

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mars 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Piguet, juge, et Küng, assesseur  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI et art. 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié, travaillait à temps complet depuis le 18 août 1997 en qualité d'ouvrier (grenailage de pièces) auprès de B. \_\_\_\_\_ SA. Le 26 juin 2003, alors qu'il effectuait une manœuvre, il a été frappé à l'arrière de la tête par un crochet de grue. Depuis cette date, il n'a plus repris d'activité lucrative (doc. 4, p. 7).

**b)** La Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le sinistre dont l'assuré avait été victime. Concluant à l'absence d'atteinte neurologique et observant des plaintes atypiques au terme du premier examen neurologique, le Prof. R. \_\_\_\_\_ a recommandé à la CNA d'adresser l'assuré à la Clinique D. \_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique D. \_\_\_\_\_) à [...] selon rapport du 14 juillet 2003 (doc. 4, pp. 77 à 79). L'intéressé a séjourné dans le service de réadaptation neurologique de la Clinique D. \_\_\_\_\_ du 11 août au 2 septembre 2003. Dans un rapport de synthèse du 17 septembre 2003, les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et G. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de syndrome post-commotionnel à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral léger avec plaie du cuir chevelu et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive en tant que co-morbidités, étant précisé que l'assuré a fait l'objet d'un consilium psychiatrique le 14 août 2003 auprès Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (doc. 4, pp. 65-66) et qu'un passage aux ateliers avait été rapidement interrompu (doc. 4, p. 67).

Dans un rapport médical du 10 février 2004, le Dr AA. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a mentionné avoir procédé à un examen neurologique de l'assuré à la demande de la CNA. S'agissant de l'appréciation du cas, il a notamment exposé que l'examen clinique pratiqué avait montré un patient très algique et démonstratif avec de nombreuses atypies au status (marche spontanée hésitante et boitillante avec un caractère très démonstratif, station pieds joints et la marche un

ped devant l'autre tantôt instables, tantôt encore normalement possibles, épreuves de coordination avec dysmétrie tout à fait atypique et démonstrative contrastant, examen de la sensibilité très atypique). Il a conclu à la survenue d'une décompensation psychologique majeure, expliquant les plaintes présentées à la suite du TCC survenu le 26 juin 2003.

Il ressort du dossier de la CNA que l'assuré a été suivi par l'Unité de psychiatrie ambulatoire de [...]. Dans un rapport du 27 février 2004, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a exposé que l'assuré présentait une modification durable de la personnalité après l'accident (F 62.8) et un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, réactionnel à l'accident (F 32.2). Il a en outre précisé avoir entamé un suivi psychiatrique ambulatoire de soutien à raison d'un entretien par mois destiné à évaluer l'évolution et adapter le traitement médicamenteux.

Par décision du 25 juin 2004, confirmée sur opposition le 7 septembre 2004, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 30 juin 2004, estimant que les troubles pour lesquels l'assuré était encore en incapacité de travail étaient désormais du ressort de son assurance-maladie, puisqu'ils n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident. La CNA a en outre considéré que les conditions requises pour l'octroi de prestations supplémentaires (rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité) n'étaient pas remplies en l'absence de séquelles susceptibles de réduire la capacité de gain de façon appréciable et d'atteinte durable à l'intégrité physique ou mentale due à l'accident (doc. 4, pp. 6 à 10).

**c)** Le cas a alors été pris en charge par J.\_\_\_\_\_, (ci-après : J.\_\_\_\_\_), assureur perte de gain en cas de maladie (cf. doc. 9, p. 4).

B.\_\_\_\_\_ SA a résilié le contrat de travail de Z.\_\_\_\_\_ le 23 août 2004 pour le 30 octobre 2004 (doc. 9, p. 4).

J.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise psychiatrique du recourant confiée au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport le 18 novembre 2004. D'un point de vue psychopathologique, le Dr L.\_\_\_\_\_ a noté que le tableau clinique était surtout caractérisé par le comportement théâtral et démonstratif de l'intéressé, ainsi que de nombreuses atypies et contradictions observées à l'examen clinique et à l'interrogatoire médical, conduisant à l'absence de maladie psychiatrique avec effet sur la capacité de travail (doc. 14, spéc. p. 16).

Selon le dossier de la cause, au 17 février 2005, J.\_\_\_\_\_ n'avait pas versé d'indemnités journalières à l'assuré (doc. 16, p. 1).

**B.** Le 2 septembre 2004, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'OAI a confié une expertise psychique au Dr L.\_\_\_\_\_. Dans un rapport d'expertise du 21 octobre 2005, celui-ci a maintenu les conclusions de son rapport le 18 novembre 2004, faisant les mêmes observations cliniques qu'une année auparavant. (doc. 25, p. 11).

Par décision sur opposition du 26 mars 2008, confirmant une décision du 21 février 2006, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2004 au 30 septembre 2004, retenant qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2004, la capacité de travail de l'intéressé était entière dans toute activité.

Dite décision est entrée en force.

Dans un rapport du 7 juillet 2008 les intervenants des ateliers [...] ont exposé que l'assuré avait suivi un stage de réhabilitation du 14 juin 2007 au 12 février 2008 (activité protégée de 10 %). Ils ont relaté que l'assuré n'avait jamais réalisé une tâche complète dans le cadre des

activités. Il était très difficile pour lui d'assumer ses besoins de première nécessité (orientation dans le temps et dans l'espace, accès aux toilettes, communication avec autrui), ceci sans donner l'impression d'être un simulateur. Son rendement était quasi inexistant et une activité professionnelle dans le circuit traditionnel ne leur paraissait pas envisageable.

Par courrier du 19 septembre 2008, la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au centre de [...], a déclaré qu'elle appuyait la demande de rente de son patient, notamment en raison des observations des moniteurs socio-professionnels de l'assuré à [...].

**C. a)** Le 1<sup>er</sup> octobre 2008, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une dépression et d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive.

L'OAI a requis des renseignements médicaux auprès de la Dresse S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 15 janvier 2009, Celle-ci a attesté un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques présent depuis 2006. Elle a exposé que l'état général de son patient ne cessait de s'aggraver, le patient étant renfermé sur lui-même et le contact difficile. Son pronostic était vraiment mauvais, sans aucune amélioration à espérer. Elle estimait son patient incapable de travailler. Elle a joint un rapport médical du 12 mars 2008 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui a retenu un état psychotique, associé à des troubles de l'équilibre d'origine incertaine (imprégnation neuroleptique ? syndrome tardif après neuroleptique ? maladie de Huntington ? maladie de Wilson ?). Elle a en outre produit un rapport d'imagerie par résonance magnétique du 12 février 2009 qualifiée de normale. En effet, l'aspect était inchangé depuis 2003 avec une lésion centimétrique pariétale gauche, non caractérisable (possible hématome ou angiome), mais d'allure et évolution non inquiétantes.

Dans un rapport médical du 4 mai 2009, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient de modification durable de la personnalité après un accident professionnel (présent depuis 2003), d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (présent depuis 2006), de syndrome douloureux somatoforme persistant (présent depuis 2003) et de troubles cognitifs sans précision (diagnostiqué dès août 2003). Elle a indiqué qu'un test d'Hamilton avait été coté à 36 en date du 16 mars 2009. Elle a ajouté que son patient remplissait tous les critères de Mosimann, à savoir qu'il souffrait d'une affection corporelle chronique sous forme de céphalées violentes persistantes, de douleurs chroniques à la nuque et aux membres inférieurs, d'une perte d'intégration sociale, un retrait étant constaté dans tous les domaines de sa vie, d'un état psychique cristallisé, avec péjoration graduelle malgré de nombreuses approches thérapeutiques, tous les traitements ayant été voués à l'échec. Elle a également transmis un rapport du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ (Prof. BB.\_\_\_\_\_) faisant suite à un examen neuropsychologique du 19 janvier 2009. Par rapport à l'examen pratiqué en août 2003, il a été constaté une péjoration globale des fonctions cognitives, mais les performances observées étaient difficilement interprétables, en raison de discordances importantes dans les performances de l'examen. La Prof. BB.\_\_\_\_\_ a considéré qu'il existait une contre-indication à la conduite automobile.

Par avis médical du 13 juillet 2009, le Service médical de l'assurance-invalidité a considéré qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux au dossier attestant une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Par décision du 7 octobre 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, considérant que l'assuré n'avait rendu vraisemblable aucun argument étayé et pertinent, ni apporté d'éléments nouveaux quant à sa situation médicale.

**b)** Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans, a, par jugement du 20 septembre 2011 (AI 531/09 - 429/2011), admis le recours et annulé la décision rendue le 7 octobre 2009 par l'OAI, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. La Cour de céans a notamment considéré qu'il subsistait des incertitudes quant à savoir si l'état de santé de l'assuré s'est effectivement péjoré jusqu'à la date de la décision attaquée, au point d'entraîner une incapacité de travail et de gain durable pouvant, le cas échéant, ouvrir droit à une rente.

**c)** Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une nouvelle expertise. Celui-ci a notamment pris connaissance d'un consilium du 14 mars 2012 du service de neurologie du Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_) (doc. 137, pp. 30 à 32) qui, au terme d'une évaluation comprenant l'examen neurologique clinique, un électroencéphalogramme (EEG), une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale et une mesure de débit sanguin cérébral, a conclu à un tableau clinique difficile à interpréter, complexe, dans une situation comprenant de probables « comorbidités psychiatriques, des barrières linguistiques culturelles et un niveau socioéconomique bas » (donc 137, p. 31). Les spécialistes du Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_ ont évoqué un syndrome parkinsonien tardif lié à la prise de neuroleptiques. Dans son rapport du 12 mai 2012 (doc. 137, pp. 1 à 29), le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait état d'un épisode dépressif moyen avec une bonne probabilité (F 32.1) et d'un trouble somatoforme indifférencié, sans plus (F 45.1), diagnostic provisoire (doc. 137, pp. 16 et 24). Il n'a toutefois pas pu formellement retenir d'incapacité de travail psychiatrique au vu de son appréciation globale et des incertitudes diagnostiques (doc. 137, p. 16, pp. 18-19 et p. 23). Se refusant à tout pronostic, il a estimé qu'il convenait de mandater un expert neurologue afin qu'il se prononce sur les limitations et les incapacités éventuelles qui relèveraient spécifiquement de la neurologie (doc. 137, pp. 21 à 23 et pp. 25 à 27).

Entre temps, l'OAI a versé au dossier de la cause un rapport de la Dresse S.\_\_\_\_\_, daté du 19 juin 2012 et les rapports du Service de neurologie Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ daté des 14 mars 2012 et 4 février 2013, ainsi que de la Consultation spécialisée de la mémoire du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ des 24 septembre 2014 et 21 janvier 2015.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et expert neurologue mandaté par l'OAI a rendu son rapport le 5 juin 2015 (doc. 205). Celui-ci a identifié des troubles cognitifs atypiques d'origine non précisée, possiblement d'origine fonctionnelle (R 41.8), des troubles de la marche et de l'équilibre d'origine indéterminée, également atypiques (R 26), des céphalées chroniques inexplicées (R 51) et un possible syndrome parkinsonien post exposition aux neuroleptiques (G 21.1) (doc. 205, p. 8), précisant que sur le plan physique il n'y avait pas de limitation à proprement parler, puisque celle-ci semblait être en relation avec une origine extra-neurologique, probablement psychique (doc. 205, p. 9).

Par rapport du 17 juillet 2015, les médecins de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de [...] ont décrit une évolution défavorable depuis janvier 2013, le patient, avec le temps, se renfermant de plus en plus sur lui-même diminuant ainsi considérablement les possibilités d'une psychothérapie.

Dans un rapport du 29 juillet 2015, la Dresse, U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie aux Hôpitaux V.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était fluctuant, l'examen neurologique montrant un tremblement de repos intermittent très variable, une lenteur dans la marche, caractérisée par des lâchages brusques du genou gauche. Elle a conclu à ce que le tremblement ne correspondait pas à un caractère typique de maladie de Parkinson, suggérant l'existence d'un trouble neurologique fonctionnel, le trouble de la marche s'inscrivait dans le même diagnostic. A son avis, l'assuré souffrait essentiellement de douleurs chroniques, justifiant une prise en charge en physiothérapie douce en piscine. Elle a émis un pronostic est défavorable.

**d)** Afin d'établir l'évolution de l'état de santé et des limitations fonctionnelles de l'assuré depuis 2008 et pour tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique, qu'il a confiée aux Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (avis SMR du 6 octobre 2015 [doc. 227] et communication de l'OAI du 8 février 2016 [doc. 232]). L'assuré a acquiescé à dite expertise par courrier de son conseil du 21 février 2016 (doc. 233).

Dans son rapport du 15 juillet 2016, le Dr O.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur d'intensité modérée et présentation atypique et d'un trouble anxieux non spécifique, les deux chez un assuré à faibles ressources présentant des traits histrioniques depuis au moins l'année 2012, date de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ (doc. 236 pp. 17-18). Il a conclu à une capacité de travail nulle en toute activité depuis le mois de mai 2012 (doc. 236 p. 21).

Dans son rapport du 6 octobre 2016, le P.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de syndrome somatoforme sévère avec atteinte purement fonctionnelle, sensitivomotrice et cognitive (doc. 239, p. 11), concluant qu'il n'existait pas de limitation neurologique organique de travail, dans aucun domaine, mais que l'atteinte fonctionnelle sensitivomotrice et cognitive était incompatible avec toute activité lucrative et ménagère (doc. 239, p. 13). Le Dr P.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il avait tenté de joindre le Dr O.\_\_\_\_\_ à plusieurs reprises, sans succès autre que celui de recevoir le rapport de l'expert-psychiatre déjà finalisé. Il a ajouté qu'il avait tenu compte des conclusions émises par le Dr O.\_\_\_\_\_ dans son rapport pour formuler les siennes (doc. 239, p. 1).

Interpellé par l'OAI le 28 octobre 2016 (doc. 243) et par son confrère et co-expert (doc. 244, p. 1), le Dr O. \_\_\_\_\_ n'a pas donné suite à la requête de consilium bidisciplinaire exigé par l'autorité.

Le 23 mars 2017, l'assuré a bénéficié d'un plan de traitement médicamenteux prescrit par la Dresse S. \_\_\_\_\_.

**e)** Conformément à l'avis SMR du 26 avril 2017 (doc. 254) et selon communication du 7 juin 2017, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire et mandaté le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la Dresse I. \_\_\_\_\_ spécialiste en neurologie, du A. \_\_\_\_\_ (doc. 257). Contestée par l'assuré (doc. 270), l'OAI a maintenu cette nouvelle expertise par correspondance du 20 juillet 2017 (doc. 273). Il a expliqué que d'une part, le Dr P. \_\_\_\_\_ concluait à une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité alors qu'il ne retenait aucune atteinte neurologique, sortant ainsi de son champ de compétence, et que d'autre part, le Dr O. \_\_\_\_\_ retenait, sans en justifier les raisons, une incapacité de travail totale dans toute activité alors qu'il qualifie la situation d'inchangée depuis l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ datée du 12 mai 2012, ce dernier ne retenant pas d'atteinte psychiatrique invalidante (doc. 274).

Le Dr E. \_\_\_\_\_ et la Dresse I. \_\_\_\_\_ ont déposé un rapport commun le 6 octobre 2017 (doc. 281). Ils ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de traumatisme crânio-cérébral du 26 juin 2003, d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique depuis l'année 2003 (F32.11), de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) (doc. 281, p. 36). Ils n'ont pas identifié de limitations fonctionnelles, concluant que la capacité de travail était entière sur le plan neurologique et sur le plan psychique (doc. 281, p. 35 et pp. 36-37). Les experts ont exposé qu'après l'accident du 26 juin 2003, l'assuré avait d'emblée développé un tableau douloureux caractérisé par l'aspect non systématisé des symptômes, les discordances, les éléments de majoration et autres incohérences, relevant que ces éléments étaient

détaillés dès la première évaluation neurologique par le Prof. R. \_\_\_\_\_ le 14 juillet 2003. Restant essentiellement douloureux, le tableau clinique ne permettait pas d'évoquer une symptomatologie neurologique d'origine fonctionnelle. Pour les experts, les différentes évaluations successives étaient cohérentes (doc. 281, pp. 32-33). S'agissant de l'aspect douloureux fonctionnel, les experts ont observé que l'assuré n'avait adhéré à aucun suivi axé sur la douleur et que le monitoring thérapeutique effectué lors de cette expertise montrait des taux tous infrathérapeutiques. Ils ont souligné les discordances entre les plaintes présentées et la non-adhérence au suivi proposé, et essentiellement entre les plaintes présentées et les aptitudes au quotidien, qui évoquaient une recherche de bénéfices secondaires (doc. 281, p. 33). Pour les experts, l'appréciation diagnostique s'est révélée extrêmement difficile sur le plan psychique en raison de l'importance des plaintes subjectives, du contraste par rapport à l'observation clinique et de la majoration importante des symptômes et du monitoring thérapeutique, qui montrait des problèmes de compliance au traitement antidépresseur et antalgique. Selon les experts, une modification durable de la personnalité après traumatisme n'est pas établie vu les circonstances de l'accident et de la présentation clinique, de sorte qu'ils ont estimé que l'assuré était pris dans un processus d'invalidation et de névrose de rente (doc. 281, pp. 34-35).

**f)** Le 25 octobre 2017, l'OAI a adressé au recourant un projet de décision rejetant la demande de mesures professionnelles et de rente, projet contesté par le recourant (doc. 289 et 295), mais confirmé le 2 mars 2018 par décision et motivation séparée du même jour au motif que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante et que l'expertise du A. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2017 était probante.

