

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 octobre 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Merz et M. Perdrix, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

* * * * *

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant, représenté par [...], à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA; 28 LAI; 87 al. 4 RAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assuré), ressortissant kosovar né en 1968, entré en Suisse en 19[...], sans formation professionnelle, a travaillé comme manœuvre de chantier pour l'entreprise [...] SA dès janvier 2001. Le 18 septembre 2001, dans le contexte d'un accident de travail, l'assuré a subi une fracture du calcanéum droit, traitée par ostéosynthèse le 1^{er} octobre suivant. L'accident a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après: CNA), laquelle a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

L'évolution se révélant défavorable, avec une suspicion d'algoneurodystrophie de type Südeck retardant la rééducation, l'assuré a été adressé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR). A l'issue d'un séjour dans le service de réadaptation générale du 12 juin au 5 juillet 2002, les médecins de la CRR ont discuté la situation de l'assuré dans un rapport du 8 août 2002 et conclu comme suit:

"En septembre 2001, M. P._____ chute d'une échelle avec réception sur les talons. On effectue alors un bilan radiologique montrant une fracture du calcanéum droit. Une IRM montre que la fracture du calcanéum est intra-articulaire intéressant l'articulation sous-astragalienne postérieure et l'articulation astragalo-cuboïdienne. Le 01.10.01 a lieu une réduction sanglante et ostéosynthèse. Le patient évolue défavorablement avec persistance de talalgies et de limitations fonctionnelles majeures ne répondant qu'au repos. Le patient est par ailleurs équipé de chaussures de type Künzli sans amélioration à la douleur. En raison d'une suspicion d'algodystrophie, le patient a suivi un traitement de Miacalcic sans aucun effet.

Le status à l'entrée montre un empâtement de la cheville droite avec une limitation dans tous les mouvements. Le patient décrit que tous les tests de mobilité sont tous très douloureux. L'examen est limité de ce fait.

Une scintigraphie osseuse effectuée le 20.06.02 ne montre pas de signes d'algoneurodystrophie du pied droit. Les altérations sont secondaires à la fracture et à l'os. Le bilan radiologique montre une reconstruction correcte de l'angle de Böhler sans signe de démontage. Le dernier cliché ne met pas assez en évidence l'articulation calcanéo-cuboïdienne et sous-astragalienne postérieure et antérieure. Un CT-scan de l'articulation sous-astragalienne peut être envisagée.

On est donc frappé de constater que l'importance des douleurs décrites par le patient et de la discordance avec les constatations objectives cliniques et radiologiques.

Nous inscrivons M. P. _____ en physiothérapie antalgique avec traitement de cicatrice, amélioration des amplitudes articulaires, renforcement musculaire. Le patient suit des thérapies individuelles ainsi qu'en groupe, à sec et en piscine, avec également une école de marche.

Du point de vue subjectif, l'évolution est nulle. Le patient trouve même ses douleurs augmentées par les diverses thérapies. On ne constate que peu d'amélioration des amplitudes de la cheville du point de vue objectif. A noter un certain manque de collaboration du patient avec d'importantes auto-limitations et une attitude très démonstrative.

Le patient est équipé de chaussures orthopédiques Künzli qu'il chausse mais ne noue pas correctement. Nous équipons M. P. _____ d'amortisseurs talonniers, ces chaussures Künzli étant déjà équipées d'une barre de déroulement.

L'hospitalisation a été écourtée en raison de l'attitude inadéquate du patient lors d'une consultation orthopédique. Il ne nous a donc pas été possible d'effectuer le CT-scanner à la recherche d'un manque de consolidation. Cet examen pourra être fait ambulatoirement.

En cas de lésion objectivée, une arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne pourrait être proposée.

Du point de vue professionnel, le travail de manœuvre semble difficilement envisageable pour l'instant. Des éléments autres qu'orthopédiques semblent assombrir le pronostic de reprise. Un reclassement professionnel semble difficile à envisager compte tenu de la barrière linguistique et du manque de collaboration du patient."

Dans un rapport du 3 septembre 2002 à l'attention de la CNA, le Dr L. _____, chef de clinique adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie du H. _____ (ci-après: H. _____), faisait état d'une évolution stagnante, avec la persistance de douleurs et d'épisodes itératifs de tuméfaction de la cheville droite rendant la marche quasiment impossible sans cannes; le patient décrivait en outre des lombalgies sur trouble statique. Dans la mesure où le dernier contrôle n'avait révélé aucune altération dégénérative et une bonne consolidation de la fracture, le Dr L. _____ n'avait pas répété le bilan radiologique. Il n'avait finalement aucune proposition thérapeutique, relevant qu'une

reconversion professionnelle via l'assurance-invalidité semblait la seule possibilité envisageable.

Le 18 septembre 2002, l'assuré a été examiné par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Interrogé sur ses intentions professionnelles, l'assuré a déclaré n'avoir "plus aucune intention de travailler jusqu'à la fin de ses jours". Il a également déclaré être obligé de prendre des cannes pour sortir mais être capable de marcher sans elles à la maison; à cet égard, le Dr S._____ a constaté, au cours de l'examen, que la marche sans cannes s'effectuait avec une boiterie caricaturale, l'assuré s'agrippant aux meubles et s'interrompant tous les deux pas pour se masser le pied. Le Dr S._____ a également remarqué, lors de l'examen de la colonne vertébrale, une légère scoliose dorso-lombaire gauche. Finalement, il a apprécié la situation comme suit:

"Nous nous trouvons chez cet assuré à une année d'une fracture calcanéenne actuellement consolidée. Un syndrome de Sudeck a été évoqué dans les suites mais n'a pas été confirmé par la scintigraphie pratiquée au CRR de Sion.

Le tableau actuel est marqué par d'importantes discordances entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Cet assuré un peu fruste s'est fermement installé dans un comportement d'invalidé que l'on pourra difficilement modifier. Nous ne reviendrons pas sur les différentes hyper-réactions qui ont parasité l'examen clinique de ce jour décrit plus haut. Nous nous contenterons de souligner la discordance entre l'impotence fonctionnelle affichée et l'absence d'une amyotrophie musculaire du mollet ou de la cuisse (cf. mesures des périmètres) que l'on devrait normalement observer dans le cas d'une épargne aussi importante. Objectivement il existe certes une limitation fonctionnelle de la sous-astragalienne consécutive à la fracture ainsi que des altérations post-fracturaires du calcanéum. La traduction de ces séquelles nous paraît cependant très probablement majorée par des facteurs non organiques.

Dans ce contexte, nous ne pouvons que partager l'avis du Dr L._____ concernant l'absence d'une amélioration notable que l'on pourrait attendre de l'AMO ou même de la poursuite d'un traitement médical autre que symptomatique. Nous proposons donc à la Suva de procéder au bouclage assécurologique du cas sur la base de l'exigibilité qui suit et d'une indemnisation pour atteinte à l'intégrité qui fera l'objet d'une appréciation séparée.

EXIGIBILITE

Sur le plan organique, des séquelles objectives de l'accident permettraient à cet assuré de mettre en valeur une pleine capacité dans un travail léger, sédentaire ou permettant les positions alternées et n'exigeant pas de déplacements importants."

Le 30 janvier 2004, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et à l'indemnité journalière, avec effet au 29 février 2004. Par décision du 18 mai 2004, elle lui a alloué une rente d'invalidité de 13% dès le 1^{er} mars 2004, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Sur le plan médical, elle a considéré qu'il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions du rapport d'examen du Dr S._____; le travail d'ouvrier dans le domaine de la construction n'était raisonnablement plus exigible alors qu'une capacité de travail totale devait être reconnue dans une activité adaptée (activité professionnelle légère, permettant l'alternance des positions assis/debout). Sur le plan économique, elle a procédé à une approche théorique, estimant le revenu sans invalidité conformément aux informations transmises par l'ancien employeur et le revenu d'invalidité sur la base de cinq descriptions de postes de travail (ci-après: DPT). Le choix des DPT avait par ailleurs été examiné et agréé par le médecin d'arrondissement.

B. Le 25 septembre 2002, P._____, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en raison de la fracture du calcaneum droit.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), la CNA a transmis le dossier constitué en faveur de l'assuré.

Le 2 décembre 2002, le Dr L._____ a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel le diagnostic de fracture du calcaneum droit avec ostéosynthèse était reconnu comme affectant la capacité de travail. Le Dr L._____ exposait que le séjour à la CRR n'avait pas entraîné d'amélioration du status local, avec la stagnation de l'évolution, la persistance de douleurs et un épisode de tuméfaction à répétition. La marche sans cannes était impossible, avec l'apparition de douleurs lombaires. Les radiographies montraient cependant une consolidation

acquise de la fracture et l'absence d'altération dégénérative. Le Dr L._____ n'avait pas de proposition thérapeutique chirurgicale à formuler, hormis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à une année de l'intervention, qui ne changerait, selon lui, probablement rien à la situation douloureuse. Finalement, son pronostic était réservé et il préconisait des mesures professionnelles.

Se référant au rapport d'examen du 18 septembre 2002 du Dr S._____, l'OAI a considéré que le tableau était marqué par d'importantes discordances entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Lors d'un entretien du 7 juillet 2003, l'assuré avait annoncé des limitations ne laissant pas entrevoir de possibilités de reclassement et avait fait part, le 23 mars 2004, de son incapacité à reprendre une quelconque activité. Eu égard à ces éléments, l'OAI a considéré que son intervention pour favoriser la reprise d'une activité professionnelle s'avérait sans objet et a procédé à l'évaluation du préjudice économique. Le revenu sans invalidité était fixé en référence à l'attestation de salaire du dernier employeur et se chiffrait à 51'675 francs. Le revenu d'invalidité était estimé à 45'986 fr., correspondant à la moyenne des salaires annuels selon les fiches DPT pour un emploi en milieu industriel (alimentation de machines automatiques, surveillance de chaînes de production, finition de pièces sortant de la fabrication, montage de petits éléments), soit un travail léger, n'impliquant pas de port de charges supérieur à 10 kg, permettant de travailler majoritairement assis et n'exigeant aucun déplacement de plus de 50 mètres. Après comparaison des revenus, l'OAI a conclu que l'assuré pouvait conserver son autonomie financière dans un emploi adapté (cf. rapport final de la Division administrative de l'OAI du 26 mars 2004).

Le 23 août 2004, se fondant principalement sur les investigations effectuées par la CNA, notamment la reconnaissance d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 18 septembre 2002, l'OAI a communiqué à l'assuré une décision de refus d'octroi de rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité, fixé à 11%, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

L'assuré s'est opposé à cette décision. Il alléguait principalement que la décision intervenait prématurément, son état de santé n'étant pas stabilisé, subsidiairement qu'elle ne prenait pas en compte l'ensemble de sa problématique dorsale (scoliose) et retenait un revenu sans invalidité inférieur à celui auquel il aurait pu effectivement prétendre (cf. courrier du 21 septembre 2004).

C. Dans un courrier du 14 septembre 2004, la CNA a informé l'assuré qu'elle annulait la décision de rente du 18 mai 2004, eu égard à l'évolution du cas et à l'intervention chirurgicale planifiée. L'assureur-accidents a repris le service des prestations à la date à laquelle il l'avait suspendu.

Le Dr S. _____ a examiné la situation de l'assuré, tenant compte de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 21 mai 2004 et de l'échec des divers traitements entrepris. Son appréciation médicale du 21 mai 2004 faisait état notamment de ce qui suit:

"Le parcours médical et chirurgical de cet assuré après notre bilan de liquidation de 2002 n'a pas amené d'amélioration de la situation subjective et objective, chez un assuré s'étant vraisemblablement définitivement installé dans un comportement invalidant.

Sur le plan strictement organique mes conclusions concernant l'exigibilité restent toujours d'actualité.

Il en va de même de mon estimation de l'IPAI de 15% qui tenait compte d'une aggravation prévisible vers une arthrose sous-astragaliennne.

Nous pouvons clairement conclure, comme l'évolution à ce jour le démontre clairement, qu'il n'y a pas lieu d'attendre d'amélioration notable de l'état de cet assuré par des mesures médicales autres que purement symptomatiques, comme nous l'avions d'ailleurs déjà prédit en 2002".

Le 28 avril 2005, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière, avec effet au 30 avril 2005. Elle lui a alloué une rente d'invalidité de 14% dès le 1^{er} mai 2005, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% (cf.

décision du 30 novembre 2006, confirmée par décision sur opposition du 19 avril 2007).

D. Interpellé par l'OAI, le Dr F._____, médecin au Service d'orthopédie et de traumatologie du H._____, a remis son rapport médical le 12 juillet 2005. Il posait les diagnostics d'arthrose de la sous-talienne de la calcanéocuboïdienne droite et de syndrome douloureux chronique de la cheville et du pied droits. Les plaintes de l'assuré, extrêmement expressives, concernaient des enflures récidivantes, des douleurs prenant la région infra-malléolaire externe droite, des brûlures le long de la face antérieure du tibia, du bord externe du pied, parfois du talon, et dans une moindre mesure du dos du pied. Le Dr F._____ décrivait un patient extrêmement démonstratif, expliquant qu'il était impossible de savoir si la mobilisation de la sous-talienne était douloureuse et de tester la mobilité de cette articulation, dans la mesure où l'ensemble du pied et du talon, ainsi que la face antérieure du tibia et de la région du nerf péronier, étaient pratiquement intouchables, le patient sursautant violemment à chaque fois. Le pronostic était extrêmement réservé, avec une symptomatologie douloureuse difficilement qualifiable, d'un caractère chronique. Il n'y avait pas de mesure envisageable, le patient étant toutefois adressé à la consultation d'antalgie du H._____. Finalement, le Dr F._____ considérait que l'assuré, en incapacité de travail totale depuis 2001, était en mesure d'exercer une activité en position assise, précisant qu'il n'était pas de sa compétence de se prononcer sur cette question.

Le 30 septembre 2005, le Dr G._____, médecin au Service d'anesthésiologie du H._____, a posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique sous-talienne et calcanéocuboïdienne à droite, et de syndrome douloureux chronique du membre inférieur droit. Dans son rapport à l'OAI, il décrivait, à titre de plaintes subjectives, des douleurs de type mécanique et neurogène, sans qu'il n'y ait de signe objectif de Südeck. Un traitement symptomatique était prescrit et une discussion avec l'orthopédiste était prévue en vue d'une éventuelle arthrolyse antalgique.

L'OAI a confirmé le refus de rente par décision sur opposition du 27 février 2008. Il considérait que l'état de santé de l'assuré était à nouveau stabilisé, que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse réalisée en mai 2004 n'avait justifié qu'une incapacité de travail temporaire, inférieure à douze mois donc insuffisante pour constituer un nouveau délai d'attente, et que sa capacité de travail restait entière dans une activité adaptée. De surcroît, son degré d'invalidité demeurait fixé à 11% et était de ce fait inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Cette décision est entrée en force.

E. P._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 15 février 2011. Il indiquait quant au genre de l'atteinte la fracture au pied droit survenue le 18 septembre 2001.

L'OAI l'ayant invité à rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé, l'assuré lui a transmis un certificat médical établi le 24 mars 2011 par la Dresse Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, faisant les constatations suivantes:

"M. P._____ présente des douleurs importantes à l'endroit de l'ancienne fracture du calcanéum droit et une gêne fonctionnelle majeure, entraînant une boiterie. Il ne se déplace qu'avec des cannes, sur la pointe du pied droit. Cela entraîne des douleurs lombaires chroniques avec de fréquentes exacerbations sous forme de blocage.

Là-dessus se greffe un état anxio-dépressif majeur pour lequel il a été suivi pendant quelques temps par un psychiatre, sans beaucoup d'évolution.

Sur le plan de la médecine interne il présente également un diabète de type II et une HTA et souffre d'une hépatite B chronique.

M. P._____ est à l'incapacité de travail de 100% depuis 2001.

Le pronostic est défavorable, l'état est chronifié et la reprise d'une activité professionnelle chez ce patient s'exprimant mal en français n'est pas envisageable."

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a prié la Dresse Q._____ de répondre à des questions complémentaires. Dans son rapport médical du 12 avril 2011, elle a diagnostiqué une fracture comminutive intra-articulaire du calcanéum droit, des dorsolombalgies sur

troubles statiques et un état dépressif, comme affectant la capacité de travail et existant depuis 2001. Un diabète de type 2 (depuis 2005), une hypertension artérielle (depuis 2006) et une hépatite B chronique (depuis 2007) étaient diagnostiqués comme sans effet sur la capacité de travail. Elle confirmait l'incapacité totale de travailler comme manœuvre sur un chantier depuis septembre 2001 et considérait qu'une réadaptation était illusoire en raison d'un patient fruste, ne parlant que très mal le français et présentant un état dépressif sous-jacent.

Répondant aux questions complémentaires de l'OAI, la Dresse Q._____ a relevé, le 26 juillet 2011, que s'agissant du diagnostic selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), il y avait lieu de demander l'avis du Centre [...], où l'assuré avait été suivi pendant quelque temps en 2007. Elle précisait que le suivi s'était arrêté en 2008 sans qu'elle n'en connaisse précisément la raison, si ce n'était que le patient était probablement peu accessible à un traitement psychothérapeutique, ajoutant que le traitement médicamenteux antidépresseur Cipralex®, instauré en 2007, avait été arrêté au début 2009, sur demande de l'assuré alléguant ne pas sentir de différence sous ce traitement. Finalement, s'agissant des raisons empêchant l'assuré d'exercer une activité adaptée, elle n'en voyait aucune, hormis le déplacement avec des cannes rendant impossible tout travail physique.

L'assuré a été convoqué le 26 mars 2012 auprès du SMR pour un examen clinique psychiatrique. La Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu dans son rapport du 4 mai 2012 le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique (F68.0); ce diagnostic était considéré comme sans répercussion sur la capacité de travail et aucun diagnostic affectant la capacité de travail n'a été posé. Les plaintes de l'assuré étaient uniquement physiques, concernant des douleurs à la jambe droite, au dos, des blocages à la nuque, des maux de tête et l'impossibilité de rester assis longtemps. La Dresse E._____ retenait, sur le plan purement psychiatrique, une capacité de travail de 100% tant dans

l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Elle relevait en outre ce qui suit:

"Sur le plan psychiatrique, notre examen clinique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Dans le rapport médical du 12.04.2011, le médecin-traitant, la Dresse Q. _____, médecin généraliste, retient le diagnostic d'état dépressif existant depuis 2001 et ceci en l'absence d'un status psychiatrique ou d'un diagnostic selon les critères cliniques de la CIM-10.

Il est possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à ses douleurs chroniques ou simplement une humeur dépressive, sans incidence sur la capacité de travail et qui actuellement est en rémission.

En l'absence de tout document psychiatrique, nous ne pouvons pas nous prononcer sur la période 2007 où l'assuré aurait eu 5-6 entretiens avec un psychiatre au [...] (Centre [...]) [...].

Selon les informations anamnestiques fournies par l'assuré, une évaluation psychiatrique aurait été également effectuée au [...] en novembre-décembre 2011. Une fois de plus, aucun document psychiatrique n'est en notre possession.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique, qui est caractérisé par la présence des symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique de l'assuré. Ce diagnostic n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie, il n'a aucune prise en charge rhumatologique, consulte toutefois peu son médecin-traitant et garde un fonctionnement social normal.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie à caractère incapacitant et sa capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Limitations fonctionnelles

L'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Les difficultés financières, l'absence de formation professionnelle et les difficultés linguistiques ne font pas partie du domaine médical."

Dans un avis du 9 mai 2012, le SMR a considéré, au vu de l'examen de la Dresse E. _____, que le fait nouveau psychiatrique

présenté par le médecin traitant, soit l'état anxio-dépressif, était objectivé sous forme de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique, et que cette situation ne justifiait aucune incapacité de travail. Il en résultait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles demeurant inchangées et la capacité de travail restant nulle dans l'activité habituelle d'employé de chantier.

Le 11 mai 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de reclassement. Il a estimé que son état de santé demeurait identique à celui présenté lors de la précédente décision de refus de prestations du 27 février 2008, de sorte que son degré d'invalidité se maintenait à 11%.

L'assuré a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 11 juin 2012, alléguant que son état de santé et ses difficultés à s'exprimer en français ne lui permettaient pas d'envisager une reprise d'activité professionnelle.

Dans un rapport du 22 octobre 2012, les Drs Z._____ et X._____ du Centre [...] ont indiqué que l'assuré leur avait été adressé en 2007 par son médecin traitant pour évaluation d'une symptomatologie dépressive importante avec symptômes psychotiques, et lui avoir dispensé un traitement du 8 novembre 2011 au 3 mai 2012. Ils ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) (possible schizophrénie comme diagnostic différentiel) et de douleurs chroniques où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques (F45.41), estimant que la symptomatologie dépressive était "apparemment" apparue trois ans après l'accident de travail. Ils mentionnaient que la symptomatologie psychique associée, constatée en 2007-2008 et toujours présente, comprenait des troubles massifs du sommeil, une fatigue et une fatigabilité importantes, un manque d'élan vital avec une apathie, voire un apragmatisme, une thymie abaissée avec des pleurs, une anhédonie, des idées de culpabilité et d'infériorité, un

ralentissement et des troubles de la concentration, ainsi que des difficultés importantes de se projeter dans l'avenir et des idées suicidaires non scénarisées. Ils constataient également des symptômes suggérant une composante psychotique, comme les hallucinations auditives - et rarement visuelles - décrites par le patient, un émoussement affectif et un retrait social. Par ailleurs, les plaintes de l'assuré concernaient des douleurs localisées au pied, montant vers le dos jusqu'à la nuque, présentes plus violemment lors des déplacements, des changements de position ou en position assise prolongée. Selon les Drs Z._____ et X._____, la symptomatologie dépressive - et les symptômes psychotiques associés - pouvait théoriquement répondre à une thérapie antidépressive, éventuellement avec un traitement neuroleptique associé, mais compte tenu des difficultés du patient à adhérer à un traitement, de la composante somatique, du contexte social avec de possibles bénéfices secondaires et de la longue durée d'évolution, le pronostic leur semblait très peu favorable.

Dans un avis du 31 octobre 2012, le SMR a retenu que l'examen psychiatrique au SMR permettait de conclure à la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques sans comorbidité psychiatrique et que le rapport psychiatrique du Centre [...], évoquant entre autres les problèmes de sommeil non traités, n'apportait aucun élément médical nouveau par rapport à l'examen de la Dresse E._____. En définitive, les conclusions du SMR ne pouvaient être modifiées.

Par décision du 7 novembre 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 mai 2012. Il exposait, dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, que le SMR n'admettait pas d'aggravation depuis l'examen clinique du 26 mars 2012. Par ailleurs, les difficultés à s'exprimer en français, les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale, ainsi que la longue période d'inactivité, l'âge ou l'absence de motivation ne constituaient pas des facteurs dont il devait être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité.

F. P._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 7 décembre 2012. Il conclut principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu. Il requiert en outre un examen pluridisciplinaire et des mesures de réinsertion professionnelle. En substance, il fait valoir que sa capacité de gain est nulle en raison de son état de santé actuel, se référant uniquement au certificat médical de la Dresse Q._____ du 24 mars 2011.

Dans sa réponse du 5 février 2013, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le recourant a renoncé à déposer des observations complémentaires.

E n d r o i t :

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

b) La LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a subi une aggravation de son état de santé de nature à modifier son droit aux prestations de l'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une telle aggravation et d'une incapacité de gain corrélative, depuis la décision du 27 février 2008.

3. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord 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 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI [RO 2011 5679]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3; 125 V 412 consid. 2b; 117 V 200 consid. 4b et les références). 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 372 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

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). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 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).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle

est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante,

l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210; 122 V 157 consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

5. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 15 février 2011 et a repris l'instruction en procédant notamment à un examen clinique psychiatrique au SMR. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis la décision du 27 février 2008 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance-invalidité.

a) La décision initiale constatait l'absence d'atteinte à la santé sur le plan somatique. Elle était essentiellement fondée sur les investigations effectuées par la CNA et l'avis des médecins du Service d'orthopédie et de traumatologie du H._____.

Il résultait des différents rapports médicaux que l'assuré présentait une ancienne fracture du calcanéum droit traitée par ostéosynthèse. La suspicion d'algodystrophie du pied droit n'avait pas été confirmée par la scintigraphie osseuse réalisée en juin 2002. La fracture calcanéenne était consolidée une année après sa survenance et les bilans radiologiques ne laissaient entrevoir aucune altération dégénérative. D'un point de vue objectif, les médecins constataient peu d'amélioration des amplitudes de la cheville, avec une limitation dans tous les mouvements. Le Dr S._____ admettait qu'il existait une limitation fonctionnelle de la sous-astragalienne consécutive à la fracture et des altérations post-fracturaires du calcanéum (cf. rapport médical du 18

septembre 2002). Le Dr L._____ faisait état d'une stagnation de l'évolution, de la persistance des douleurs et d'un épisode de tuméfaction à répétition (cf. rapport du 3 septembre 2002 à la CNA et rapport du 2 décembre 2002 à l'OAI). Le Dr F._____ mentionnait également les douleurs persistantes au membre inférieur droit et les enflures récidivantes (cf. rapport du 12 juillet 2005). A la suite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en mai 2004, les Drs F._____ et G._____ ont diagnostiqué une arthrose de la sous-talienne de la calcanéo-cuboïdienne droite et un syndrome douloureux chronique de la cheville et du pied droits. Par ailleurs, il était indiqué que le recourant se plaignait de douleurs lombaires; une légère scoliose dorso-lombaire gauche a été constatée (cf. rapport du Dr S._____ du 18 septembre 2002; rapports du Dr L._____ des 3 septembre et 2 décembre 2002).

Cela étant, les médecins ont fait état d'une attitude démonstrative de la part du recourant ainsi que d'importantes discordances entre les plaintes subjectives et leurs constatations objectives. Il était notamment relevé, dans le rapport de la CRR du 8 août 2002, un manque de collaboration de l'assuré, d'importantes auto-limitations et une attitude très démonstrative, précisant que le séjour avait été écourté en raison de l'attitude inadéquate du patient lors d'une consultation orthopédique. Dans son rapport du 18 septembre 2002, le Dr S._____ soulignait la discordance entre l'impotence fonctionnelle affichée et l'absence d'une amyotrophie musculaire du mollet ou de la cuisse qui devait normalement être observée dans la situation du recourant. Il constatait en outre une boiterie caricaturale lors de l'examen. Il ajoutait que la traduction des séquelles de la fracture calcanéenne lui paraissait très probablement majorée par des facteurs non organiques. Le Dr F._____ mentionnait, dans son rapport du 12 juillet 2005, des plaintes extrêmement expressives et une attitude très démonstrative adoptée au cours de l'examen.

Les différents médecins étaient d'avis que la profession préalable de l'assuré (manœuvre de chantier) ne pouvait plus être exercée, eu égard aux séquelles objectives de l'accident du 18 septembre

2001. Cependant, une capacité de travail entière était possible dans une activité adaptée (travail léger, sédentaire ou permettant les positions alternées et n'exigeant pas de déplacements importants). Il était toutefois relevé que le reclassement professionnel serait difficile compte tenu notamment de la barrière linguistique et du manque de collaboration de l'assuré.

En l'absence d'une perte de gain suffisante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il s'est avéré que le recourant ne pouvait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) La décision litigieuse retient que l'état de santé du recourant est demeuré identique à celui présenté lors de la précédente décision du 27 février 2008. L'OAI se réfère à l'avis du SMR du 31 octobre 2012, soulignant notamment que le rapport médical du Centre [...] ne fait état d'aucune aggravation par rapport à l'examen clinique de la Dresse E._____ du 26 mars 2012.

aa) Sur le plan somatique, on constate que le recourant présente des douleurs à l'endroit de l'ancienne fracture calcanéenne et des douleurs lombaires. Ces atteintes ne sauraient cependant être retenues comme des pathologies nouvelles invalidantes; en effet, elles sont attestées depuis 2002 et n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée, à plein temps. Cette appréciation émanait notamment des rapports du Dr S._____, L._____ et F._____, à l'origine de la décision du 27 février 2008. L'avis du médecin traitant n'infirmait pas cette appréciation. En effet, dans ses rapports du 24 mars et 12 avril 2011, la Dresse Q._____ mentionne, sur le plan physique, la fracture comminutive intra-articulaire du calcaneum droit, avec une gêne fonctionnelle nécessitant l'utilisation de cannes, et les dorsolombalgies. Elle conclut, dans son rapport du 26 juillet 2011, que le recourant n'est plus apte à exercer des métiers physiques.

Il appert ainsi, comme l'a relevé le SMR dans l'avis du 31 octobre 2012, qu'aucune péjoration de l'atteinte à la santé somatique

avec répercussion sur la capacité de travail n'a été mise en évidence depuis 2002; les plaintes douloureuses, particulièrement au niveau de la cheville droite et du rachis, ainsi que l'utilisation de moyen auxiliaire sous forme de cannes anglaises, étaient connus. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter, sur ce point, des conclusions du SMR quant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles reconnues.

bb) Sur le plan psychiatrique, le recourant s'est soumis à un examen clinique le 26 mars 2012, dans la mesure où le fait nouveau présenté à l'appui de la seconde demande, par l'intermédiaire de son médecin traitant, correspondait à une atteinte à la santé psychique. En effet, la Dresse Q._____ indiquait qu'un état anxio-dépressif majeur s'était greffé sur les atteintes somatiques; toutefois, elle ne décrivait pas de status psychiatrique ni ne posait de diagnostic selon les critères cliniques de la CIM-10. Elle énonçait une évolution défavorable chez un patient fruste et s'exprimant très mal en français. Elle mentionnait en outre le suivi du recourant au Centre [...], débuté en 2007 et arrêté l'année suivante au motif que ce dernier était probablement peu accessible à un traitement psychothérapeutique, ainsi que la prescription d'un traitement médicamenteux antidépresseur, arrêté au début de l'année 2009 à la demande de l'intéressé.

Au terme de son expertise, la Dresse E._____ a posé pour seul diagnostic une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique, sans influence sur la capacité de travail. Elle expliquait ce diagnostic par le fait qu'il était caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble physique mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique de l'assuré. A cet égard, les différents rapports médicaux à l'origine de la première décision de refus de rente d'invalidité (cf. décision du 27 février 2008) mentionnaient l'attitude démonstrative du recourant et d'importantes discordances entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Le Dr S._____ relevait en outre que la traduction des séquelles de la fracture calcanéenne lui paraissait très

probablement majorée par des facteurs non organiques. Cela étant, la Dresse E._____ constatait l'absence de comorbidité psychiatrique manifeste, d'état psychique cristallisé et de perte d'intégration sociale. Selon elle, l'examiné ne présentait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique, étant précisé que les difficultés financières, l'absence de formation professionnelle et les difficultés linguistiques ne faisaient pas partie du domaine médical.

En octobre 2012, les Drs X._____ et Z._____ du Centre [...] ont diagnostiqué, comme affectant la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques - diagnostic différentiel de possible schizophrénie - et des douleurs chroniques où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. Ils mentionnaient une symptomatologie psychique associée constatée en 2007-2008 et toujours présente, comprenant des troubles massifs du sommeil, une fatigue et une fatigabilité importantes, un manque d'élan vital avec une apathie, voire un apragmatisme, une thymie abaissée avec pleurs, une anhédonie, des idées de culpabilité et d'infériorité, un ralentissement et des troubles de la concentration, des difficultés à se projeter dans l'avenir et des idées suicidaires non scénarisées, un émoussement affectif, un retrait social ainsi que des hallucinations auditives et rarement visuelles. Finalement, ils retenaient une incapacité de travail totale depuis 2007.

Dans leur rapport, les Drs X._____ et Z._____ étayaient le diagnostic de trouble dépressif récurrent par des éléments d'anamnèse et de status, éléments qui ne ressortent pas de l'examen de la Dresse E._____ ni n'apparaissent dans l'avis du SMR du 31 octobre 2012. Par ailleurs, la Dresse E._____ mentionne l'absence de tout document psychiatrique en possession de l'assurance-invalidité pour les périodes où le recourant a été suivi au Centre [...]. Elle ne s'est cependant pas enquis auprès des médecins de ce Centre de l'état de santé de l'intéressé, alors qu'elle savait qu'il y avait été traité en 2007 puis dès novembre 2011. On déplore ainsi l'anamnèse lacunaire de l'examen de la Dresse E._____ et on ne saurait de ce fait reconnaître pleine valeur probante à son rapport

du 26 mars 2012. De surcroît, on peut regretter que la Dresse E. _____ ne se soit pas prononcée sur le rapport des Drs X. _____ et Z. _____ une fois celui-ci en main de l'OAI. Quant au SMR, s'il s'est certes prononcé sur ce rapport, force est de constater que son appréciation est pour le moins sommaire. En effet, il est seulement fait mention des problèmes de sommeil non traités et souligné l'absence d'élément médical nouveau par rapport à l'examen psychiatrique du 26 mars 2012.

On relèvera en outre, à toutes fins utiles, que si l'ensemble des médecins évoquent le manque de connaissance linguistique et le contexte social de l'intéressé, ils n'ont pas à tenir compte des difficultés linguistiques d'un assuré ou de particularités comportementales de nature socio-culturelle dans la mesure où il s'agit de critères étrangers à l'atteinte à la santé (ATF 127 V 294 consid. 5a; 107 V 17 consid. 2c). Cela étant, dans l'hypothèse où l'existence d'une pathologie psychiatrique sévère devait être admise, la notion de difficultés sociales et de l'adhésion au traitement ne serait plus prépondérante. De surcroît, les éléments invoqués par les Drs X. _____ et Z. _____ semblent aller potentiellement au-delà de l'histoire de la situation du recourant, même si elle est parsemée d'éléments faisant évoquer une majoration de symptômes ou une démonstrativité.

Compte tenu de ce qui précède, il ne se justifie pas, en l'état, d'écarter l'avis des Drs X. _____ et Z. _____ au profit de celui de la Dresse E. _____ et du SMR. Le fait que les Drs X. _____ et Z. _____ soient les médecins traitants du recourant n'est pas un motif suffisant pour mettre en doute la crédibilité de leur appréciation, tout comme le fait que la Dresse E. _____ ait été mandatée par l'intimé ne suffit pas à la soupçonner de prévention. Les divergences entre les rapports médicaux auraient dû inciter l'intimé à ordonner une expertise médicale tendant à clarifier la situation sur le plan psychiatrique. En effet, on peut reprocher à l'OAI de ne pas avoir instruit, notamment par un examen complémentaire de la Dresse E. _____, les éléments retenus par les Drs X. _____ et Z. _____. Il s'ensuit que l'instruction de la cause doit être complétée, la

cour de céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise.

Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 4), ces contradictions devraient être levées par l'avis d'un spécialiste en psychiatrie indépendant des parties. En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il rende une nouvelle décision, après qu'un expert indépendant se soit prononcé, expert à mandater conformément à l'art. 44 LPGA.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 7 novembre 2012 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. à la charge de l'OAI.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- [...] (pour P._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :