaires dysfonctionnelles, une arthrose des doigts, des acouphènes et pseudo-vertiges, des épisodes dépressifs récurrents avec trouble de l'adaptation (sic). Il déclare que l'incapacité de travail est supérieure à 50 %, même dans une activité adaptée.

Dans ces conditions, il convient d'entrer en matière sur la demande et de compléter l'instruction (en particulier par un rapport psychiatrique complet)."

Le 21 mai 2010, le Dr J. _____ a confirmé les diagnostics qu'il avait précédemment posés; il a apporté les précisions suivantes à son rapport médical du 9 mars 2010:

"1.4

(...)

Constat médical:

Patient algique, plaintif. Poids : 75 kg, taille : 168 cm. Raideur cervico-dorsolombaire au déshabillage et à la marche avec des douleurs du dos accentuées lors de la marche sur la pointe et les talons. Syndrome lombo-vertébral statique avec raideur segmentaire lors des inclinaisons et des rotations. Distance doigts-sol supérieurs à 40 cm en flexion antérieure du tronc. Dysbalances musculaires étagées avec hypoextensibilité de la musculature posturale. Pas de déficit moteur, ni de trouble sensitif systématisé, hormis des lâchages antalgiques et des contractions non maximales liées aux douleurs.

Pronostic

Le pronostic est défavorable du fait de la chronification des douleurs et des répercussions fonctionnelles importantes dans toutes les activités de la vie quotidienne. L'échec des mesures thérapeutiques,

notamment les infiltrations antalgiques et la physiothérapie augurent mal des possibilités d'amélioration des capacités fonctionnelles avec les mesures médicales.

(...)

1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

Restrictions physiques:

Mouvements du tronc et de la nuque, port de charge, marche sur terrain irrégulier. Efforts sollicitant le dos. Position debout statique, en porte-à-faux du dos. Flexion et torsion du rachis.

Restrictions psychiques:

Douleurs chroniques, état dépressif, troubles de l'adaptation.

Comment se manifestent-elles au travail?

Le travail d'aide charpentier implique des activités physiques contraignantes et n'est plus exigible. Dans une activité adaptée légère, les douleurs chroniques et l'état dépressif entraînent une incapacité de travail supérieure à 50 %."

Le 29 juin 2010, le Dr S. _____ a confirmé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de schizophrénie simple (F20.60) indiqué dans le rapport médical du 4 mars 2010, en précisant que cette atteinte à la santé existait depuis 2003 environ, mais que le traitement ambulatoire en cours avait été entrepris le 12 janvier 2007. Dans la rubrique "constat médical", il a indiqué : altération marquée du contact social; pauvreté de mimique et de la concentration; manque d'initiative et d'intérêt; émoussement affectif (verbal et non verbal). Le traitement médical consiste en un suivi sous la forme d'une psychothérapie à raison d'une consultation par semaine. Le pronostic est mauvais. Selon le psychiatre traitant, l'incapacité de travail, constante et de longue durée, est de 100 % depuis le 12 janvier 2007. Les restrictions psychiques à l'activité exercée par l'assuré à ce jour sont : apathie, aboulie, manque de concentration et d'attention et pauvreté du contact. Il conclut qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est possible et qu'aucune activité lucrative n'est plus exigible.

Le 12 juillet 2010, le Dr W. _____ a complété son précédent rapport médical en indiquant comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombosciatalgies droites sur hernie discale L5-S1 existant depuis 1999, un état dépressif majeur "+ structure de personnalité psychotique" décompensé en 2003 et un syndrome douloureux chronique existant depuis 2004. Il a précisé que depuis le rapport médical qu'il avait

établi en 2004, il y avait "installation confirmée dans un état douloureux diffus et constant, avec en relatif apragmatisme, sans allant vital et existentiel, campant dans un état de marasme dépressif et algique". Les symptômes actuels sont une polyalgie (rachis cervical et lombaire, membres inférieures), céphalées et vertiges, acouphènes, fatigue générale et tristesse, retrait social - solitude affective. Il a indiqué, qu'objectivement, la mobilité était réduite par antalgie et déconditionnement physique global, échec des thérapies thermales (...) "même si qq soulagement en Bosnie...". Il a encore fait état d'apathie, de ralentissement psychomoteur voire cognitif, d'une dépression mixte endogène et liée au statut de "migrant chômeur malade" de son patient. Le pronostic est mauvais et aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est envisageable pas plus qu'une reprise de l'activité professionnelle.

Dans un avis SMR du 25 octobre 2010, le Dr L._____ a exprimé son étonnement devant le diagnostic de schizophrénie que l'examen du SMR de 2006 n'avait pas retenu. Il a recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de préciser le diagnostic et les limitations fonctionnelles.

Le 4 avril 2011, le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie et expert certifié SIM (ci-après : Swiss Insurance Medicine), a rendu son rapport en précisant que l'expertise se basait notamment sur un entretien de 2 heures 30 avec l'assuré le 31 mars précédent avec l'aide d'une interprète en langue serbo-croate, sur l'étude du dossier médico-asséculo-logique, ainsi que sur un entretien avec le Dr S._____ et avec Monsieur Y._____. Au chapitre de l'anamnèse professionnelle, on peut notamment lire que "l'assuré dit comprendre le français mais le parler moins bien qu'il ne le comprend. Il n'a jamais pris de cours". Le rapport d'expertise retient pour le surplus notamment les éléments suivants :

"Anamnèse professionnelle
(...)

L'assuré a travaillé jusqu'au 5 mai 2003 et, en raison de douleurs exacerbées, une incapacité de travail a été attestée à partir du 6 mai 2003. Au mois de mai 2003 a été mise en évidence une hernie discale L5-S1 droite.

Monsieur A.N. _____ dit avoir essayé de reprendre le travail, reprise qui aurait échoué. Puis, il a vécu grâce aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain, et finalement le contrat de travail a été résilié à cause de la longue absence.

- Depuis lors, Monsieur A.N. _____ n'a jamais retravaillé. Il dit avoir cherché du travail mais sa candidature n'a jamais été retenue car les employeurs potentiels n'auraient pas voulu l'engager en raison des problèmes de dos qu'il présente. Il ne s'est jamais engagé dans des activités bénévoles. Après la fin du versement des indemnités journalières de l'assurance perte de gain, l'assuré a émargé à l'aide sociale, et cela jusqu'à ce jour.

(...)

- Actuellement, Monsieur A.N. _____ estime être inapte à travailler à cause de toutes les maladies dont il souffre. Ainsi, il a mal au dos et parfois sa jambe droite se bloque. L'articulation du genou droit se tuméfie et cela provoque des douleurs. En outre, suite à une injection à l'Hôpital [...] où il a fait un séjour en 2003, sont apparus des acouphènes.

(...)

Anamnèse familiale

Le père est décédé à la fin de l'année 1985-début de l'année 1986, d'une pneumonie. Il était né en 1915 et il avait été amputé d'une jambe suite à une blessure qu'il s'était faite au cours de la deuxième guerre mondiale. Il était serbe de Bosnie et a toujours travaillé comme agriculteur. L'assuré relève une bonne entente avec un père qui est décrit comme un homme bien et qui était reconnu dans son village.

La mère était également serbe de Bosnie et est décédée en 1995, de problèmes cardiaques. Elle était née en 1928. Elle a aidé le père dans les travaux des champs. L'assuré relève une bonne entente avec sa mère décrite comme une très grande travailleuse.

- Monsieur A.N. _____ est l'aîné d'une fratrie de cinq; il a deux frères et deux soeurs. Une première soeur (1960) vit en Allemagne. Elle est divorcée et elle n'a pas d'enfants. Elle travaille. Un frère est né en 1962 et vit en Autriche où il travaille. Il est marié et il a un fils. La deuxième soeur (1967) vit en Bosnie. Elle est mariée et elle a trois enfants. Elle travaille dans l'agriculture. Le frère cadet (1968) vit également en Bosnie. Il est marié mais il n'a pas d'enfants. Il a été blessé par une mine pendant la guerre et il a perdu une jambe. Il travaille dans l'agriculture.

En outre, Monsieur A.N. _____ a un demi-frère (1937) issu d'un premier mariage du père, personne avec qui il n'a pas grandi. Il a également une demi-soeur, issue d'un premier mariage de la mère, demi-soeur qui est actuellement âgée de 59 ans. L'assuré a grandi avec elle. D'une manière générale, l'assuré mentionne une bonne entente et des contacts réguliers au sein de la fratrie.

Antécédents psychiatriques familiaux

Les antécédents psychiatriques familiaux sont négatifs pour tout trouble mental.

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

- Monsieur A.N. _____ estime que son enfance s'est moyennement bien passée car il était le frère aîné et il a dû travailler à partir de l'âge de 11 ans. Cependant, il estime que les tâches étaient

adaptées à son âge et à sa condition physique. Il a grandi dans la précarité mais non pas dans la pauvreté car, indique-t-il, le père percevait une rente de guerre. L'assuré n'a pas été un enfant battu, il n'a pas été victime d'abus sexuels et on ne relève pas de séparations traumatiques. L'entente au sein du couple parental est décrite comme bonne et le processus de socialisation s'est déroulé normalement (bonne intégration dans le groupe de ses pairs).

Il n'y a pas de notion de complications pendant la grossesse de la mère; l'assuré est né à terme. De même, il n'y a pas de notion de retard dans l'acquisition de la marche ou du langage.

- Pendant la période de l'adolescence, on ne relève pas de comportements délictuels (vols répétitifs, vandalisme en bande, ennuis avec la police) ni de consommation de substances psychoactives (alcool, stupéfiants) ni d'états émotionnels aigus (attitudes d'opposition ou de révolte spectaculaires, éclats, fugues).

- Monsieur A.N. _____ a fait le service militaire à l'âge de 20 ans-21 ans pendant 15 mois; il était stationné à Belgrade. Il relève l'absence de problèmes avec la discipline militaire.

- L'assuré s'est marié en 1985 avec une femme serbe de Bosnie de 6 ans ou 7 ans sa cadette. Elle a rejoint son mari en Suisse et y a travaillé avec lui comme nettoyeuse (...). La femme de Monsieur A.N. _____ a demandé de se séparer de lui, ce qui a eu lieu formellement le 16 décembre 2001; l'assuré dit en avoir ignoré la raison jusqu'à ce jour. Le couple n'a jamais divorcé. Si dans les suites de la séparation la relation était difficile, actuellement les contacts sont décrits comme corrects mais réduits.

De cette union sont nés deux enfants. L'aînée (1986) vit à Lausanne. Elle travaille pour une compagnie d'assurances. Elle est séparée et n'a pas d'enfants. Le cadet (1991) vit avec la mère. Il a fait un apprentissage de cuisinier mais il travaille dans un autre domaine car les horaires y sont plus favorables étant donné qu'il s'entraîne régulièrement au football. L'assuré dit avoir des bons contacts avec sa fille et son fils, réguliers.

Monsieur A.N. _____ n'a pas refait sa vie sentimentale avec une femme.

- L'assuré n'a pas été mêlé à des faits de guerre pendant la guerre de Bosnie (1992-1995). Il dit avoir perdu trois ou quatre cousins et son frère cadet a été amputé d'une jambe en raison d'une mine. Il n'y a pas eu de destruction des biens appartenant à la famille, au contraire des villages aux alentours qui ont été endommagés.

- Monsieur A.N. _____ signale des lombalgies basses depuis la chute qu'il a faite en glissant d'un toit avec réception en position assise en 1996. Ces douleurs se sont intensifiées pour devenir incompatibles avec la continuation de son travail avec une incapacité de travail attestée à partir du 6 mai 2003. Une hernie discale L5-S1 a été mise en évidence. En 2003 également ont débuté des acouphènes, décrits comme très gênants. Ces aspects se sont ajoutés à la séparation de sa femme en 2001. Dans ce contexte, l'assuré a développé une symptomatologie dépressive, qui aurait été le plus intense en 2003 et en 2004. Pendant cette période, il décrit une inquiétude, une tristesse, des idées de mort, un retrait social, l'absence d'envie ("plus envie de rien"), une perte de l'intérêt, le fait qu'il était inactif pendant la journée, quoique cet aspect ait également été dû aux douleurs, ainsi qu'une négligence parfois des tâches du quotidien et des soins corporels.

Dans ce contexte, il s'est adressé à la Policlinique psychiatrique D. _____ à (...), où une prise en soins a eu lieu auprès de la

Doctoresse T. _____ du 26 avril au 7 juillet 2004. La Doctoresse T. _____ (rapport médical AI du 10 août 2004) a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Est également indiqué dans ce document que, comme l'assuré ne tirait pas de bénéfice positif des entretiens psychiatriques en eux-mêmes, et qu'il bénéficiait d'un suivi régulier auprès de son médecin de famille, le suivi psychiatrique a été terminé. Monsieur A.N. _____ lui-même indique que la Doctoresse T. _____ a eu un congé maternité et que c'est dans ce contexte qu'il ne s'est plus adressé à la Polyclinique psychiatrique D. _____. Un traitement psychotrope aurait été prescrit, que l'assuré ne peut pas préciser.

Toujours est-il que le Docteur W. _____, son médecin traitant généraliste, a continué la prescription du traitement médicamenteux psychotrope, cela jusqu'au 12 janvier 2007, moment où a débuté une prise en soins auprès du Docteur S. _____, psychiatre à (...). L'assuré indique que son état avait empiré, qu'il était très dépressif, qu'il n'avait plus de volonté ni d'intérêt pour la vie, ce qui aurait été à l'origine de l'insistance de la part de son entourage qu'il consulte un psychiatre. Monsieur A.N. _____ ne voit pas d'événement déclenchant pour cette péjoration, mais l'accumulation de soucis. Des médicaments antidépresseurs ont été prescrits (venlafaxine, Efexor®; escitalopram, Cipralox®), des neuroleptiques (amisulpride, Solian®; quétiapine, Seroquel®) ainsi qu'un hypnotique (valériane et houblon, ReDormin®). Le Docteur S. _____ (rapport médical psychiatrique du 4 février 2010; rapport médical AI du 28 juin 2010) a posé le diagnostic de schizophrénie simple, affection existant depuis 2003 en tout cas. La prise en soins s'est poursuivie jusqu'à ce jour; dans le passé, elle était de deux fois par semaine alors qu'actuellement elle est hebdomadaire; elle a eu lieu sous la forme d'une psychothérapie déléguée auprès de Monsieur Y. _____.

Monsieur A.N. _____ estime que son état s'est un peu amélioré depuis le traitement qui a été débuté auprès du Docteur S. _____ cela parce qu'il prend des médicaments et parce qu'il peut parler.

Déroulement du quotidien

Monsieur A.N. _____ vit seul dans un appartement. Selon les douleurs qu'il ressent, il se lève entre 8h et 10h. Il prend parfois un thé et mange quelque chose. Selon son état et si le temps le permet, il fait une promenade jusqu'au magasin d'alimentation, en tout pendant 30 minutes. Ses enfants font les plus grandes courses. Sa cousine vient l'aider une à deux fois par semaine pour les travaux ménagers. Dans la matinée, il regarde parfois la télévision. En fin de matinée, il se fait une soupe ou il réchauffe le repas que lui a préparé sa cousine. Le repas est pris à une heure variable, soit à midi, et parfois à 15h. Sa cousine et ses enfants font la vaisselle mais parfois l'assuré effectue ces tâches. Dans l'après-midi il s'allonge en raison des douleurs qu'il ressent mais il ne dort pas. Il ne s'occupe pas à l'ordinateur. Il n'a pas d'animaux domestiques ni de jardin. Parfois il s'adonne à la lecture de quotidiens de son pays et il lui arrive de regarder la télévision (football). Si le temps le permet, il fait une promenade dans l'après-midi et discute avec les connaissances qu'il rencontre. Il voit ses amis à une fréquence variable, parfois une fois par semaine, car ces derniers travaillent. Il lui arrive de se rendre pendant les fins de semaine chez son cousin et chez sa cousine. Sa fille assume les tâches administratives, cela parce qu'elle maîtrise mieux le français. L'assuré prend rarement un repas le soir mais il mange des fruits et il boit un peu de thé, cela parce qu'il a trop de cholestérol. Jusqu'au coucher (21h-22h), il

regarde parfois la télévision ou il regarde par la fenêtre. Il ne sort pas. Monsieur A.N._____ a des contacts avec sa fratrie une à deux fois par mois, contacts qui sont réduits en raison des coûts que cela représente (téléphone).

Monsieur A.N._____ a un permis de conduire et utilise très rarement un véhicule. Parfois sa fille lui propose de conduire lorsqu'il se déplace avec elle.

Il s'est rendu pendant 3 semaines en Bosnie en vacances au cours de l'été 2010. Selon l'assuré, cette période s'est bien passée car il y a vu sa famille et des amis qu'il voit rarement.

(...)

PLAINTES ET SYMPTÔMES PRESENTÉS PAR L'ASSURÉ

Spontanément, Monsieur A.N._____ indique qu'il a mal dans le dos et que les douleurs se propagent dans tout le corps. Il se plaint de sifflements dans les oreilles, ce qui fait qu'il n'arrive pas à s'endormir.

Sur questionnement, il indique le fait qu'il est toujours triste, tristesse qui est plus accentuée le soir et qui est parfois accompagnée de pleurs. Parmi les activités agréables, il cite le travail. Dans le passé, il aimait jouer au football et rencontrer ses amis. Il aimerait actuellement que ces derniers lui consacrent un peu plus de temps. Il fait état d'un manque d'entrain et d'un manque d'envie de faire les choses. Il mentionne l'absence de confiance en lui, le fait qu'il doute de sa personne car il n'arrive pas à faire beaucoup de choses. Par rapport à des reproches qu'il s'adresse, il s'en veut de ne pas pouvoir faire les choses à cause des douleurs qu'il ressent. Il estime que par moments il pourrait faire "n'importe quoi" car il n'a pas d'amis et il est "bon à rien". Sur le plan des conduites instinctuelles, il signale des troubles de l'endormissement en raison des acouphènes, des réveils nocturnes en raison des cauchemars et des acouphènes, ainsi qu'une absence de libido. L'appétit est déclaré moyen mais Monsieur A.N._____ dit faire attention de ne pas grossir; le poids est stable. Il rapporte des troubles de la concentration ainsi que des troubles de la mémoire en ce sens qu'il a des oublis et qu'il ne se rappelle pas des choses. Il fait état d'une anxiété et parfois d'une tension avec une transpiration, mais également d'une irritabilité, il dit ruminer sur les choses du passé et sur sa situation actuelle. Il indique la présence d'un sentiment de perte d'espoir. Sur questionnement toujours, il dit entendre, depuis 2007, plusieurs voix, inconnues, insultant et faisant des commentaires sur les membres de sa famille. Il estime également que son comportement est dirigé par une force extérieure et qu'il pense que sa pensée peut être lue ou divulguée par autrui. Il a l'impression parfois qu'il est fait allusion à sa personne à la télévision, de même qu'il pense qu'autrui est délibérément hostile vis-à-vis de sa personne.

STATUS PSYCHIATRIQUE

Personne de 54 ans, paraissant son âge, légèrement corpulente, à la présentation et aux soins corporels corrects. Il est orienté dans les trois modes et en particulier par rapport à la situation d'entretien d'expertise psychiatrique. Il s'exprime correctement en français et le comprend bien. Le lien émotionnel s'établit normalement. Il n'y a pas de théâtralité ni de méfiance. Présence d'un comportement algique (nécessité d'une pause afin qu'il puisse déambuler; absence de grimaces, de soupirs ou de prise d'appui avec les coudes sur le bureau). Le fonctionnement intellectuel, évalué cliniquement, se situe dans la norme inférieure (rapidité de la compréhension, faculté

d'abstraction, capacités de raisonnement, nuances des descriptions). Personne fruste, capacités d'introspection, de mentalisation et d'élaboration inexistantes. Il n'y a pas de ralentissement idéique ni de ralentissement moteur d'origine psychique (gestuelle normale). L'humeur est déprimée avec une tristesse modérée, une diminution de l'élan vital, un léger abattement, mais une mimique (il peut être souriant), une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Légère anxiété, légère tension, absence d'irritabilité. Vigilance, attention, concentration et mémoire sans particularité. Le discours est structuré, clair et informatif. Anhédonie partielle, absence de retrait social, capacité de projection dans l'avenir conservée. La conscience est claire, il n'y a pas de bizarreries dans le comportement. Il n'y a pas de relâchement des associations, absence de barrages idéiques, d'attitudes d'écoute, de soliloque, de rires immotivés ou de néologismes.

Tabac : nihil. Alcool : nihil. Stupéfiants: nihil.

DIAGNOSTICS

- **Avec répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents?**

- Aucun

- **Sans répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents?**

- Episode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.01); présent depuis 2003

DISCUSSION ET APPRÉCIATION

- Nous sommes en présence d'une personne de 54 ans chez qui on ne relève pas, au cours du développement psycho-affectif précoce et tardif, d'événements ou de conditions particulièrement défavorables ayant pu interférer avec le processus normal de mise en place de la personnalité. En particulier, Monsieur A.N._____ n'a pas été un enfant battu, il n'a pas été victime d'abus sexuels et il n'y a pas eu de séparations traumatiques (prématurité; hospitalisations longues ou répétées, placements loin du domicile familial pendant longtemps). S'il a dû, dès l'âge de 11 ans, terminer sa scolarisation formelle et aider son père dans les travaux agricoles, il ressort que les tâches étaient adaptées à son âge ou à sa condition physique de l'époque (absence de phénomènes de parentification, c'est-à-dire d'attribution de tâches, de rôles ou de responsabilités d'adulte à un âge trop précoce). La famille a vécu dans la précarité mais non pas dans la pauvreté. L'entente au sein du couple parental est décrite comme bonne et le processus de socialisation s'est déroulé normalement (bonne intégration dans le groupe de ses pairs). Il n'y a pas d'indices pour la présence d'une psychose infantile (absence de notion de bizarreries du comportement comme un retrait autistique, absence de notion d'incapacité à communiquer avec autrui de façon adaptée, de symptomatologie phobique aux contenus étranges ou de symptomatologie obsessionnelle avec rituels divers, extensifs et très contraignants).

Monsieur A.N._____ ne souffre pas d'une personnalité pathologique au sens des critères diagnostiques des classifications psychiatriques officielles (CIM, DSM). En effet, on ne relève pas de dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ainsi que dans le domaine interpersonnel depuis l'adolescence au plus tard, dysfonctionnements se manifestant dans tout type de situations et qui auraient pu être à

l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Cela se reflète par le fait que l'assuré ne signale pas de souffrance psychique avant 2003 environ (46 ans). S'il n'a pas pu faire une formation professionnelle, cela a été plus lié à des conditions matérielles. Toujours est-il qu'il s'est montré apte à s'intégrer dans le monde du travail et que plus particulièrement, il ne ressort pas, à l'analyse du cursus professionnel, que les changements d'emploi aient été en lien avec une quérulence ou avec des comportements dysfonctionnels systématiques menant à des licenciements répétés. La période du service militaire, moment potentiellement révélateur de pathologies mentales, s'est déroulée normalement (absence de difficultés avec la discipline militaire). Enfin, sur le plan sentimental, si la relation avec sa femme a échoué (séparation du couple à la fin de l'année 2001), cela n'a eu lieu qu'après une période de mariage relativement longue (21 ans) et il ne s'avère pas que la vie affective de Monsieur A.N._____ soit chaotique.

Ce qui précède signifie que les critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité ne sont pas vérifiés et qu'un tel diagnostic ne doit pas être retenu.

- Il n'y a pas d'antécédents avant 2003. Dans le contexte de la séparation de sa femme mais de lombalgies qui existaient depuis 1996 et qui se sont exacerbées en 2003 avec la mise en évidence d'une hernie discale L5-S1, Monsieur A.N._____ a développé une symptomatologie dépressive pour laquelle il a consulté à la Polyclinique psychiatrique D._____ à (...) à partir du mois d'avril 2004. Il indique que la période critique a eu lieu en 2003 et en 2004 avec une inquiétude, une tristesse, des idées de mort, un retrait social, une perte de l'envie et de l'intérêt, une inactivité, quoique cet aspect ait également été dû aux douleurs qu'il ressentait, ainsi qu'une négligence, parfois, des tâches du quotidien et des soins corporels. Dans le rapport médical AI du 28 avril 2003, le Docteur W._____, médecin traitant généraliste, a mentionné un état dépressif réactionnel alors que dans le rapport médical AI du 10 août 2004, la Doctoresse C._____, psychiatre, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Dans la partie psychiatrique du rapport d'examen clinique multidisciplinaire du 10 février 2006 qui a eu lieu au Service Médical Régional AI, est mentionné le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive prolongée. Enfin, dans le rapport médical AI du 4 mars 2010, le Docteur W._____ mentionne un état dépressif majeur alors que le Docteur S._____, psychiatre, qui a suivi l'assuré à partir du 12 janvier 2007, a retenu le diagnostic de schizophrénie simple (rapport médical psychiatrique du 4 février 2010), diagnostic également mentionné dans le rapport médical AI du 28 juin 2010 et existant depuis 2003.

Monsieur A.N._____ estime que son état est un peu mieux depuis le traitement qu'il a entrepris chez le Docteur S._____.

Actuellement, il présente une humeur déprimée avec une tristesse modérée, une diminution de l'élan vital, un léger abattement, mais une mimique (il peut être souriant), une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il existe une anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir), partielle (par exemple, Monsieur A.N._____ aimerait que ses amis lui consacrent un peu plus de temps). Est présente une diminution de l'énergie, une diminution de la confiance en soi ainsi que des troubles du sommeil. Les critères 1, 2 et 3 de B ainsi que les critères 1 et 6 de C pour la présence d'un épisode

dépressif léger sont vérifiés. Il n'y a pas de sentiments de culpabilité (critère 2 de C) en ce sens que les reproches que s'adresse l'assuré n'ont pas de caractère excessif ou inapproprié, de même qu'il n'y pas de pensées récurrentes de mort ou d'idées suicidaires récurrentes, ni de comportement suicidaire (critère 3 de C). Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques); le ralentissement moteur est présent lors des déplacements et il est lié aux douleurs (la gestuelle a lieu à une vitesse normale). L'appétit est qualifié de moyen mais le poids est stable (critère 7 de C non vérifié). Il n'y a pas suffisamment d'éléments pour la présence d'un syndrome somatique (absence de réveil matinal précoce et de pôle dépressif matinal; absence de ralentissement psychomoteur ou d'agitation psychomotrice; absence de perte marquée d'appétit ni de perte d'au moins 5 % du poids corporel au cours du dernier mois).

Au vu de ce qui précède, le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique doit être retenu.

Actuellement, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du Service Médical Régional AI du 10 février 2006) ne peut plus être retenu. En effet, le trouble de l'adaptation, fait référence à une perturbation des émotions (ici : dépression) entravant habituellement le fonctionnement professionnel et social et survenant au cours d'un événement stressant; il ne peut plus être retenu pour des critères formels de durée car maintenant la symptomatologie dépressive existe depuis plus de 2 ans (le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ne peut plus être posé au-delà d'une période de 2 ans).

Concernant les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser, perte de la confiance en soi), il existe une diminution de l'énergie avec, à l'observation clinique, une baisse de l'élan vital. Cependant, cet aspect reste moyennement prononcé dans son expression. A l'analyse du déroulement du quotidien, il ressort que plusieurs activités sont conservées dans la mesure où les douleurs dont souffre Monsieur A.N. _____ le lui permettent. Ainsi, s'il existe une réduction des activités pendant la journée, cela est principalement en lien avec les douleurs qu'il ressent (il s'allonge pendant la journée à cause des douleurs et ne dort pas; ses enfants et sa cousine l'aident pour les tâches ménagères pour la même raison), et l'assuré peut être amené à faire deux promenades par jour et rencontrer des connaissances. Il n'y a pas d'aboulie (perte de la volonté) en ce sens que par exemple Monsieur A.N. _____ fait attention de ne pas trop manger, dans la mesure où il fait attention à son alimentation en raison de son cholestérol élevé. Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques). Le ralentissement moteur est en lien avec les douleurs qu'il ressent et se manifeste lors des déplacements. En effet, la gestuelle a lieu à un rythme normal. Il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser avec l'absence de troubles de la concentration (assuré comprenant bien les questions et répondant sans hésitations ou temps de latence anormalement accru; Monsieur A.N. _____ s'adonne à la lecture du journal; si sa fille assume les tâches administratives, cela est en lien avec la maîtrise insuffisante du français de la part de l'assuré). De même, au cours de l'entretien d'expertise du 31 mars 2011, nous n'avons pas objectivé de troubles de la mémoire à long

terme ou à court terme (restitution exactes de dates; description précise d'événements se rapportant au passé proche ou lointain). Enfin, il existe une diminution de la confiance en soi. Ceci étant, cet aspect n'est pas à l'origine d'une limitation de l'activité professionnelle dans l'activité d'aide-couvreur, c'est-à-dire une activité sans responsabilités étendues et ne nécessitant pas la prise d'initiatives engageant l'avenir de l'entreprise.

Ce qui précède signifie que l'intensité des éléments déterminants de la dépression est telle que l'exigibilité médicale est entière; la capacité de travail est totale.

En tout état de cause, il n'y a pas de modification substantielle depuis le rapport d'examen clinique du Service Médical Régional AI du 10 février 2006 en ce sens que le status psychiatrique tel qu'il est rapporté par le Docteur U. _____ est superposable à celui qu'il est aujourd'hui.

- Dans le rapport médical psychiatrique du 4 février 2010 ainsi que dans le rapport médical AI du 28 juin 2010, le Docteur S. _____ pose le diagnostic de schizophrénie simple existant depuis 2003. Une schizophrénie simple est parfois difficile à distinguer d'un épisode de dépression. Il s'agit d'une affection peu fréquente caractérisée par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une incapacité à répondre aux exigences de la vie en société et d'une diminution globale des performances. Le diagnostic de schizophrénie simple exclut toute symptomatologie "positive", c'est-à-dire des idées délirantes ou des hallucinations. Sont par contre présents des symptômes "négatifs" avec une apathie, une pauvreté de la quantité ou du contenu du discours, une hypoactivité avec un ralentissement, un retrait social, un émoussement affectif, une passivité, un manque d'initiative ainsi qu'une pauvreté de la communication non verbale (expression verbale, contact oculaire, modulation de la voix, posture).

Or, dans le cas de Monsieur A.N. _____, s'il existe une apathie, cela est le reflet de la diminution de l'élan vital (diminution de l'énergie) en lien avec la dépression et il en est de même pour la diminution de l'activité, quoique cet aspect soit également dû aux douleurs qu'il ressent.

Plus particulièrement, il n'y a pas d'émoussement affectif en ce sens que dans la relation le lien émotionnel s'établit normalement. De surcroît, la communication non verbale n'est pas masquée par la pauvreté, Monsieur A.N. _____ établissant rapidement le contact oculaire, la modulation de sa voix étant adaptée aux événements qu'il décrit et aux émotions qu'il ressent, propos accompagnés par des mouvements des mains (gestuelle).

Il n'y a pas de retrait social à proprement parler car, à l'exploration, il s'avère que Monsieur A.N. _____ recherche le contact social et qu'il souhaiterait voir ses amis plus souvent, mais qu'il comprend qu'ils sont pris par leur activité professionnelle.

De même, il n'y a pas de ralentissement idérique.

Parle également contre la présence d'une schizophrénie simple la mention, par l'assuré, d'hallucinations et d'idées délirantes (il indique entendre, depuis 2007, plusieurs voix, inconnues, insultant et faisant des commentaires sur les membres de sa famille [hallucinations auditives]). Il estime également que son comportement est dirigé par une force extérieure [syndrome d'influence] et qu'il pense que sa pensée peut être lue ou divulguée par autrui. Il a l'impression parfois qu'il est fait allusion à sa personne à la télévision [idées de concernement], de même qu'il

pense qu'autrui est délibérément hostile vis-à-vis de sa personne [idées de persécution]), alors que nous avons vu que le diagnostic de schizophrénie simple exclut ce type de symptomatologie et qu'il ne figure dans aucun des documents médicaux établis par le Docteur S._____.

En outre, les dires de Monsieur A.N._____ concernant la présence d'hallucinations ou d'idées délirantes sont à prendre avec réserve car il a tendance à répondre systématiquement par l'affirmative aux questions des symptômes qui lui sont proposés, et cela sans discernement. Cela alors qu'il n'y a aucun indice indirect en la faveur d'hallucinations auditives (barrages idéiques, attitudes d'écoute, soliloquie, rires immotivés) ni pour des idées délirantes à type de persécution (absence de méfiance; l'assuré continue à fréquenter ses amis).

Le comportement de Monsieur A.N._____ n'est pas caractérisé par la bizarrerie; il est cohérent et adéquat dans sa souffrance dépressive.

Dans le rapport médical AI du 28 juin 2010, il est mentionné que la schizophrénie existerait depuis 2003. Or, ni la Doctoresse C._____ de la Polyclinique psychiatrique D. _____ ne mentionne une telle symptomatologie dans le rapport médical AI du 10 août 2004 et dans le rapport d'examen clinique du Service Médical Régional AI du 10 février 2010, la présence d'une symptomatologie psychotique, qu'elle soit "positive" ou "négative", n'est pas constatée.

La schizophrénie commence chez l'adulte jeune, entre l'âge de 18 ans et 35 ans, le premier symptôme schizophrénique apparaissant le plus souvent entre l'âge de 23 ans et 26 ans.

Si le Docteur S._____ a retenu le diagnostic de schizophrénie simple et non pas celui de dépression, l'on ne comprend pas pour quelle raison un traitement antidépresseur, combiné (escitalopram, Cipralex®; venlafaxine, Efexor® ER) a été prescrit.

Enfin, la thématique du discours de Monsieur A.N._____ est de type dépressif; cela ne serait pas le cas s'il souffrait d'une schizophrénie simple.

Pour toutes les raisons précitées, nous estimons que le diagnostic de schizophrénie simple ne doit pas être retenu.

- Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence de trouble de la personnalité, par l'absence de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants), par l'étayage familial préservé ainsi que par la recherche de soins spécialisés (psychiatriques). Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par la durée de l'épisode de dépression (chronicisation), par l'absence d'évolution significative ainsi que par le facteur de stress permanent constitué par les douleurs. Globalement, le pronostic doit être qualifié d'incertain, voire de défavorable.

Nous avons vu qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles suffisamment marquées de l'épisode dépressif actuel dont souffre Monsieur A.N._____ pour être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. L'exigibilité médicale théorique est entière.

- Il s'agit d'un assuré de 54 ans qui souffre d'un épisode dépressif depuis 2003, de degré actuellement léger, affection qui n'est pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Le diagnostic de schizophrénie simple ne doit pas être retenu.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

- Sur le plan psychique et mental

Aucune.

- Sur le plan social

Aucune.

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

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

Les troubles dont souffre l'assuré sont insuffisamment prononcés pour agir de manière substantielle sur l'activité d'aide-couvreur.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Elle est entière.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui, sur un plan strictement psychiatrique, 8 heures 30 par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?

Non, en l'absence de ralentissement idéique, de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire.

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

L'examen du 31 mars 2011 n'a pas montré un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail durable, même partielle.

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

Il est toujours resté nul.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Malgré ses troubles psychiques, l'assuré est capable de s'adapter à son environnement professionnel.

C. INFLUENCE SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Non, Monsieur A.N. _____ étant convaincu de son inaptitude dans quelque activité que ce soit.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Non, celle-ci étant entière.

2.1 Si oui, par quelles mesures Y (par a mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Cependant, le traitement auprès du Docteur S. _____ devrait être poursuivi.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Une prise en soins psychiatrique régulière est susceptible de diminuer le risque d'une intensification de la symptomatologie dépressive à l'avenir avec la survenue d'une incapacité de travail.

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

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Sur un plan strictement psychiatrique, toute activité correspondant à ses capacités et à son niveau d'instruction.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

8 heures 30 par jour.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

Non, en l'absence de ralentissement idéique, de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Remarques et/ou autres questions :

Nihil."

Dans un avis SMR du 13 avril 2011, le Dr L. _____ a relevé ce qui suit :

"L'expertise psychiatrique du Dr F. _____ réunit tous les critères lui conférant un caractère probant. Au terme de son travail, l'expert ne retient aucune pathologie psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. Il reconnaît un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.01) présent depuis 2003, n'empêchant pas la poursuite d'une activité professionnelle dans une activité adaptée aux limitations somatiques. Le diagnostic de schizophrénie simple, retenu par le Dr S. _____, est réfuté, en l'absence de symptômes "négatifs" tels que l'épuisement affectif, la pauvreté du discours, le ralentissement, le retrait social, etc. L'apathie présentée par l'assuré est le reflet de son état dépressif. Il n'y a pas davantage de trouble de la personnalité.

En résumé, il n'y a pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. Les conclusions du rapport SMR de 2006 restent valables. Les limitations fonctionnelles somatiques sont les mêmes."

Par projet de décision du 3 octobre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations formée par l'assuré en considérant en substance que, selon l'expertise psychiatrique réalisée, celui-ci ne souffrait pas d'une atteinte invalidante justifiant des prestations de l'assurance-invalidité.

Par écriture de son mandataire X. _____ du 18 octobre 2011, l'assuré a contesté le projet de décision du 3 octobre précédent en faisant grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des avis médicaux de ses médecins traitants, les Drs W. _____, J. _____ et S. _____, qui attestent une incapacité totale de travail de leur patient.

Le 7 novembre 2011, B.N. _____, fille de l'assuré, a fourni une procuration à l'OAI et a informé ce dernier qu'elle s'occupait désormais de la défense des intérêts de son père, le mandat de gestion confié à X. _____ ayant été résilié.

Par lettre de sa fille du 2 janvier 2012, l'assuré a développé les motifs pour lesquels il contestait le projet de décision de l'OAI du 3 octobre 2011. Il soutient en substance que le rapport d'expertise du Dr F. _____ sur lequel s'est fondé l'OAI est entaché d'erreurs, les propos qu'il a tenus devant l'expert ayant été mal traduits par l'interprète, et que les conclusions de l'expert (diagnostic et capacité de travail) sont erronées et en contradiction avec les éléments du dossier, notamment avec les avis médicaux de ses médecins traitants et en particulier celui de son psychiatre, qui a posé comme diagnostic une schizophrénie simple et conclu à une incapacité totale de travail.

A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit le rapport médical établi le 23 décembre 2011 par son médecin traitant, le Dr W. _____, qui expose ce qui suit :

"Mon patient susnommé, suivi à ma consultation de médecine générale depuis 1999, en incapacité de travail totale depuis mai 2003 malgré traitements et essais/bilans de réadaptation professionnelle, vient de se voir signifier un nouveau refus de la part de l'A.I., décision contre laquelle il a décidé de faire recours. L'historique de ses plaintes et de ses troubles remonte à au moins à 1996. Dans le cadre de son travail d'aide-charpentier, il serait tombé d'un toit et il annonce dès lors des lombalgies chroniques, ainsi que des acouphènes et des vertiges. Jusqu'en 2003 il maintient une activité professionnelle, en tentant de ménager son dos, et dans la crainte constante d'une nouvelle chute. Depuis un blocage lombaire en mai 2003 avec sciatalgie droite, il est en constant arrêt de travail, et au bénéfice de l'aide sociale. Les examens et les avis spécialisés de l'époque ont conclu à une discopathie avec hernie L5-S1, de nature non chirurgicale (...). L'évolution s'est faite vers une chronicisation des douleurs, avec développement d'un syndrome douloureux somatoforme, parallèlement à un déconditionnement physique global progressif accompagné d'un état dépressif, d'un retrait social relevant d'un trouble de l'adaptation. Je laisse son psychiatre, le Dr S. _____, compléter les diagnostics spécifiques. J'atteste cependant de l'incapacité de travail de M. A.N. _____ dans toute activité physique un tant soit peu lourde, et suis au regret de constater le peu de ressources mobilisables pour une réintégration..."

L'assuré a également produit le rapport médical établi par le Dr S. _____ et le psychologue-psychothérapeute Y. _____ le 2 janvier 2012, qui a la teneur suivante :

"DX: F20.6 Schizophrénie simple. Hernie discale.

Ce diagnostic a été appliqué après avoir écarté l'épisode dépressif sévère, d'allure mélancolique, avec symptômes psychotiques négatifs, sans idées suicidaires. M. A.N._____ présentait en janvier 2007 les symptômes d'un état dépressif sévère, faisant suite à sa séparation en 2001 et à un accident en 2003.

Au début ça a été difficile de différencier les affects dépressifs de ceux négatifs. Mais depuis, il n'y a eu que peu d'évolution du point de vue thymique et cela malgré les différents traitements antidépresseurs en quantité et en qualité et psychothérapeutiques.

Depuis 2003 il y a eu un développement insidieux de symptômes négatifs. Avant le problème somatique, sa vie sociale était normale, il travaillait, vivait en famille, sortait avec des amis, jouait dans un groupe de musique ethnique et au football.

Actuellement, en 2011, il est un homme avec des réactions émotives vides. Pendant les séances il me regarde rarement, parle très peu, peut rester pendant de longs moments en silence.

Sa vie sociale est nulle et il n'a aucune envie ou besoin de la changer.

Quand il parle des retrouvailles avec ses enfants ou ses frères ou cousins, il ne retrouve aucun plaisir.

Il a un cousin qui le voit régulièrement et qui lui fait à manger et s'occupe du ménage. Sinon il sort très peu, juste pour les commissions. A la maison, il reste couché (à cause du dos) ou regarde un peu la télé.

Nous avons écarté l'éventualité d'une personnalité schizoïde car avant 2001-2003 il avait quand même fondé une famille, avait des activités culturelles et sportives dans lesquelles il éprouvait du plaisir d'être avec les autres.

Nous avons écarté aussi l'éventualité d'un diagnostic de personnalité schizo-typique car il n'a pas des idées de références, croyances bizarres ou perception inhabituelles.

Il n'y a pas non plus de symptômes psychotiques positifs (hallucinations, idées délirantes, discours ou comportement désorganisés).

Finalement nous nous sommes résolus à écarter du diagnostic les troubles de l'humeur car M. A.N._____ ne transmet pas un ressenti dépressif (tristesse, douleur, désarroi), mais de vide. De plus, l'évolution est continue et non pas épisodique comme dans un trouble de l'humeur.

En conclusion, le Dx F20.6 Schizophrénie simple a été retenu, car il décrit le mieux l'état clinique observé chez ce patient depuis 4 ans et correspond en tout point à la description faite dans les critères diagnostiques du CIM-10, éditions Masson 1993."

Dans un avis SMR du 18 janvier 2012, le Dr L._____ a indiqué que les objections de l'assuré ne contenaient pas d'élément médical nouveau ou de nature à modifier sa position. Il a en particulier relevé que l'argumentation qu'il présentait, tendant à asseoir le diagnostic de schizophrénie simple, ne reposait pas sur une observation médicale de l'assuré, mais sur une série de définitions générales de la maladie dont l'origine n'est pas citée. Par ailleurs, si le Dr S._____ dans son rapport médical du 2 janvier 2012 maintenait le diagnostic de schizophrénie

simple, il n'en demeurait pas moins que l'expertise du Dr F._____ explicitait clairement pourquoi ce diagnostic ne pouvait pas être retenu (page 12 du rapport d'expertise). Le Dr L._____ a également relevé que le Dr W._____ faisait un bref rappel de l'anamnèse de l'assuré et attestait une incapacité de travail dans toute activité physique lourde, sans toutefois apporter d'élément médical nouveau.

Par décision du 1^{er} juin 2012 (datée par erreur du 14 novembre 2011), adressée à la fille de l'assuré, l'OAI a confirmé le projet de décision du 3 octobre 2011. Dans la lettre de motivation accompagnant la décision, il a notamment relevé les éléments suivants :

"Nous nous référons à votre opposition du 2 janvier 2012 à l'encontre de notre projet de décision de rente AI du 3 octobre 2011. Selon le Service médical régional AI (SMR), vos objections ne contiennent pas d'élément médical nouveau ou de nature à modifier notre position.

En effet, vous mentionnez que votre père souffre de schizophrénie simple mais ce diagnostic ne repose pas sur une observation médicale mais sur une série de définitions générales de la maladie dont l'origine n'est pas citée.

Vous avez joint à votre contestation un rapport complémentaire du Dr S._____ du 2 janvier 2012. Ce spécialiste maintient le diagnostic de schizophrénie simple. Or l'expertise du Dr F._____ explicite clairement pourquoi ce diagnostic ne peut être retenu. Selon l'expert, une schizophrénie simple est parfois difficile à distinguer d'un épisode de dépression. Il s'agit d'une affection peu fréquente caractérisée par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une incapacité à répondre aux exigences de la vie en société et d'une diminution globale des performances. Le diagnostic de schizophrénie simple exclut toute symptomatologie "positive", c'est-à-dire des idées délirantes ou des hallucinations. Sont par contre présents des symptômes "négatifs" avec une apathie, une pauvreté de la quantité ou du contenu du discours, une hypoactivité avec un ralentissement, un retrait social, un émoussement affectif, une passivité, un manque d'initiative ainsi qu'une pauvreté de la communication non verbale (expression verbale, contact oculaire, modulation de la voix, posture).

Or dans la situation de votre père, s'il existe une apathie, cela est le reflet de la diminution de l'élan vital (diminution de l'énergie) en lien avec la dépression et il est de même pour la diminution de l'activité, quoique cet aspect soit également dû aux douleurs qu'il ressent. Plus particulièrement, il n'y a pas d'émoussement affectif en ce sens que dans la relation le lien émotionnel s'établit normalement. De surcroît, la communication non verbale n'est pas marquée par la pauvreté, votre père établissant rapidement le contact oculaire, la modulation de sa voix étant adaptée aux événements qu'il décrit et aux émotions qu'il ressent, propos accompagnés par des mouvements des mains (gestuelle).

D'autre part, il n'y a pas de retrait social à proprement parler car il s'avère que votre père recherche le contact social et qu'il souhaiterait voir ses amis plus souvent, mais qu'il comprend qu'ils sont pris par leur activité professionnelle. En conclusion, l'expert estime que le comportement de votre père n'est pas caractérisé par la bizarrerie; il est cohérent et adéquat dans sa souffrance dépressive.

L'expert relève encore que la schizophrénie commence chez l'adulte jeune, entre l'âge de 18 ans et de 35 ans, le premier symptôme schizophrénique apparaissant le plus souvent entre l'âge de 23 et 26 ans. C'est pour toutes ces raisons que l'expert ne peut pas retenir le diagnostic de schizophrénie simple.

Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence de trouble de la personnalité, par l'absence de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants), par l'étayage familial préservé ainsi que par la recherche de soins spécialisés (psychiatriques). L'expert conclut qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles suffisamment marquées de l'épisode dépressif actuel pour être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail et estime que l'exigibilité médicale théorique est entière. Il rappelle que votre père, qui souffre d'un épisode dépressif depuis 2003, de degré actuellement léger, affection qui n'est pas à l'origine d'une diminution de sa capacité de travail.

Or selon la jurisprudence, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin-traitant en raison des rapports de confiance qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106; RCC 1988 pp. 504 ss).

En l'espèce, nous n'avons aucune raison de nous écarter des conclusions de l'expertise du Dr F._____. En effet, ce spécialiste se fonde sur un examen complet du dossier médical, décrit une anamnèse précise et fouillée ainsi qu'un status clinique, en rapport avec les atteintes dont vous souffrez, particulièrement détaillé. Ses conclusions sont claires, motivées et exemptes de contradictions. Cette expertise remplit donc les critères reconnus par le Tribunal fédéral pour bénéficier d'une pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Dans ces conditions, nous ne pouvons que maintenir notre position et rejeter votre opposition. (...)"

C. Par acte du 5 juillet 2012 de son nouveau conseil Me Flore Primault, avocate à Lausanne, A.N._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 1^{er} juin 2012 en concluant à la réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité, dont le taux sera fixé à dire de justice, lui est allouée. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. Il fait valoir en substance que l'expertise psychiatrique du Dr F._____ n'a pas une pleine valeur probante et soutient principalement à cet égard, qu'à la suite de traductions erronées de la part de l'interprète qui a assisté l'expert, l'expertise est faussée aussi bien dans les faits que dans l'appréciation, qui a abouti à un diagnostic erroné. Il en veut pour preuve

le fait que son psychiatre traitant, qui le suit depuis 10 ans à raison d'une consultation par semaine, a posé un tout autre diagnostic, en expliquant de façon détaillée pourquoi il considérait que le recourant souffre d'une schizophrénie simple. Le recourant a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 12 juillet 2012, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 juillet 2012, soit l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Flore Primault, l'exonération d'avances et l'exonération des frais judiciaires. Le juge instructeur a également dit que le recourant sera exonéré de toute franchise mensuelle.

Par écriture du 20 août 2012, le recourant a confirmé sa requête tendant à ce que soit ordonnée une expertise psychiatrique judiciaire indépendante en la présence d'un traducteur juré serbo-croate agréé. Il a également requis son audition par la cour afin que soit déterminé son niveau de français. Le recourant a confirmé sa conclusion en réforme et, à titre subsidiaire, conclu à ce que la décision de l'OAI du 1^{er} juin 2012 soit annulée, la cause étant renvoyée à l'office afin qu'il procède à un complément d'instruction s'agissant de l'aggravation de son état de santé. En complément à son acte de recours du 5 juillet précédent, le recourant a développé son argumentation en ce qui concerne l'absence de valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr F. _____ en faisant notamment valoir ce qui suit :

"(...)

Afin d'établir son rapport d'expertise, le Docteur F. _____ a auditionné le recourant avec l'aide d'une interprète, son niveau de français étant très limité, comme cela ressort de plusieurs pièces du dossier.

(...)

Dans le cas d'espèce, l'interprète présente lors de l'entretien du 31 mars 2011 entre le recourant et le Docteur F. _____ ne disposait pas des connaissances techniques et terminologiques auxquelles le soignant a, lui, habituellement recours. (...)

De plus, il sied de relever que l'interprète susnommée était de nationalité croate alors que le recourant, lui, est de nationalité serbe. Or, ainsi que chacun le sait, il existe entre les ressortissants

de ces deux Etats une forte rivalité, (...). Les différences culturelles, linguistiques, religieuses, ainsi que le profond différend qui oppose les Etats respectifs des deux protagonistes, a également eu une influence sur la qualité de la traduction et partant, sur le diagnostic posé par le Docteur F._____.

Ce qui précède est notamment démontré par le fait que, au cours de son audition, le recourant a, à plusieurs reprises, émis des doutes quant à l'exactitude des termes utilisés par l'interprète afin de rapporter ses propos au Docteur F._____. Celui-ci lui a alors déclaré qu'il ne parlait pas sa langue et qu'il devait se mettre d'accord avec l'interprète sur ce qu'il voulait dire. L'interprète était ainsi incapable de traduire correctement les propos du recourant.

Le recourant en a d'ailleurs eu la confirmation lorsque sa fille, quelque temps après, lui a traduit le rapport du 4 avril 2011 du Docteur F._____. Il en est tombé des nues.

Ainsi, à la page 11 dudit rapport, le Docteur F._____ explique que le recourant souhaiterait que ses amis lui consacrent un peu plus de temps. Le recourant conteste cependant formellement avoir tenu de tels propos. En effet, il a tenté d'expliquer au Docteur F._____ que c'était au contraire ses amis qui souhaitaient le voir plus souvent, ce qui est évidemment différent et qui apporte une toute autre interprétation au regard notamment des critères retenus par le Dr F._____ pour ne pas poser le diagnostic de schizophrénie simple. (...)

Plus loin, à la page 13 dudit rapport, il est ensuite mentionné que le recourant aurait déclaré souffrir d'hallucinations et d'idées délirantes. Or ce fait est totalement inexact et résulte de traductions erronées. L'assuré a au contraire évoqué la présence de cauchemars, comme il l'a par ailleurs toujours fait auparavant. (...)

Or, force est de constater que les faits erronés susmentionnés ont joué un rôle déterminant dans l'établissement du diagnostic du Docteur F._____. En effet, selon ce dernier, l'absence de retrait social, ainsi que la présence d'hallucinations et d'idées délirantes chez le recourant, parleraient contre la présence d'une schizophrénie simple. Cet expert a en effet relevé : "Parle également contre la présence d'une schizophrénie simple la mention, par l'assuré, d'hallucinations et d'idées délirantes [...] alors que nous avons vu que le diagnostic de schizophrénie simple exclut ce type de symptomatologie et qu'il ne figure dans aucun des documents médicaux établis par le Docteur S._____" (cf. pièce 18, p. 13). (...)"

Pour le surplus, dans l'hypothèse où la cour de céans devait écarter le diagnostic de schizophrénie simple, le recourant fait valoir une aggravation de son état de santé, qui n'aurait pas été prise en compte par l'OAI. Il se fonde sur les rapports médicaux de ses médecins traitants, qui, tous, feraient état d'une aggravation progressive de cet état. Le recourant a produit un bordereau de pièces (qui se trouvent également dans le dossier produit par l'OAI).

Dans sa réponse du 9 octobre 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève en particulier que les griefs soulevés par le recourant concernant l'interprète ne sauraient remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique susmentionné. Il précise que le choix de l'interprète ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent de la décision de l'expert (TF, 9C_287/2012, arrêt du 18 septembre 2012).

Par réplique du 23 novembre 2012, le recourant confirme ses conclusions, en relevant que ce sont des problèmes de traduction et non de simples problèmes de délégation qui ont posé problèmes. Il réitère sa position selon laquelle ces erreurs de traduction auraient résulté en une incompréhension totale entre lui-même et l'expert, ce qui a entaché les conclusions mêmes de l'expertise.

Dans sa duplique du 28 novembre 2012, l'intimé confirme ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable à la forme.

2. Est litigieux en l'occurrence le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite du dépôt, le 2 février 2010, d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'intimé est entré en matière. L'OAI a en effet rejeté la nouvelle demande en considérant qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé du recourant depuis sa décision du 26 mars 2008. Pour ce faire, il s'est principalement fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 4 avril 2011 du Dr F._____, qui conclut à l'absence d'une atteinte psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant.

3. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

4. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les

circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 (TFA I 408/05 arrêt du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

b) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, c'est-à-dire encore au moment du dépôt de la nouvelle demande par l'assuré, le 2 février 2010.

Les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3; 117 V 200 consid. 4b et les références; TF I 597/05 arrêt du 8 janvier 2007 consid. 2).

c) Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par

l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108; 130 V 75, consid. 3.2). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03, op. cit., consid. 2). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, le tribunal ne contrôle pas si les conditions de l'entrée en matière selon l'art. 87 RAI étaient remplies (cf. ATF 109 V 114, consid. 2b; TFA, I 490/03, arrêt du 25 mars 2004, consid. 2.1).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF,

9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un

contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

b) Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF, 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

6. En l'espèce, le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé, au point que son incapacité de travail est totale. Se prévalant de l'avis médical de son psychiatre traitant, le Dr S._____, qui a posé le diagnostic d'une schizophrénie simple induisant une incapacité de travail totale, il conteste les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr F._____, qui nie l'existence d'une atteinte psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail, en faisant valoir qu'elle n'a pas de valeur probante. Il soutient en particulier que l'interprète de langue serbo-croate qui a assisté l'expert a commis plusieurs erreurs de traduction, qui ont faussé l'appréciation médicale de l'expert notamment en ce qui concerne le diagnostic psychiatrique retenu et ses conséquences sur la capacité de travail. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire avec l'assistance d'un interprète de langue serbo-croate, agréé par les tribunaux du canton.

a) Les allégations du recourant quant à l'incompréhension linguistique ayant prévalu durant l'expertise eu égard à sa piètre maîtrise de la langue française et ses griefs quant aux prétendues erreurs de traduction de ses propos par l'interprète durant l'expertise réalisée par le Dr F._____ le 31 mars 2011 ne résistent pas à l'examen. Certes, dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé d'un assuré et ses répercussions sur la capacité de travail,

en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'existe toutefois pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soignée de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (TF 9C_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012, consid. 4.1 et les arrêts cités).

Or, dans le cas d'espèce, il sied de relever tout d'abord que l'expertise psychiatrique litigieuse a été confiée à un expert psychiatre certifié par la Swiss Insurance Medicine (ci-après : SMI), organisme auquel la FMH délègue depuis 2004 la compétence de former des experts médicaux et qui n'obtiennent leur certification qu'après avoir suivi un cursus spécifique dans le domaine de l'expertise médicale. Il s'agit donc de spécialistes aguerris, habitués à être confrontés à toutes les questions pouvant se poser dans le cadre d'une expertise médicale - dont celle en particulier de la nécessité de se faire assister d'un interprète durant l'expertise - et à même de leur donner la réponse adéquate. En l'occurrence, l'expert Dr F. _____ à qui l'OAI a confié le soin de réaliser l'expertise psychiatrique du recourant a choisi de se faire assister d'une interprète de langue maternelle serbo-croate, qui est également la langue maternelle du recourant. Le choix de l'expert quant à la personne de l'interprète ne prête donc pas le flanc à la critique. En effet, contrairement

à ce que soutient le recourant, le fait que l'interprète choisie était de nationalité croate alors que le recourant est serbe, de nationalité bosniaque (Bosnie et Herzégovine), que des différences culturelles entre ces ethnies existent et que l'histoire des Etats croate et bosniaque a été émaillée de conflits ne constitue pas, en soi, un indice suffisant pour considérer que la traduction des propos de l'expert et/ou du recourant durant l'expertise aurait pu souffrir d'erreurs.

A cela s'ajoute le fait que les allégations du recourant selon lesquelles il aurait à plusieurs reprises remarqué des erreurs de traduction durant l'expertise et que l'expert lui aurait dit de se mettre d'accord avec l'interprète vu que lui-même ne comprenait pas sa langue ne sont corroborées par aucun élément du dossier. C'est ainsi en vain qu'on cherche une indication dans le rapport d'expertise suggérant une incompréhension linguistique entre le recourant et l'interprète, ou des soucis de traduction. Il n'y a pas non plus de note au dossier faisant état de tels griefs de l'assuré dans les suites immédiates de l'expertise, ni même après qu'il a reçu une copie du rapport d'expertise qu'il s'est fait traduire par sa fille. Ce n'est qu'après avoir reçu le projet de décision de l'OAI du 3 octobre 2011 rejetant sa demande de rente d'invalidité, soit dans son courrier du 2 janvier 2012, que le recourant a formulé des griefs quant à la qualité de la fiabilité de la traduction de ses propos à l'expert. Même dans une première réaction de l'assuré par le mandataire de l'assuré de l'époque, datée du 18 octobre 2011, il n'était pas question de problèmes de traduction. Cette absence de réaction immédiate - eu égard à l'importance des reproches formulés et aux conséquences juridiques que le recourant entend en retirer - paraît pour le moins surprenante, voire douteuse sous l'angle du principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 1.01]), selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (ATF 127 II 227 consid. 1b p. 230; TF 9C_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012 précité consid. 4.3.1).

Enfin, il paraît également à tout le moins incertain que le rôle de l'interprète ait eu l'importance que le recourant veut bien lui donner aujourd'hui. En effet, à lire le dossier, la maîtrise de la langue française par le recourant semble bien meilleure qu'il ne le prétend. Ainsi, dans leur rapport médical du 10 août 2004, les Dresses C._____ et T._____ indiquaient que la maîtrise de la langue française par l'assuré était moyenne, qu'elles devaient certes régulièrement reformuler leurs questions mais que les réponses étaient données dans un français imparfait mais compréhensible. De même, dans leur rapport d'examen bidisciplinaire du 24 juillet 2006, les médecins du SMR relevaient que la compréhension de la langue française était bonne. De plus, il ne ressort pas du dossier que le recourant aurait dû suivre ou suivrait tous ses entretiens avec son psychiatre traitant, le Dr S._____, en présence d'un interprète. Dans ces conditions, il n'est pas crédible que la barrière linguistique entre le recourant et l'expert ait été telle que l'expert ne se serait pas rendu compte des prétendues divergences de langue entre l'expertisé et l'interprète, ou qu'il ait dû recourir aux services de l'interprète pour traduire chaque question et chaque réponse. Bien au contraire, puisqu'au chapitre de l'anamnèse professionnelle, le Dr F._____ relève que l'assuré dit comprendre le français mais le parler moins bien qu'il ne le comprend et au chapitre du status psychiatrique que le recourant s'exprime correctement en français et le comprend bien. Dans cette mesure, le recourant aurait même pu corriger tout de suite, face à l'expert, d'éventuelles fautes de traduction. S'il ne l'a pas fait, c'est qu'il n'y en avait pas.

En conclusion, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il allègue que des prétendus problèmes de communication et de traduction ont été tels qu'ils ont modifié les observations de l'expert ou qu'ils étaient de nature à influencer la qualité et le résultat de son appréciation. Le grief tiré d'une incompréhension linguistique ne suffit par conséquent pas pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr F._____.

b) Le recourant conteste encore la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr F. _____ en faisant valoir que ses conclusions sont en contradiction avec le diagnostic et la capacité de travail attestés par son psychiatre traitant, qui le suit à raison d'une consultation hebdomadaire depuis dix ans, et qui dans son rapport du 2 janvier 2012 notamment, a expliqué de manière détaillée pourquoi il retenait le diagnostic de schizophrénie simple. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

En l'espèce, la Cour de céans constate, après analyse, que le rapport d'expertise du Dr F. _____ du 4 avril 2011 se fonde sur des examens complets, qu'il prend en considération les plaintes du recourant, décrit de façon détaillée son anamnèse (familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique) et relate la description que l'assuré lui a faite de sa vie quotidienne. Il a été établi en pleine connaissance du dossier de l'assuré et la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions de l'expert, détaillées, sont bien motivées et convaincantes. A ce titre, le rapport d'expertise du Dr F. _____ emporte la conviction de la cour, qui lui reconnaît une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 5a ci-dessus). On soulignera en particulier qu'après avoir exposé le status psychiatrique de l'assuré (cf. rapport p. 9) et indiqué retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.01) présent depuis 2003 (cf. rapport p. 10), l'expert explique de façon détaillée et minutieuse les motifs qui l'ont amené à exclure l'existence d'une schizophrénie simple (cf. rapport pp. 12 et 13). Exposant que la schizophrénie simple est une affection peu fréquente, parfois difficile à distinguer d'un épisode de dépression, il relève qu'elle se caractérise par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une incapacité à répondre aux exigences de la vie en société et d'une diminution globale des performances et que le diagnostic de schizophrénie simple exclut toute symptomatologie "positive", c'est-à-dire des idées délirantes ou des hallucinations mais inclut des symptômes "négatifs", tels une apathie, une pauvreté de la quantité ou du contenu du discours, une hypoactivité avec un ralentissement, un retrait social, un émoussement

affectif, une passivité, un manque d'initiative ainsi qu'une pauvreté de la communication non verbale (expression verbale, contact oculaire, modulation de la voix, posture). L'expert explique ensuite que, dans le cas du recourant, s'il existe une apathie, elle est le reflet de la diminution de l'élan vital en lien avec la dépression et qu'il en est de même pour la diminution de l'activité, quoique cet aspect soit également dû aux douleurs qu'il ressent. Il relève aussi l'absence d'émoussement affectif en ce sens que dans la relation le lien émotionnel s'établit normalement et insiste sur le fait que la communication non verbale n'est pas marquée par la pauvreté, l'assuré établissant rapidement le contact oculaire, la modulation de sa voix étant adaptée aux événements qu'il décrit et aux émotions qu'il ressent et enfin que ses propos sont accompagnés par des mouvements des mains; il n'y a pas non plus de ralentissement idéique. Enfin, l'expert met en relief le fait que le comportement du recourant n'est pas marqué par la bizarrerie mais qu'il est cohérent et adéquat dans sa souffrance dépressive; dans le status psychiatrique, l'expert note également qu'il n'y a pas de relâchement des associations et une absence de barrages idéiques, d'attitudes d'écoutes, de soliloque, de rires immotivés ou de néologismes (cf. rapport, p. 9).

Les griefs du recourant concernant l'appréciation médicale de l'expert en lien avec les symptômes de "retrait social" et d'hallucinations ne remettent pas en question la valeur probante de l'expertise. D'une part, il faut rappeler que ces griefs se réfèrent principalement à de prétendues erreurs de traduction qui auraient amené à une incompréhension entre le recourant et l'expert et conduit ce dernier à une appréciation médicale erronée. Or, on a vu au considérant précédent que les allégations du recourant à ce sujet étaient infondées, respectivement irrecevables. D'autre part, en ce qui concerne le prétendu retrait social du recourant, il apparaît clairement non seulement à la lecture du chapitre "déroulement du quotidien" de l'expertise (cf. rapport, p. 8) mais aussi des autres rapports médicaux figurant au dossier que c'est avec raison que l'expert en a relativisé l'importance : il est en effet établi que l'assuré garde des contacts réguliers avec les membres de sa famille (enfants, cousins et même son épouse), qu'il est même parti en vacances en Bosnie en 2010

dans sa famille et qu'il sort quotidiennement de chez lui pour faire des courses et des promenades. Cela étant, la question de savoir si, comme le soutient le recourant dans sa procédure de recours, ce sont ses amis qui aimeraient le voir plus souvent ou si, comme cela est indiqué dans l'expertise, c'est lui qui souhaiterait les rencontrer plus fréquemment est dès lors sans importance. Pour ce qui est des hallucinations auditives et visuelles rapportées dans l'expertise, on ne peut que se référer aux propos du Dr F._____, qui relève que "les dires de Monsieur A.N. _____ concernant la présence d'hallucinations ou d'idées délirantes sont à prendre avec réserve car il a tendance à répondre systématiquement par l'affirmative aux questions des symptômes qui lui sont proposés, et cela sans discernement. Cela alors qu'il n'y a aucun indice indirect en la faveur d'hallucinations auditives (barrages idéiques, attitudes d'écoute, soliloque, rires immotivés) ni pour des idées délirantes à type de persécution (absence de méfiance; l'assuré continue à fréquenter ses amis" (cf. rapport, p. 13).

Ainsi, contrairement à ce que laisse entendre le recourant, c'est avec un soin tout particulier que l'expert a procédé à l'évaluation de sa situation médicale sur le plan psychiatrique : il ne s'est pas contenté de poser son propre diagnostic mais a confronté ses observations avec les plaintes du recourant et le diagnostic de schizophrénie simple retenu par le Dr S._____. En ce qui concerne l'évaluation médicale du psychiatre traitant, l'expert relève tout d'abord une incohérence dans le rapport du 28 juin 2010, qui indique que la schizophrénie existerait depuis 2003. Il oppose cette appréciation à celle de la Dresse C._____ de la Policlinique psychiatrique D._____ qui ne mentionne nulle part une telle symptomatologie dans son rapport médical du 10 août 2004 et à celle du SMR qui, dans le rapport d'examen clinique du 10 février 2006, ne constate pas non plus la présence d'une symptomatologie psychotique, qu'elle soit "positive" ou "négative". De même, l'expert s'étonne que le Dr S._____ ait retenu le diagnostic de schizophrénie simple et non pas celui de dépression tout en prescrivant un traitement antidépresseur combiné.

Le dernier rapport médical du Dr S._____, établi le 2 janvier 2012, soit après le dépôt du rapport d'expertise, ne contient lui non plus aucun élément objectif susceptible de jeter un doute sur la pertinence des conclusions convaincantes de l'expertise. Tout au plus constitue-t-il une appréciation médicale différente d'un même état. Au demeurant on relève que la description du recourant dont le psychiatre traitant fait état dans ce rapport ("Actuellement, en 2011, il est un homme avec des réactions émotives vides. Pendant les séances il me regarde rarement, parle très peu, peut rester pendant de longs moments en silence") entre non seulement en contradiction avec les constatations de l'expert, selon lesquelles il n'y a pas d'émoussement affectif, la communication non verbale n'est pas marquée par la pauvreté, l'assuré établissant rapidement le contact oculaire, la modulation de sa voix étant adaptée aux événements qu'il décrit et aux émotions qu'il ressent, propos accompagnés par des mouvements des mains (cf. rapport, p. 12) mais également avec les propos mêmes du recourant. Celui-ci a en effet indiqué à l'expert que la pire période sur le plan psychique (inquiétude, tristesse, idées de mort, retrait social, absence d'envie, perte d'intérêt etc.) remontait aux années 2003-2004 (cf. rapport, p. 7) et qu'il se sentait un peu mieux depuis sa prise en charge par le Dr S._____ en 2007 "cela, parce qu'il prend des médicaments et parce qu'il peut parler" (cf. rapport, p. 8).

En conclusion, au vu des éléments indiqués ci-dessus, la Cour de céans confirme la pleine valeur probante de l'expertise psychiatrique confiée par l'intimé au Dr F._____. Cela étant, il y a lieu de constater que, l'expert ayant retenu comme diagnostic un épisode dépressif léger sans syndrome somatique existant depuis 2003 et indiqué que, d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail du recourant était de 100 %, c'est avec raison que l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis sa décision du 26 mars 2008.

c) Dans un dernier moyen, le recourant fait valoir, en se référant aux rapports médicaux de l'ensemble de ses médecins traitants, une

aggravation progressive de son état de santé. Vu ce qui a été dit au considérant 6b ci-dessus en ce qui concerne l'état de santé psychique, ce grief doit être examiné sous l'angle de l'état de santé somatique du recourant seulement. Or, force est de constater ni le Dr W._____, dans son rapport médical du 23 décembre 2011, ni le Dr J._____, dans son rapport médical du 21 mai 2010, ne font état de nouveaux diagnostics ni même d'une péjoration objective de la problématique somatique antérieure (lombalgies droites chroniques non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de hernie discale L5-S1 en voie de régression, de protrusion discale L4-L5, de troubles dégénératifs débutants postérieurs L5-S1); ils mentionnent simplement une chronicisation des douleurs, l'échec des traitements entrepris ainsi qu'un mauvais pronostic. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que, sur le plan somatique également, la situation médicale du recourant n'a pas évolué depuis la décision de l'OAI du 26 mars 2008.

d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'instruction complémentaire requise par le recourant (audition du recourant et mise en œuvre d'une expertise confiée à un spécialiste en psychiatrie). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. consid. 5b ci-dessus; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C_440/2008 arrêt du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Reste à examiner la question des frais judiciaires et des dépens.

b) En l'espèce, le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération des frais de justice ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'occurrence, Me Flore Primault a chiffré à 21 heures et 35 minutes le temps consacré à ce dossier pour la période du 4 juillet 2012 au 24 septembre 2013. Après examen détaillé, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté, vu notamment les écritures, l'ampleur du dossier et le fait que l'avocate n'a été consultée qu'en procédure judiciaire. C'est ainsi un montant de 3'885 fr. (21 heures 35 x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées dès le 4 juillet 2012, plus TVA à 8% d'un montant de 310 fr. 80. En outre, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, il convient d'allouer à Me Primault le montant de 19 fr. qu'elle réclame à titre de débours. En définitive, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 4'214 fr. 80.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 1^{er} juin 2012 est confirmée.

- III.** L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Flore Primault, conseil du recourant, est arrêtée à 4'214 fr. 80 (quatre mille deux cent quatorze francs et quatre-vingts centimes).

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault, avocate à Lausanne (pour le recourant),
- 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 :