**D.** **a)** Le 20 avril 2018, Z. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité selon précisions à donner le cas échéant en cours d'instance, subsidiairement au renvoi pour complément d'instruction. Le recourant a fait valoir que la dernière expertise du A. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2017 devait être écartée, l'assureur n'ayant pas un droit à une nouvelle expertise

jusqu'à ce que celle-ci comporte des conclusions qui lui convienne. Sur le fond, il a considéré que la Dresse I.\_\_\_\_\_ et le Dr E.\_\_\_\_\_ ne se s'étaient pas expliqués de façon argumentée et précise sur leurs divergences avec les Drs O.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ antérieurement sollicités sur le même cas. Il a soutenu que les rapports d'expertises des Drs O.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ possédaient une pleine valeur probante. Il a fait valoir que la jurisprudence du Tribunal fédéral visait à éviter que des appréciations sectorielles de médecins consultés séparément pour un avis dans leur domaine de spécialité respectif les conduisent à minimiser l'incapacité globale d'un assuré, cet écueil étant inexistant lorsque, comme la présente affaire, chaque spécialiste avait conclu, au regard des atteintes de l'expertisé dans son domaine de spécialité, à une incapacité totale, même dans une activité adaptée. Quant à la spécialité du Dr P.\_\_\_\_\_, elle est corrigée par l'appréciation du Dr O.\_\_\_\_\_, qui a aussi conclu, pour ce qui concernait même la dimension psychique seule, à une incapacité totale dans toute activité. Il a en outre sollicité une expertise judiciaire et requis son audition par la Cour.

**b)** Par décision du 23 avril 2018, le juge instructeur a accordé à Z.\_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au au 20 avril 2018 et l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Carré.

**c)** L'OAI a déposé une réponse le 29 mai 2018, concluant au rejet du recours. Il y a expliqué les raisons qui l'ont poussé à mettre en œuvre une nouvelle expertise auprès du A.\_\_\_\_\_ : à réception des rapports d'expertise des Drs O.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, il a constaté que le second sortait de son champ de compétence dans la mesure où il concluait à une incapacité de travail totale dans toute activité alors même qu'il ne retenait aucune atteinte neurologique et, d'autre part, que le premier retenait une incapacité de travail totale dans toute activité alors qu'il qualifiait la situation d'inchangée depuis l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ du 22 mai 2012 qui expliquait ne pas pouvoir formellement retenir d'incapacité de travail psychiatrique, ceci sans expliquer les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis de son confrère.

**d)** Le recourant a répliqué le 16 août 2018 soutenant que le Dr M. \_\_\_\_\_ avait estimé qu'en cas de mise en œuvre d'une expertise neurologique et que si celle-ci ne permettait pas de conclure à des troubles incapacitants, la question serait celle d'un trouble somatoforme ou d'un trouble apparenté tellement grave et exceptionnel pour que, d'un point de vue médico-théorique, il ne soit pas raisonnablement exigible que l'intéressé rejoigne le monde ordinaire du travail en plein ou avec un rendement ou un temps de travail partiel. Or, selon l'avis du recourant, telle est précisément le cas de figure avec l'expertise bidisciplinaire du A. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2017, mais aussi déjà avec l'expertise neurologique du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 5 juin 2015. Il en conclut que le Dr P. \_\_\_\_\_ était compétant pour poser le diagnostic de syndrome somatoforme sévère avec atteinte purement fonctionnelle, sensitivomotrice et cognitive, soit le cœur de sa spécialité. Il a maintenu ses conclusions et réquisitions.

**e)** L'intimé a dupliqué le 10 septembre 2018, maintenant sa position. Pour l'office, les expertises au dossier ne mettent pas en évidence une aggravation significative depuis la précédente décision en force du 26 mars 2008.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de Pâques auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a et 96 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure

administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de

travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

En vertu de 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, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. En outre, d'après l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. De surcroît, le droit à la rente ne naît pas tant que la personne assurée peut prétendre à une indemnité journalière selon l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

**c)** Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C\_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1).

**d)** Le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 LAI, signifie que la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 2016 p. 532 et les références citées). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande

présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, *op. cit.*, n. 2018 p. 533 et les références citées).

**4. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

**b)** Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse ; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées,

l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; I 67/2002 du 2 décembre 2002 consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2. in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter 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. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 75 consid. 3.2).

**d)** En l'espèce, l'OAI est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, déposée seulement quelques semaines après l'entrée en force de la décision de refus de rente. Il y a lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de

fait existant au moment de la décision sur opposition du 26 mars 2008 et la décision litigieuse.

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

**b)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

**6. a) aa)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al.2 , 2<sup>e</sup> phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). La jurisprudence prévoit que ce principe peut souffrir des exceptions, en particulier lorsque les conséquences du trouble sont mises en évidence de façon convaincante et motivée sur le plan médical, alors qu'une expertise complémentaire sur le plan psychiatrique ne changerait rien aux constatations médicales (TF 9C\_422/2016 consid. 5.2). La jurisprudence admet aussi qu'un neurologue puisse poser un diagnostic psychiatrique relatif à des troubles psychosomatiques (TF 9C\_558/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2.2 ; 9C\_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.3.1 ; 9C\_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.2), il n'en demeure pas moins que le trouble doit être rendu vraisemblable.

**bb)** En ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2).

**b) aa)** Dans deux arrêts récents (ATF 143 V 418 ; 143 V 409), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente de l'assurance invalidité en cas de troubles psychiques. Il a

considéré que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble sur la capacité de travail (ATF 130 V 418 consid. 6). Le Tribunal fédéral a dressé un parallèle entre la problématique des troubles psychiques et l'évolution récente de la jurisprudence concernant des troubles douloureux sans causes organiques explicables (troubles somatoformes douloureux) et troubles psychosomatiques analogues, développée dans l'ATF 141 V 281.

Le Tribunal fédéral a en substance retenu que pour les maladies psychiques, et non seulement dans le cas de troubles somatoformes, le substrat nécessaire à l'administration d'une preuve directe permettant de conclure à une incapacité de travail faisait défaut. L'administration de la preuve doit donc se faire de manière indirecte, à l'aide d'indicateurs (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et les références citées). En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Dans ce contexte, les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, établies le 16 juin 2016 par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP), faisant expressément référence à l'arrêt 141 V 281, gardent toute leur pertinence. Une administration des preuves structurées similaire à celle prévalant en matière de troubles somatoforme douloureux doit dès lors s'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.2), dont les troubles affectifs et les troubles dépressifs de gravité légère ou moyenne, le critère de la résistance à la thérapie ne pouvant à lui-seul résoudre la question de l'incapacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 7.1, 409 consid. 4.4 et 4.5.2).

Au vu des pathologies psychiatriques retenues par les différents médecins au cours de la présente procédure, il se justifie d'examiner les critères d'évaluation développés par le Tribunal fédéral en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 et jurisprudence citées). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral

a donc abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). Cette modification jurisprudentielle n'influe pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**bb)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une affection psychosomatique assimilée suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; ATF 131 V 49). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une

atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

**c) aa)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Il s'agit d'évaluer la situation révélée par les indicateurs. Plus les indicateurs seront marqués (degré de gravité fonctionnel et de cohérence seront importants), moins l'assuré disposera de ressources mobilisables en vue de surmonter les effets de l'atteinte à la santé et de fournir l'effort exigible de sa part (Schmerzrechtsprechung 2.0, p. 8, *in* Jusletter du 29 juin 2015, p. 11).

**bb)** La grille d'évaluation développée dans l'arrêt ATF 141 V 281 comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé (funktioneller Schweregrad), avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

**cc)** La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence (Konsistenz) entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi,

d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (ATF 141 V 281 consid. 4.4 ; 9C\_862/2014 du 17 septembre 2015, consid. 3.2). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4).

**dd)** Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence intervenu à l'arrêt 141 V 281 ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281, consid. 8, TF 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1 ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.). N'étant pas remise en cause par les arrêts TF 8C\_841/2016 et 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017, il y a lieu de se tenir à cette jurisprudence.

**d)** Il convient de rappeler que selon la jurisprudence, il découle du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS

0.101), que l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. Ce principe couvre également le manque de neutralité d'un expert membre de l'autorité décisionnelle, le refus de procéder à une expertise pour éclaircir des questions de faits décisives ou encore le droit de consulter, respectivement de discuter un rapport d'expertise (Olivier Bigler *in* Luc Gonin/Olivier Bigler, Convention européenne des droits de l'homme, Commentaire des articles 1 à 18 CEDH, 2018, n. 171, 174 et 180 ad art. 6 CEDH [volet civil] et les références citées).

**7.** En l'occurrence, il convient d'examiner en premier lieu si les expertises réalisées par les Drs O.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ permettaient de se prononcer sur l'existence d'une nouvelle atteinte invalidante, puis, si tel n'est pas le cas, d'examiner si l'expertise du A.\_\_\_\_\_ permettait de se prononcer et si elle répond aux réquisits jurisprudentiels.

En revanche, on ne distingue pas de question singulière d'égalité des armes au sens de la jurisprudence citée au consid. 5d ci-dessus. En effet, la problématique en cause relève de la valeur probante des expertises litigieuses, le recourant n'ayant pas été empêché de faire valoir ses moyens dans le cadre de la procédure administrative où il était de longue date assisté d'un avocat, étant observé qu'il a pu contester tant la mise en œuvre de l'expertise du A.\_\_\_\_\_ que ses conclusions à la suite de l'interpellation de l'OAI (doc. 257 et 270) et du projet de décision du 25 octobre 2017 (doc. 289 et 295). Au surplus, on rappelle que par le dépôt du présent recours, l'intéressé a eu la possibilité de s'exprimer devant une autorité jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

**a) aa)** Sur le plan neurologique, le rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2016 a relevé que les épreuves de coordination étaient dominées par des mouvements anarchiques avec une pseudo dysmétrie manquant la cible parfois à plus de 15 cm, sans aucune tentative de correction, et sans asymétrie. Ce spécialiste a observé une

pseudo perte d'équilibre lors des tests posturaux, avec rattrapage démonstratif aux objets environnants, mais sans chute (doc. 239, p. 7). Ce spécialiste a constaté que l'examen neuropsychologique initial pratiqué par le Prof. R. \_\_\_\_\_ le 14 juillet 2003 (doc. 4, pp. 77 à 79) avait déjà mis en évidence des résultats déficitaires dans différents domaines et difficilement interprétables en raison de discordances importantes dans l'examen clinique neurologique clinique et d'une collaboration fluctuante du recourant. Il a observé que le dernier examen neuropsychologique pratiqué au Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_ en 2009 avait révélé par rapport à 2003 une péjoration globale des fonctions cognitives, mais que les performances observées étaient difficilement interprétables en raison de discordances importantes (doc. 107, p. 23). Le Dr P. \_\_\_\_\_ a remarqué que le recourant était d'emblée fatigué, peu impliqué et présentait des mimiques douloureuses de moins en moins accentuées au fil de l'examen. Selon lui, l'examen de l'intéressé mettait en évidence des scores déficitaires dans différents domaines. Il en a conclu que, du fait de certaines discordances objectivées à l'examen clinique, avec, de surcroît, un test de validation montrant des performances évocatrices d'un effort cognitif suboptimal, les résultats de l'examen neuropsychologiques étaient à interpréter dans ce cadre (doc. 239, pp. 7-8).

Le Dr P. \_\_\_\_\_ n'a relevé aucune anomalie suggérant une atteinte neurologique organique, que ce soit sur le plan des plaintes elles-mêmes ou au niveau du status, au niveau moteur, sensitif, de la coordination ainsi qu'au niveau cognitif. Il a observé un échec aux épreuves de validation des symptômes, compatible avec des troubles fonctionnels associés à une autolimitation des efforts cognitifs. Il en a déduit que le recourant souffrait d'un syndrome somatoforme purement fonctionnel, sans aucune séquelle post-traumatique organique et sans composante neurodégénérative ou d'une autre nature cérébrale organique (doc. 239, p. 8). Il a souligné l'aspect disproportionné de troubles initialement post-traumatiques, la nature relativement bénigne du traumatisme, et l'absence de lésion traumatique détectable au niveau du système nerveux. Le tableau actuel chronifié associant douleurs, troubles cognitifs et la mobilisation était par ailleurs sans correspondance

organique et en totale disproportion avec les capacités sensitivomotrices de base préservées du recourant. Dans le cadre de ces troubles fonctionnels, le Dr P.\_\_\_\_\_ a constaté l'aspect d'exagération d'une symptomatologie sans substrat organique, cet aspect persistant globalement inchangé, et perturbant l'ensemble des épreuves neurologiques et cognitives. Il a ajouté que, l'échec du recourant aux tests neuropsychologiques témoignait d'une autolimitation à l'effort cognitif et correspondait à l'incohérence des résultats observés dans les différents domaines (doc. 239, pp. 9-10).

Il a posé le diagnostic de syndrome somatoforme sévère avec atteinte purement fonctionnelle, sensitivomotrice et cognitive. A son avis, il n'existait pas de limitation neurologique organique à la capacité de travail, dans aucun domaine. En revanche, l'atteinte fonctionnelle sensitivomotrice et cognitive était incompatible avec toute activité lucrative et ménagère (doc. 239, pp. 11 à 13).

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a ainsi posé le diagnostic de trouble somatoforme sévère, toutefois à titre purement descriptif de la symptomatologie (doc. 273). Sur le plan neurologique, il n'a constaté aucune limitation à la capacité de travail. Selon la jurisprudence, la reconnaissance d'une invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'un trouble somatoforme douloureux ou d'autres troubles psychosomatiques comparables suppose au préalable qu'un diagnostic psychiatrique relevant de ce champ pathologique ait été posé selon les règles de l'art. En d'autres termes, l'avis d'un spécialiste, en l'occurrence d'un psychiatre, était nécessaire s'agissant de se prononcer sur l'incapacité de travail que ce genre de troubles était susceptible d'entraîner chez le recourant. Or, il convient d'examiner si le rapport psychiatrique rendu en parallèle pose formellement ce diagnostic.

**bb)** Sur le plan psychique, le Dr O.\_\_\_\_\_ a relevé que la motivation du recourant était extrêmement difficile à évaluer, d'une part il a déclaré vouloir travailler et s'en sentir apte et d'autre part il a considéré qu'il n'y avait rien à changer dans sa manière d'être ou de faire. Le Dr

O.\_\_\_\_\_ a noté en outre que, par rapport à un éventuel état de stress post-traumatique, une absence de reviviscences ou de conduites d'évitement, une absence d'hyper-activation neuro-végétative et un émoussement affectif ; le recourant évoquait des cauchemars qui n'étaient pas des images de l'accident, mais des bruits d'animaux. L'intéressé n'avait présenté aucun symptôme d'angoisse lors de l'entretien. S'agissant de la lignée dépressive, il n'y avait pas d'hypoaboulie ou d'anhédonie rapportée, le recourant n'évoquant pas d'idées de ruine ni de sentiment d'inutilité. Il paraissait indifférent à tout. Il ne présentait aucun trouble formel de la pensée sous forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y avait pas d'idées délirantes simples ou systématisées. Il n'y avait pas de troubles de la perception sous forme d'hallucinations auditives, visuelles, olfactives ou cénesthésiques. Le Dr O.\_\_\_\_\_ a constaté que subjectivement le recourant se plaignait de ne plus avoir de force dans la tête, comme un sac au niveau de la nuque et évoquait également une sensation d'instabilité ainsi qu'une faiblesse des membres inférieurs. Objectivement ce spécialiste a observé un repli sur soi et une discordance des symptômes présentés qui évoquaient un trouble somatoforme. L'examen ne parlait en outre pas en faveur d'une claustrophobie ni d'une agoraphobie (doc. 236, pp. 13-14).

Selon le Dr O.\_\_\_\_\_, il était difficile de parler d'une exagération ou d'une théâtralisation des symptômes chez le recourant (doc. 236, p. 16) vu l'observation de la même symptomatologie faite par hasard en ville par le Dr M.\_\_\_\_\_ (qui, on le rappelle, n'a pas retenu d'incapacité de travail). Le Dr O.\_\_\_\_\_ a toutefois relevé la discordance saisissante entre certains des symptômes présentés et/ou évoqués par la famille et d'autres aspects de son fonctionnement au quotidien. Il a qualifié cette discordance de grossière et noté qu'elle ne semblait correspondre à aucun des syndromes décrits dans la nosologie actuelle (trouble de somatisation, trouble factice ou trouble somatoforme). Le Dr O.\_\_\_\_\_ a remarqué qu'il ne paraissait pas exister chez l'intéressé une attitude de recherche de traitement ou de réponse médicale. Il a constaté que c'était comme si le recourant se contentait de l'attention qu'il recevait de la part de son entourage. Globalement, il retenait une involution du

fonctionnement global de l'expertisé avec perte de liens sociaux et de l'autonomie (doc. 236, p. 16).

L'étude anamnétique ne parlait pas en faveur d'un trouble de la personnalité précédant l'accident de 2003. Le Dr O.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de diagnostic de trouble de la personnalité, à cause du manque d'hostilité, du sentiment de vide ou de désespoir et du sentiment d'être sous tension. Il a observé en revanche une attitude de détachement et des somatisations qui pouvaient évoquer une certaine hystérisation de la souffrance (doc. 236, pp. 16-17).

Le Dr O.\_\_\_\_\_ a indiqué que les ressources personnelles du recourant paraissaient actuellement très limitées et que le pronostic était défavorable du fait de sa longue période d'incapacité, ajoutant que, même en présence d'une pathologie à présentation atypique, il était forcé de reconnaître la chronicité des troubles et son impact dans toutes les sphères de la vie de l'intéressé. Le tableau clinique de l'expertisé était protéiforme et ne semblait pas correspondre à une entité clinique précise. Au niveau cognitif, les déficits étaient peu systématisés, également inhabituels et d'origine non précisée (recourant désorienté, mais pouvant selon ses dires conduire la voiture, rester seul à domicile et même quitter celui-ci pour aller faire des promenades en ville). Au niveau moteur, l'origine était indéterminée, mais les symptômes étaient atypiques. L'accident de 2003 était vécu comme traumatique (perte de connaissance, du sang partout, etc.), mais la clinique ne remplissait pas les critères en faveur d'un état de stress post-traumatique. Globalement, selon le Dr O.\_\_\_\_\_, les symptômes observés chez le recourant évoquaient ceux d'une névrose traumatique. Il a observé chez l'expertisé des symptômes anxieux et dépressifs d'intensité modérée et présentation atypique associés à des symptômes hystériques qui prenaient la forme de somatisations comme de la fatigue, des douleurs, des hyperesthésies, des crises psycho-émotives, des amnésies, etc. (doc. 236 p. 18).

Le Dr O.\_\_\_\_\_ a en définitive retenu un épisode dépressif majeur d'intensité modérée et une présentation atypique et un trouble

anxieux non spécifié, présents depuis au moins l'année 2012, soit à la date de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_. Se référant aux expertises du Dr L.\_\_\_\_\_ des 18 novembre 2004 et 21 octobre 2005, il a constaté que le tableau clinique paraissait relativement inchangé depuis lors et que le tableau clinique que dépeignait le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 mai 2012 était en tout point superposable à celui qu'il a lui-même observé (doc 236, p. 18). Toutefois, il a conclu à une incapacité de travail depuis au moins 2012, alors que les Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ n'arrivaient pas à cette conclusion (doc. 14, p. 18, doc. 25, p. 11 et doc. 137, p. 16, pp. 18-19 et p. 23). Or, le Dr O.\_\_\_\_\_ n'a pas justifié pour quels motifs en présence des tableaux cliniques semblables, il a abouti à des conclusions différentes de celles des deux autres experts psychiatres précités dont il a pourtant indiqué avoir consulté les rapports (doc. 236, pp. 4 et 9). En outre, il n'a pas expliqué les éléments qui lui permettaient d'admettre une aggravation notable et durable de l'état de santé du recourant conduisant à une incapacité de travail totale par rapport à l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_.

**cc)** Compte tenu de ces lacunes et contradictions non expliquées, la question de l'absence de conclusions communes entre les Drs P.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ peut rester indécise. Les motifs exposés ci-dessus suffisent à dénier toute valeur probante aux rapports des spécialistes susmentionnés, de sorte que l'intimé était fondé à requérir une nouvelle expertise bisdisciplinaire auprès d'autres spécialistes.

**b) aa)** Dans leur rapport du 6 octobre 2017, la Dresse I.\_\_\_\_\_ et le Dr E.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de traumatisme crânio-cérébral du 26 juin 2003, d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique depuis l'année 2003 (F32.11), de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) (doc. 281, p. 36).

S'agissant de la nuque, les experts ont observé que le recourant faisait de très importantes grimaces douloureuses, même avant

la palpation de la nuque. Ils n'ont cependant pas constaté de réaction de retrait ni de contracture musculaire au niveau cervical ou paracervical. L'examen de l'équilibre a révélé que la marche s'effectuait avec une boiterie changeante, concernant en majorité le membre inférieur gauche, l'intéressé montrant de très fréquentes réactions de rattrapage, mais l'examen de l'équilibre et de la démarche étaient objectivement parfaitement normaux du point de vue neurologique (doc. 281, p. 37). Les experts ont constaté une restriction marquée du champ de la pensée sur les plaintes somatiques, notamment les céphalées. L'expertisé ne paraissait pas particulièrement anxieux et il n'y avait pas de signes neurovégétatifs d'angoisse. L'intéressé ne semblait pas en prise à une souffrance particulièrement marquée. En fin d'entretien, il s'est montré un peu hésitant en se déplaçant ; cela a paru tout à fait démonstratif aux experts. Au surplus, l'intéressé n'était pas projectif ni méfiant ou interprétatif (doc. 281, p. 29).

Le comportement du recourant est qualifié de moyennement (neurologue) à très moyennement (psychiatre) collaborant, démonstratif et majorant (doc. 281, p. 29).

Les experts ont repris les diagnostics posés précédemment. Rappelant le traumatisme crânio-cérébral léger que le recourant a subi en 2003, ils ont relevé que la céphalée dont se plaignait le recourant était une céphalée prédominant dans la région pariétale gauche non congruente avec la localisation traumatique initiale. Ils ont examiné l'évolution d'une éventuelle symptomatologie neurologique et ont constaté à la fin de leur examen qu'aucun diagnostic neurologique ne pouvait être retenu (doc. 281, pp. 32-33). S'agissant de l'aspect douloureux fonctionnel qui a été évoqué, les experts ont indiqué que le recourant n'a adhéré à aucun suivi axé sur la douleur et que le monitoring thérapeutique effectué lors de l'expertise montrait des taux tous infrathérapeutiques. Les experts ont souligné l'existence de discordances marquantes entre, d'une part les plaintes présentées et la non-adhérence au suivi proposé, et d'autre part entre les plaintes présentées et les aptitudes au quotidien qui évoquait une recherche de bénéfices

secondaires. L'exemple le plus évident était celui de la poursuite de la conduite automobile, alors que les troubles neurologiques mis en évidence en janvier 2009 déjà, l'importance des plaintes et l'attitude de retrait témoignée lors des différents examens cliniques constituaient en principe une contre-indication formelle à la poursuite de la conduite d'un véhicule à moteur. En conclusion, les experts ont conclu que sur le plan strictement neurologique, il n'existait qu'un traumatisme crânien non incapacitant datant de 2003 (doc. 281, p. 33).

Sur le plan psychique, les experts ont relevé que sur la base des éléments anamnestiques, de leur observation et au vu de l'importance des plaintes subjectives et du contraste par rapport à l'observation clinique, l'appréciation diagnostique était extrêmement difficile, la Cour de céans ne pouvant que faire ici le parallèle avec les avis de la plupart des précédents experts ayant examiné le recourant (doc. 137 p. 25 et 28 [Dr M. \_\_\_\_\_] ; doc. 205, pp. 6-7 [Dr Q. \_\_\_\_\_] ; doc. 239, p. 9 [Dr P. \_\_\_\_\_] ; doc. 236, p. 18 [Dr O. \_\_\_\_\_]). Pour la Dresse I. \_\_\_\_\_, et le Dr E. \_\_\_\_\_, il y avait un syndrome douloureux somatoforme persistant, mais surtout une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les experts ont noté que le Dr M. \_\_\_\_\_ avait mentionné que le recourant n'avait pas eu de perte de connaissance au moment de l'accident et que selon des témoins, l'accident n'avait pas été impressionnant. La réponse à cet événement avait été d'emblée disproportionnée. Lors des évaluations neuropsychologiques, les comportements de majoration ont aussi été mis en évidence, plusieurs intervenants relevant le caractère atypique du tableau clinique (cf. doc. 14 p. 16 et doc. 25, p. 11 [Dr L. \_\_\_\_\_] ; doc. 137 p. 31 [Dr M. \_\_\_\_\_] ; doc. 239, p. 10 [Dr P. \_\_\_\_\_] ; doc. 236, p. 18 [Dr O. \_\_\_\_\_]). Les experts n'avaient aucun élément pour retenir une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe vu les circonstances de l'accident et de la présentation clinique. Ils ont conclu que le recourant était pris dans un processus d'invalidation et une névrose de rente. Concernant les douleurs et les symptômes physiques, le tableau clinique s'inscrivait plus dans une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques que dans un trouble somatoforme. En raison de la

description fréquente d'une majoration et d'une présentation atypique, les experts ont considéré que cela correspondait à une névrose de rente. Les experts ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique depuis l'année 2003 (F32.11), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), mais surtout de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). En définitive, pour la Dresse I.\_\_\_\_\_, et le Dr E.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était entière sur le plan neurologique et sur le plan psychique (doc. 281, pp. 34-35).

En règle générale, le rapport du A.\_\_\_\_\_ a été établi en tenant compte de la jurisprudence précitée (cf. consid. 5-6 ci-dessus), étant rappelé que les experts ont été invité à procéder à une nouvelle expertise à la suite d'une troisième expertise jugée non probante par l'administration pour les motifs justifiés retenus ci-dessus (cf. consid. 7a/cc ci-dessus). La Dresse I.\_\_\_\_\_ et le Dr E.\_\_\_\_\_ ont tenu compte des rapports médicaux et des expertises versés au dossier, ainsi que de l'historique médical (doc. 281, pp. 3-4 et 6 à 21). Le rapport est fondé sur une anamnèse bien fouillée (doc. 281, pp. 21 à 27), compte tenu des difficultés décrites par les experts à la prise de renseignements anamnestique (doc. 281, p. 21). Il est aussi établi sur la base d'un examen clinique neurologique et psychiatrique, ainsi que sur une analyse de laboratoire (doc. 281, pp. 27 à 30). La Dresse I.\_\_\_\_\_, et le Dr E.\_\_\_\_\_ ont exposé les constatations qu'ils ont pu faire lors de leurs examens ; ils ont posé des diagnostics et les ont justifiés.

**c)** Dès lors que les diagnostics ont été posés par les experts du A.\_\_\_\_\_, il convient d'examiner si ces diagnostics résistent aussi aux motifs d'exclusion déterminés par la jurisprudence, et si tel est le cas, de vérifier si les indicateurs proposés par le Tribunal fédéral permettent de retenir ou non que le recourant dispose encore des ressources nécessaires pour exercer une activité lucrative.

Les experts ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique depuis l'année 2003 (F32.11), de

syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), mais surtout de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ils ont étayé leur diagnostic par des observations allant clairement dans le sens d'une exagération, ces constats étant en outre largement confirmés par d'autres médecins au fil du temps. On peut mentionner en particulier les éléments suivants :

**aa)** Une tendance à l'accentuation et à la démonstration a été constatée par beaucoup de médecins. Ainsi, le 14 juillet 2003 déjà, le Prof. R. \_\_\_\_\_ observait des épreuves de coordination « caricaturale » avec pseudo ataxie fantaisiste, le patient se jetant dans diverses directions lors des épreuves de marche et de stabilisation. Il relevait que le patient paraissait présenter une « réaction psychique démesurée par rapport au TCC. » Le Dr AA. \_\_\_\_\_ constatait également l'attitude très démonstrative du patient au mois de février 2004 dans les épreuves de coordination tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs et dans la marche (doc. 17, p. 6). Au mois de novembre 2004, le Dr L. \_\_\_\_\_ relevait que le tableau clinique était surtout caractérisé par le comportement théâtral et démonstratif de l'assuré ainsi que de nombreuses atypies et contradictions observées à l'examen clinique et l'interrogatoire oral (doc. 14, p. 16) ; il notait que l'assuré adoptait une attitude très démonstrative et une démarche de boiterie atypique parfois en décharge de la jambe droite, parfois à d'autres moments, notamment lorsqu'il retournait à la salle d'attente, en décharge de la jambe gauche, celle-ci étant par ailleurs diminuée lorsqu'il ne se sentait pas observé ; en outre, lorsque le Dr L. \_\_\_\_\_ voulût tester les différents modes, l'assuré était démonstratif, non-collaborant, ce qui rendait l'examen impossible (doc. 14, p. 13). Lors de son hospitalisation en avril 2006, on signalait que le recourant avait un aspect d'allure dépressive peu authentique permettant de maintenir un statut de « malade » à travers duquel il existait auprès de son entourage, étant précisé que toute amélioration de son état était niée par le patient ; au cours des trois semaines d'hospitalisation, on constatait une amélioration du contact, une disparition du ralentissement psychomoteur et une nette diminution de la boiterie que l'assuré présentait lors de son admission.

Plus récemment, lors de l'examen neurologique opéré par le Dr P. \_\_\_\_\_ en octobre 2016, il est relevé de pseudo perte d'équilibre lors de tests posturaux, avec rattrapage démonstratif, et que les épreuves de coordination sont dominées par des mouvements anarchiques avec une pseudo-dysmétrie manquant la cible parfois à plus de 15 cm, sans aucune tentative de correction, et sans asymétrie (doc. 239, p. 7) ; lors de l'examen neuropsychologique, le Dr P. \_\_\_\_\_ a noté qu'il s'agit d'un patient à la collaboration fluctuante, d'emblée fatigué, peu impliqué et présentant des mimiques douloureuses de moins en moins accentuées au fil de l'examen (doc. 239, p. 8) ; le Dr P. \_\_\_\_\_ a rappelé qu'il avait déjà été relevé, dans le cadre des troubles fonctionnels, l'aspect d'exagération d'une symptomatologie sans substrat organique, cet aspect persistant globalement inchangé et perturbant l'ensemble des épreuves neurologiques et cognitives, étant précisé que lors des tests neuropsychologiques, les épreuves de validation sont échouées, témoin d'une autolimitation à l'effort cognitif, qui correspond bien à l'incohérence des résultats observés dans les différents domaines (doc. 239 p. 11 et 13).

Dans la dernière expertise, effectuée en 2017, la Dressel. \_\_\_\_\_ et le Dr E. \_\_\_\_\_ font état des éléments d'exagération et de démonstration suivants : une latence exagérée dans certaines réponses (doc. 281, p. 27) ; de très nombreuses grimaces douloureuses même avant la palpation de la nuque (doc. 281, p. 28) ne constatant cependant aucune réaction de retrait ni aucune contracture musculaire au niveau cervical ou paracervical ; un tremblement d'allure clairement volontaire prédominant au membre supérieur droit, très discret à gauche et au niveau du tronc, présent au repos et à l'attitude, aisément distractible ou sensible à la suggestion (doc. 281, p. 28 et 33) ; un examen de la force qui est sous-optimal, émaillé de lâchages ou de contractions/cocontractions volontaires et finalement normal après réassurance (doc. 281, p. 28). Les experts constatent en outre des grimaces ne correspondant pas à des dyskinésies oro-faciales, ainsi que des troubles de l'équilibre avec réactions de rattrapage n'évoquant pas, même de loin, une symptomatologie neurologique (doc. 281, p. 33). En fin

d'entretien, le recourant s'est montré un peu hésitant en se déplaçant, ce qui a paru tout à fait démonstratif aux experts ; ils s'accordent à considérer que le comportement de l'assuré comme moyennement à très moyennement collaborant, démonstratif et majorant (doc. 281, p. 29). Ils concluent qu'il existe d'évidents signes de démonstrativité et majoration, relevant l'exemple le plus criant dans la non-concordance entre les activités quotidiennes rapportées et les éléments du dossier, soit la conduite automobile (doc. 281, p. 35).

**bb)** Le recourant dispose d'une mobilité et d'un équilibre plus grands que prétendus. Le bilan neuropsychologique de 2003 constatait que le patient réussissait l'épreuve doigt-nez sans dysmétrie alors que les yeux fermés il frappait systématiquement à côté du nez sans jamais le toucher ; l'intéressé arrivait toutefois à attraper son pouce controlatéral des deux côtés les yeux fermés sans dysmétrie. Lors de l'épreuve talon-genou, l'assuré tapait à côté du genou des deux côtés alors qu'il glissait le long du tibia sans difficultés, ce qui rendait les résultats difficilement interprétables. Lors de l'expertise de 2017 (A. \_\_\_\_\_), le recourant passe avec succès les épreuves doigt-nez et talon-genou (doc. 281, p. 28). La marche s'effectue avec une boiterie changeante et le recourant montre de très fréquentes réactions de rattrapage alors que les examens de l'équilibre et de la démarche sont objectivement parfaitement normaux du point de vue neurologique (doc. 281, p. 28).

**cc)** Il existe des divergences dans les informations données par l'assuré et celles ressortant de son anamnèse. Le recourant a indiqué lors de chaque expertise qu'il avait eu une longue perte de connaissance lors de l'accident survenu en 2003, alors que tel n'est pas le cas. Le Dr L. \_\_\_\_\_ relevait que le recourant avait été victime d'un accident bénin en 2003 sans grand dommage physique, vérification faite auprès de témoins, même si le recourant en faisait un récit qui pouvait paraître parfois dramatique (doc. 25, p. 10). Selon les éléments recueillis par le Dr L. \_\_\_\_\_, le recourant aurait été un enfant affirmé, déterminé, seul à avoir réalisé des études supérieures dans sa famille ; de surcroît il aurait tenu tête à son père quand il s'était agi de se marier, sachant imposer ses

idées et son choix ; son épouse le décrivait comme un homme fort et solide psychiquement (doc. 14, p. 15) ; cette image ne coïncide pas avec l'apparente grande faiblesse et fragilité que le recourant tente de présenter à la suite de l'accident très bénin de 2003. Le Dr O.\_\_\_\_\_ a noté que le discours est normodébité et bien construit mais que son contenu est qualifié de pauvre par la traductrice (doc. 236, p. 14), ce qui ne semble pas correspondre avec son niveau d'étude ; il aurait en effet fait des études universitaires en droit (doc. 236, p. 15). Les experts I.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ constatent qu'après avoir indiqué avoir développé un tableau douloureux sous forme de céphalées à la suite de l'accident de 2003, sans évolution au jour de l'expertise, le recourant atteste d'une céphalée prédominant dans la région pariétale gauche non congruente avec la localisation traumatique initiale (doc. 281, p. 32). Par ailleurs, au fil des diverses expertises, on peut constater avec les experts que la maîtrise de la langue française par le recourant est très fluctuante, nécessitant régulièrement l'aide de l'interprète alors qu'il est en Suisse où il était bien inséré professionnellement depuis vingt-cinq ans à un âge (vingt-deux ans) où l'on a encore intactes toutes ses facultés d'apprentissage.

**dd)** Le recourant présente des discordances dans son comportement. En 2003, le bilan neuropsychologique effectué lors de son séjour à la Clinique D.\_\_\_\_\_ relevait des contradictions dans son comportement, où le patient n'oubliait jamais ses rendez-vous et n'oubliait jamais son chemin dans la clinique, alors qu'il présentait des déficits en mémoire antérograde et des troubles exécutifs. Ce bilan indiquait que les résultats étaient difficilement interprétables en raison des discordances importantes dans l'examen (résultat d'examen mauvais mais réussi du premier coup si le patient était fortement incité à collaborer). L'examen neuropsychologique pratiqué au Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ au mois de janvier 2009 notait également que les performances étaient difficilement interprétables en raison de discordances importantes dans les performances de l'examen. Le Dr O.\_\_\_\_\_ a noté que l'assuré reste parfois seul à la maison et qu'il lui arrive de sortir seul pour aller se promener en ville, faisant un parcours de plusieurs centaines de mètres sans traverser de rues, ce qui infirme sa prétendue désorientation. Lors de

l'expertise de 2017, le recourant présente une désorientation telle qu'il déclare être au troisième étage de l'immeuble alors qu'ils sont au premier étage ; pourtant il continue à conduire sa voiture (doc. 236, p. 12 et 14). Enfin, le recourant a déclaré aux experts que si les médecins le mettaient au travail, il travaillerait ; il n'a toutefois pas cherché de travail et semble aussi occulter comment il a mis en échec le stage qu'il a effectué à 10 % dans un atelier (doc. 281, p. 22).

**ee)** Le recourant tire des bénéfices de son comportement d'invalidé puisqu'il a réussi à organiser sa famille autour de son handicap. En outre, lorsqu'elle ne peut pas intervenir, il trouve les ressources nécessaires. En effet, son épouse aurait interrompu son ancienne activité pour s'occuper de lui (doc. 239, p. 6 et doc. 236 p. 2). A cet égard, on relève que la simulation et/ou l'exagération paraît également être pratiquée en présence de son épouse afin de conserver son soutien. Le recourant a été observé par hasard dans la rue par le Dr M. \_\_\_\_\_ boitillant de manière grotesque en présence de son épouse ; or, tout semble démontrer que la nécessité d'être démonstratif existe également à l'endroit de ses proches afin de maintenir leur soutien ; à cet égard, il est précisé que, lors de son hospitalisation en 2006, il avait également été relevé que le recourant existait auprès de son entourage à travers son statut de malade (doc. 40, p. 3). Le Dr O. \_\_\_\_\_ a aussi considéré que le pronostic est défavorable du fait de la longue période d'incapacité de travail du recourant, ajoutant que l'assuré est bien entouré par sa famille (doc. 236, p. 17 et 18).

Par ailleurs, le Dr L. \_\_\_\_\_ évoquait le caractère revendicateur des plaintes et les doléances financières de l'assuré en 2004 (doc. 14, p.13 et 14). Puis dans son nouvel examen de 2005, il déclarait assister à une attitude de mise en échec où la recherche de la compensation financière semblait prendre le devant du tableau clinique, constatant que dans ce type de situation, le pronostic semblait étroitement lié à la solution des problèmes de mise en invalidité et d'indemnisation (doc. 25, p. 10). Les experts I. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ mentionnent également que le recourant se plaint des prestations

insuffisantes du service social, de sorte qu'il doit se faire aider financièrement par ses enfants (doc. 281, p. 22). Ils relèvent que le recourant donne des réponses assez précises notamment quand il critique les services sociaux pouvant préciser le montant de certaines de ses charges (doc. 281, p. 29). Les discordances entre les plaintes présentées et la non-adhérence au suivi proposé et entre les plaintes présentées et les aptitudes au quotidien font également évoquer aux experts une recherche de bénéfices secondaires (pièce 281, p. 33) ; ils citent l'exemple de la poursuite de la conduite automobile alors que les troubles neuropsychologiques mis en évidence dans l'évaluation de la Pr. BB.\_\_\_\_\_ au mois de janvier 2009 (doc. 90, pp. 6-7) et l'importance des plaintes et l'attitude de retrait témoignée lors des différents examens cliniques constitueraient en principe une contre-indication formelle à la poursuite de la conduite d'un véhicule à moteur (doc. 281, p. 33).

**ff)** Il existe une discordance entre les plaintes de l'assuré et son comportement. Au mois de novembre 2004, le Dr L.\_\_\_\_\_ relevait déjà que les plaintes somatiques semblaient plus subjectives qu'objectives, car variables d'un moment à l'autre et tendaient à disparaître lorsque le recourant ne se croyait pas observé ; il notait en outre que les éléments contradictoires étaient importants, notamment le fait que l'assuré avait conduit lui-même pour venir de [...] à [...] pour l'expertise alors qu'il déclarait être incapable de regarder la télévision à cause de ses problèmes de vue ; il ajoutait que, vu le comportement démonstratif et la suggestibilité importante, il avait pu observer que le questionnement direct était peu instructif car l'assuré avait tendance à majorer ses difficultés (doc. 14, p. 17). Puis, lors de l'examen neurologique opéré par le Dr P.\_\_\_\_\_, le recourant s'est plaint d'une décharge du membre inférieur droit à la marche, alors qu'il a expliqué cette démarche par une douleur du membre inférieur gauche (doc. 239, p. 7). Le Dr O.\_\_\_\_\_ a relevé également des déficits peu systématisés, inhabituels et d'origine non précisée, indiquant qu'il est désorienté mais qu'il peut, selon lui, conduire la voiture, rester seul à son domicile et même quitter celui-ci pour aller faire des promenades en ville (doc. 236, p. 18). Le Dr O.\_\_\_\_\_ a déclaré être frappé par la discordance saisissante entre certains des

symptômes présentés et/ou évoqués par la famille et d'autres aspects de son fonctionnement au quotidien, cette discordance grossière ne semblant correspondre à aucun des syndromes décrits dans la nosologie. Les experts I. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ relèvent qu'en 2005 l'assuré avait déclaré être dépendant de son épouse pour les actes de la vie quotidienne comme s'habiller, ce qu'il avait réaffirmé à la Dresse S. \_\_\_\_\_ en 2008, en 2012 et en 2014, alors qu'il s'habille et se rhabille avec de nombreuses grimaces, mais sans aucune limitation lors de l'expertise de 2017 (doc. 281, p. 10, 14 et 27). En outre, il déclare être dépendant de son épouse alors qu'il sort seul faire des petites courses demandées par son épouse (doc. 281, p. 25). A l'anamnèse orientée, le recourant indique que les céphalées l'empêchent de lire les journaux et de regarder la télévision (doc. 281, p. 21). Toutefois, interrogé par l'expert neurologue sur sa journée type, le recourant expose regarder la télévision par moment, essentiellement des documentaires animaliers (doc. 281, p. 26). Il déclare qu'il lui arrive de conduire pour effectuer des courses et qu'il y est obligé puisque ses enfants sont de moins en moins souvent disponibles, ce qui n'est pas en adéquation avec ses plaintes (doc. 281, p. 26). Le recourant s'est plaint à maintes fois de fatigue, alors que l'entretien avec les experts s'est déroulé sur un bon rythme, sans qu'il n'y ait de ralentissement psychomoteur ou de fatigue, ni d'augmentation de la fatigabilité (doc. 281, p. 29). Les experts soulèvent enfin les flagrantes incohérences entre la sévérité des plaintes et l'absence de limitation constatée et les discordances dans l'examen neurologique, déjà relevées par le Dr R. \_\_\_\_\_ au mois d'août 2003 (doc. 281, p. 34).

**gg)** Divers intervenants médicaux reprochent au recourant son manque de collaboration. Déjà le bilan neuropsychologique pratiqué au mois de septembre 2003 montrait des troubles exécutifs difficiles à interpréter en raison d'une collaboration fluctuante. Les médecins relevaient qu'il était difficile d'examiner le patient qui gémissait et retirait leurs mains dès qu'ils essayaient de le toucher tant au niveau de la nuque que de la tête ; ils concluaient que la mobilité du rachis cervical était limitée par la résistance du patient et difficilement interprétable. Le Dr AA. \_\_\_\_\_ relevait également le manque de collaboration de l'assuré

dans son rapport du mois de février 2004. Le manque de collaboration de l'assuré n'a pas permis au Dr L.\_\_\_\_\_ de savoir comment se déroulait une journée, sachant toutefois que l'assuré voyait son beau-frère tous les dix jours et qu'il entretenait de nombreuses relations avec ses compatriotes dans la région de [...]. Les experts I.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ ont eu des difficultés à obtenir des précisions sur le déroulement de la journée du recourant (doc. 281, p. 25 et 29) ; ils relèvent que la collaboration de l'expertisé est sous-optimale notamment lors de l'examen neurologique et que l'intéressé répond à côté y compris à des questions simples et directes posées par l'intermédiaire de l'interprète (doc. 281, p. 27). Ils relèvent que la mémoire est difficile à évaluer compte tenu du défaut d'effort du recourant (doc. 281, p. 29).

**hh)** Il est difficile d'apprécier la sévérité du trouble compte tenu de la majoration des symptômes et du manque de collaboration du recourant. Le Dr L.\_\_\_\_\_ pensait au mois de septembre 2004 que des éléments sortant du champ médical expliquaient l'importance des plaintes et du handicap de l'assuré et qu'une évolution vers la névrose de rente était probable. Le Dr L.\_\_\_\_\_ relevait que le tableau clinique était dominé par une symptomatologie somato-psychique difficilement systématisable, fluctuante d'un moment à l'autre, exprimée au mode théâtral, revendicateur (doc. 14, p. 13). Dans son rapport d du mois d'octobre 2005, le Dr L.\_\_\_\_\_ confirmait ces points, relevant encore que l'examen clinique était difficile à réaliser avec ce sujet démonstratif, suggestible, multiplaintif (doc. 25, p. 7). Lors de l'examen neurologique opéré par le Dr P.\_\_\_\_\_, il est relevé que les testings de la sensibilité posturale sont quasi aléatoires (doc. 239, p. 7). Les experts relèvent que, compte tenu de la majoration importante des symptômes, il est difficile d'apprécier précisément la sévérité du trouble de l'humeur (doc. 281, p. 34). Sa situation personnelle est également difficile à appréhender. Si le recourant semblait entretenir de nombreuses relations avec des tiers en 2004, il semble avoir restreint sa vie sociale en la limitant aux personnes de son entourage familial, sans qu'il ne s'en plaigne (doc. 236, p. 12). Lors de l'expertise de 2017, s'agissant de sa situation sociale, il dit ne pas avoir de conflit particulier dans le cadre de ses relations privées, précisant qu'il

voit très peu de monde (doc. 281, p. 26). Ces éléments, imprécis, ne permettent en tous cas pas de retenir un retrait complet de la vie sociale.

**ii)** Le recourant allègue d'intenses douleurs à la suite de l'accident de 2003, dont les caractéristiques restent cependant vagues. En effet, dès 2003 il se plaignait de céphalées et de cervicalgies avec troubles de la marche, alors que l'examen ne révélait qu'une petite hyperdensité spontanée sous-corticale pariétale gauche avec minime prise de contraste évoquant en premier lieu un petit hématome intraparenchymateux, sans autre lésion particulière. Le bilan neuropsychologique effectué au mois de septembre 2003 relevait qu'il était relativement difficile de faire préciser au patient la nature de ses maux. La Dresse S.\_\_\_\_\_ constatait en 2015 que le patient se plaignait toujours de céphalées mal systématisées, qu'il n'était toujours pas clair s'il avait des hallucinations ou des idées délirantes. Le bilan neuropsychologique effectué par le Dr P.\_\_\_\_\_ au mois d'octobre 2016 a mis en évidence que le recueil de plaintes est perturbé du fait de la faible implication du patient et que le patient se plaint de douleurs partout depuis son accident de 2003. Les experts I.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ constatent qu'aucun détail ne peut être obtenu sur les plaintes neurologiques et leurs symptômes et que le recourant répond à côté lorsqu'il est questionné sur d'éventuels troubles mnésiques (doc. 281, p. 22 et 23).

**jj)** Le recourant ne demande pas de soins ni de traitement et fait échec à des tentatives de soin. Ainsi, devant l'échec du traitement médicamenteux et de la physiothérapie douce, avec une impression subjective de péjoration de la part de l'assuré, les médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_ ont décidé de mettre fin au séjour de manière plus rapide que prévu. La prise en charge par ergothérapie s'est également arrêtée après un échec en 2007. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a noté qu'il ne paraît pas exister chez l'assuré une attitude de recherche de traitement ou de réponse médicale ; « c'est comme si Z.\_\_\_\_\_ se contentait de l'attention qu'il reçoit de la part de son entourage » (doc. 236, p. 16). Les experts relèvent que l'assuré n'a adhéré à aucun suivi axé sur la douleur et que le monitoring

thérapeutique effectué lors de l'expertise montre des taux tous infrathérapeutiques (doc. 281, p. 33). Le monitoring thérapeutique montre des problèmes de compliance au traitement antidépresseur et antalgique ; selon les experts, ces résultats questionnent la motivation au traitement ; ils déduisent que le recourant est pris dans un processus d'invalidation et de névrose de rente (doc. 281, p. 34).

**kk)** L'exagération des symptômes est si importante que les médecins estiment qu'aucun traitement n'est susceptible d'améliorer la capacité de travail de l'assuré et toutes mesures de réadaptation paraissent illusoires (notamment doc. 236, p. 19). Les experts considèrent en effet que des mesures de réadaptation seraient d'emblée vouées à l'échec vu le comportement de l'assuré (doc. 281, p. 34). On rappelle que le recourant a été placé à 10 % dans un atelier de réhabilitation en 2008 qui s'est soldé par un échec, le rendement de l'assuré étant quasi-inexistant, étant précisé qu'il n'avait pas donné l'impression d'être un simulateur. On relève cependant que le rapport d'observation indique que le recourant est capable de plier des étiquettes sur la rainure mais sans aucun rendement, l'assuré se fatiguant systématiquement après quinze minutes, faisant preuve d'une grande sensibilité aux bruits et se plaignant de maux de tête : il avait alors besoin d'un endroit calme pour se reposer. Durant la journée, il était à chaque fois nécessaire de le guider pour aller aux toilettes ainsi qu'à l'endroit de la pause-café (doc. 90, p. 8). Ces observations sont très surprenantes dès lors que le recourant était capable de se promener seul en ville et était même capable de conduire une voiture.

**ll)** Le Tribunal fédéral a précisé qu'une exagération des symptômes par l'assuré ne doit pas permettre d'exclure facilement la présence d'une atteinte à la santé assurée. Cela ne doit être possible que si, dans le cas concret, il découle de manière plausible de l'analyse médicale que l'exagération, clairement prouvée, prédomine de manière significative, et qu'elle excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif. En l'espèce, l'expertise relève, concernant les douleurs et les symptômes physiques, que le tableau clinique s'inscrit plus dans une

majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques que dans un trouble somatoforme ; le recourant a bénéficié de multiples investigations, mais en raison de la description fréquente d'une majoration et d'une présentation atypique, cela correspond à une névrose de rente (doc. 281, p. 36). Enfin, compte tenu de l'ensemble des éléments indiqués ci-dessus, il y a lieu de considérer avec les experts que l'exagération est clairement prouvée et prédomine de manière significative. Les différents experts relèvent d'ailleurs que si le recourant n'est pas en mesure de se réinsérer professionnellement, c'est en raison de son comportement et de la longue période sans travail et non pas en raison d'un trouble quelconque.

En définitive, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant si les indicateurs proposés par le Tribunal fédéral permettent de retenir ou non une incapacité de travail liée aux troubles diagnostiqués puisque ceux-ci n'ont pas résisté aux motifs d'exclusion du droit à une rente. Partant, il n'y a pas d'atteinte à la santé invalidante. La décision du 2 mars 2018 est bien fondée.

**8. a)** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** En l'occurrence, le dossier permet à la Cour de statuer en toute connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à l'audition du recourant qui a d'ores et déjà été examiné par les experts du

A. \_\_\_\_\_ dont le rapport emporte la conviction, étant précisé que dans le cadre de la procédure judiciaire, le recourant n'a apporté aucun nouvel élément propre à remettre en cause les faits qui ressortent du dossier produit par l'intimé. En présence d'une expertise probante (cf. consid. 6b ci-dessus), il n'y a pas davantage lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

Il y a donc lieu de rejeter les réquisitions du recourant.

**9. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 2 mars 2018 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ, le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

**c)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

**d)** Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Olivier Carré (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a déposé sa liste des opérations pour la période du 20 avril au 19 mars 2019 faisant état d'un total de 10,15 heures. Cela représente ainsi 1'827 fr. (10,15 heures x 180 fr.), montant auquel il convient d'ajouter 50 fr. de débours comme réclamé et la TVA sur le tout au taux de 7,7 %. En définitive, le montant total de l'indemnité d'office en faveur de Me Carré s'élève ainsi à 2'021 fr. 55 (1'827 fr. + 50 fr. + TVA 7,7 %) et sera provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 2 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de Z.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'021 fr. 55 (deux mille vingt et un francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.
  
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.
  
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour Z.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, intimé,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :