

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2015

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Bonard et Küng, assesseurs
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Valérie Mérinat, avocate à Vevey,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1956, au bénéfice d'une formation de maçon apprise « sur le tas » dans son pays d'origine, a œuvré en Suisse dans cette profession auprès de l'entreprise [...] SA dès avril 1999.

Le 27 février 2009, G. _____, assureur perte de gain de l'employeur, a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) un formulaire d'annonce de détection précoce, son assuré, I. _____, ayant présenté une incapacité de travail totale depuis le 19 janvier 2009, en raison d'une maladie.

Lors d'un entretien de détection précoce avec un collaborateur de l'OAI le 23 mars 2009, l'assuré a indiqué souffrir de hernies inguinales et d'un kyste au genou droit, porter une prothèse de hanche à gauche depuis 2006 et avoir subi une opération du ménisque gauche en 2005. Il souffrait également des problèmes d'ouïe pour lesquels l'OAI intervenait déjà depuis 1996, prenant en charge un appareil acoustique eu égard à la surdité mixte bilatérale qu'il présentait. L'assuré a mentionné avoir repris son activité de maçon le 16 mars 2009, à 50%, les travaux lourds lui étant épargnés et les travaux légers se révélant difficiles. Il ajoutait avoir été licencié car il n'y avait pas de travail léger dans sa profession (cf. procès-verbal d'entretien du 23 mars 2009).

A la suite de cet entretien, I. _____ a déposé le 31 mars 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant souffrir de problèmes d'articulation divers depuis 2005.

G. _____ a remis à l'OAI les décomptes d'indemnités journalières et le dossier médical constitué en faveur de l'assuré. Il en résultait notamment un rapport rédigé le 24 février 2009 par le Dr E. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant depuis 1990. Le Dr E. _____ mentionnait qu'en 2002, l'assuré avait été

opéré d'une bursite du coude gauche, avait subi une reprise d'une tympanoplastie droite et développé une surdité de transmission totale nécessitant un implant cochléaire, avait présenté des vertiges et l'hypothèse d'un cholestéatome à gauche avait été évoqué, une surdité de ce côté s'étant installée, nécessitant le port d'un appareil acoustique. En 2004, l'assuré avait présenté un syndrome vertébral lombaire sur troubles statiques et dégénératifs, en 2005 une nécrose aseptique de la tête fémorale gauche, et une prothèse totale de la hanche gauche avait été posée en janvier 2006. Il avait développé un volumineux kyste de la face interne du genou droit, opéré en septembre 2008, et une cure de hernie inguinale bilatérale par filet de mercilène avait été effectuée en janvier 2009. Le patient se plaignait de douleurs de la hanche gauche lorsqu'il montait et descendait les escaliers, de douleurs de la nuque et de la colonne dorsale haute, du genou gauche à l'effort, étant précisé qu'en 2005 une arthroscopie avait été pratiquée pour souris articulaire et lésion de la corne postérieure du ménisque interne. De l'avis du Dr E._____, l'assuré ne pourrait plus exercer sa profession de maçon et un reclassement professionnel s'avérait nécessaire. Dans un rapport du 27 mars 2009, le médecin traitant a rappelé qu'une incapacité de travail de 100% avait été ordonnée par le chirurgien à la suite de la cure de hernie inguinale bilatérale en février 2009, que le patient avait repris son activité à 50% le 16 mars 2009 et présentait de grandes difficultés à effectuer les travaux lourds sur les chantiers.

Interpellé par l'OAI, le Dr E._____ a rédigé son rapport le 4 mai 2009, posant les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, de status après prothèse totale de la hanche gauche pour nécrose aseptique de la tête fémorale le 27 janvier 2006, de status après excision d'un kyste de la face interne du genou droit opéré le 11 septembre 2008, de cure de hernie inguinale bilatérale en janvier 2009, de surdité avec implant cochléaire droit et de syndrome vertigineux. Il faisait état d'un patient se plaignant de fatigue, de lombalgies et gonalgies, de douleurs par surcharge de la hanche droite, obligé de débrancher sa prothèse acoustique sur les chantiers en raison de l'amplification des bruits ambiants. Il mentionnait différentes incapacités

de travail (100% et 50%) depuis mai 2008, une capacité professionnelle nulle dans l'activité habituelle de maçon, respectivement dans toute activité nécessitant des travaux lourds, et préconisait la recherche d'une activité professionnelle adaptée à son handicap.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'assuré a été convoqué pour un examen rhumatologique au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) le 6 mai 2009 (cf. avis SMR du 24 avril 2009). Dans son rapport du 15 mai suivant, le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de status post-pose de prothèse totale de la hanche gauche pour une nécrose aseptique de la tête fémorale (M87.9), de lombalgies chroniques dans un contexte de discopathies étagées L4-L5, L5-S1 et de troubles statiques, et de cervicalgies dans un contexte de discarthrose modérée en C5-C6, C6-C7. Il a également diagnostiqué, comme sans répercussion sur la capacité de travail, un status post-opération d'un kyste de la face interne du genou droit et un status post-opération d'une hernie inguinale bilatérale. Le Dr N._____ a fait valoir notamment ce qui suit au chapitre « appréciation du cas » de son rapport :

« Lors de l'entretien, Monsieur I._____ nous décrit sa reprise professionnelle dans les suites de la prothèse totale de hanche, qui a été posée en janvier 2006. L'assuré a pu reprendre à 100% à quatre mois postopératoires ; il a continué à travailler dans le même poste, mais n'a plus réussi à porter de charges lourdes. Le fait d'aller sur les échafaudages, les escaliers, de travailler dans des positions diverses, augmentaient les douleurs de la hanche. L'assuré ne répondant pas aux attentes de l'employeur, il a été licencié à fin décembre 2008.

Monsieur I._____ se dit incapable de retravailler dans son ancienne activité de maçon, en raison non seulement de la hanche G, mais à présent de la hanche D qui, depuis une année, le gêne, avec des douleurs mécaniques. L'assuré se dit également toujours gêné au niveau de son genou D par une douleur postéro-interne de type mécanique, il n'a pas revu le Dr K._____. L'assuré a des problèmes lombaires depuis plus de dix ans, avec des arrêts de travail depuis cette époque, lors de blocages environ 2x/an. Les lombalgies décrites sont de type mécanique.

L'assuré annonce également des cervicalgies de type mécanique présentes depuis quatre ans, augmentées en extension de la nuque,

les symptômes le gênaient particulièrement lorsqu'il travaillait les bras surélevés.

Globalement, l'assuré se décrit moins symptomatique, depuis qu'il a arrêté son activité professionnelle physiquement lourde.

L'assuré reste indépendant pour ses soins personnels, est capable de faire son ménage, a une bonne intégration sociale.

Il prend deux fois par semaine du Dafalgan®, et rarement du Méfénacide®.

A l'examen clinique, l'assuré n'a pas de comportement algique, pas de boiterie à la marche. La station assise est bien tolérée pendant les 55 minutes de l'entretien. L'assuré a un poids normal, globalement la musculature est peu développée pour quelqu'un ayant travaillé dans la construction. Le status de médecine interne est sp. Il n'y a pas de récurrence de hernie inguinale, l'assuré a eu une pose de filet par cœlioscopie.

Au niveau articulaire périphérique, l'assuré a un status post pose de prothèse totale de la hanche à G, avec une légère amyotrophie de la cuisse ; la mobilité de la hanche est bonne et indolore. Du côté D, l'examen oriente vers une composante de périarthrite de la hanche, l'assuré a une mobilité conservée, mais des douleurs au niveau rétro-trochantérien, reproductibles à la palpation.

Le genou D a une mobilité complète, il n'y a pas de signe d'instabilité, pas d'épanchement. A la palpation, nous ne percevons pas de récurrence du kyste. Le compartiment interne est indolore à la palpation. L'assuré a une douleur élective sur l'insertion des ischio-jambiers et sur le ligament latéral interne. Il n'y a pas de blocage méniscal.

Au niveau du rachis, l'assuré a des troubles statiques modérés, avec une scoliose dorsale à convexité G, avec une gibbosité de 1,5 cm, persistant en flexion du tronc. Il n'y a pas de syndrome rachidien, la mobilité est conservée en flexion et en extension, limitée en flexion latérale G en raison de la scoliose. Les trois derniers étages lombaires sont douloureux à la palpation, mais sans contracture paravertébrale. Il n'y a pas de sciatalgie irritative.

Au niveau cervical, l'assuré est limité légèrement en rotation du côté G et en flexion latérale ; la palpation retrouve une douleur au niveau cervical moyen G, mais sans contracture. Les mouvements automatiques de la nuque sont conservés. Nous ne retenons pas de syndrome rachidien au niveau cervical.

L'examen neurologique permet d'exclure une atteinte radiculaire. Nous retrouvons l'atteinte sensitive décrite par le Dr K. _____ à la face interne de la jambe D.

Les radiographies de mars 2009 montrent une prothèse totale de la hanche G en place, sans signe de décrolement. A droite, nous ne visualisons pas de coxarthrose, pas de calcification tendineuse.

Les radiographies du genou de juillet 2008 montrent une ébauche de pincement du compartiment interne, mais sans sclérose ni ostéophytose ; la radiographie est dans la limite des normes, le pincement devrait être comparé avec une radiographie de face du côté G pour pouvoir juger de son importance. Il n'y a en tout cas pas d'arthrose conséquente.

Les radiographies de la nuque de décembre 2008 montrent une discarthrose modérée en C5-C6 et C6-7.

Les radiographies lombaires de 2005 montrent un début de pincement postérieur en L4-L5, L5-S1, avec un début de spondylose antérieure, témoin d'une discopathie. La scoliose lombaire à convexité D est légère. De nouvelles radiographies ont été effectuées au niveau du rachis lombaire en avril 2009, montrant une légère aggravation du pincement postérieur. Nous n'avons pas de CT ou d'IRM pour juger de la gravité des discopathies. Il n'est pas nécessaire d'en faire actuellement, au vu de l'absence de syndrome rachidien, de l'absence de sciatique irritative.

Les limitations fonctionnelles

Hanche G : pas de travail en position accroupie, pas de montée-descente répétée d'escaliers ; pas de marche sans s'arrêter au-delà du km.

Rachis lombaire : pas de mouvement répété de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà de 1h30.

Rachis cervical : pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de travail prolongé avec les bras au-dessus du niveau de la tête, pas d'exposition aux vibrations.

Surdité D, diminution de l'audition G avec appareillage : pas de travail en environnement bruyant. »

Se prononçant sur la capacité de travail, le Dr N. _____ retenait une incapacité totale depuis la pose de la prothèse de hanche en janvier 2006 dans l'activité de maçon sans adaptation de son poste de travail, étant souligné que l'assuré avait pu reprendre son travail dans un poste partiellement adapté. La capacité de travail exigible était déterminée par la tolérance mécanique de la hanche gauche, du rachis lombaire et du rachis cervical ; elle était complète dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, à un mois de l'opération de hernie inguinale bilatérale, soit dès le 15 mars 2009.

Dans un rapport médical du 20 mai 2009, le Dr W._____, médecin au SMR, s'est référé au rapport d'examen clinique du Dr N._____, et a considéré qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était exigible dès le mois de janvier 2006, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé au 14 mars 2009.

Le 3 septembre 2010, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a adressé au Dr E._____ un avis médical, après avoir reçu l'assuré en consultation le jour-même. Le Dr R._____ considérait que toutes les activités de force, le travail en porte-à-faux lombaire antérieur, les accroupissements et les agenouillements répétés ainsi que les marches prolongées étaient contre-indiquées, tant pour les problèmes de rachis que pour ceux liés à la hanche, de sorte que l'ancienne activité de maçon n'était plus exigible. Sur un plan théorique, il estimait que la capacité pouvait être de 100%, avec un rendement de l'ordre de 70%, dans un travail adapté tel que la surveillance de machines et la gestion d'un entrepôt.

Dans le cadre de la réinsertion professionnelle, une capacité de travail de 50% a été attestée par le Dr E._____. Une première mesure a débuté le 2 juin 2009, consistant en des travaux de conciergerie, des petites réparations et quelques aménagements en bois. La mesure s'est prolongée à 50% - l'assuré ayant refusé d'augmenter son taux de travail malgré de bonnes références - jusqu'au 28 août 2009 afin de faire le lien avec la prise en charge par l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) le 1^{er} septembre suivant. De janvier à août 2010, par le biais de l'assurance-chômage, l'assuré a effectué différents stages au sein de la Fondation Intégration pour tous (ci-après : IPT), dans les métiers d'aide de cuisine, magasinier, agent d'entretien polyvalent en hôpital et employé de nettoyage. Il résultait des rapports de la Fondation IPT et des procès-verbaux d'entretien avec l'OAI que les premiers stages ont révélé un assuré motivé, se donnant de la peine (cf. notamment rapport intermédiaire d'IPT du 1^{er} juin 2010) avant que ne soient relevés, lors des stages suivant, une motivation et un engagement insuffisants. Il a également été constaté qu'outre les limitations fonctionnelles de l'assuré,

son faible niveau de compétence en français et son ouïe diminuée, lesquels empêchaient le suivi de cours et l'acquisition de compétences théoriques, ne permettaient pas de définir un projet professionnel adéquat permettant de diminuer son préjudice économique (cf. notamment « proposition de DDP » du 5 octobre 2010 de l'OAI). L'OAI a dès lors mis un terme au droit aux mesures d'ordre professionnel et proposé l'aide au placement (cf. communication du 11 octobre 2010).

Par projet de décision du 11 octobre 2010, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Malgré la présence d'atteintes à la santé, il a considéré que l'intéressé conservait la capacité d'exercer à 100% une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle qu'une activité industrielle légère ou un travail comme employé technique ou concierge, et ce dès le mois de mars 2009. De la comparaison faite entre ses revenus avant la survenance de l'atteinte à la santé, soit 67'860 fr. (cf. questionnaire de l'employeur du 22 avril 2009), et après dite survenance, soit 52'177 fr. (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2008, TA1, niveau de qualification 4), il résultait un degré d'invalidité de 23.1%, inférieur au seuil ouvrant le droit à la rente.

Les objections à ce projet formulées par l'assuré le 8 mars 2011 ont fait l'objet d'un examen par le SMR. Singulièrement, dans un avis médical du 14 mars 2011, le Dr Z. _____ a relevé que la position de l'OAI se fondait sur un examen rhumatologique complet alors que le courrier du Dr R. _____, sur la base duquel l'assuré fondait son argumentation, répercutait les plaintes de ce dernier sans comporter aucun status ; la baisse de rendement de 30% n'était justifiée par aucun élément objectif. Le Dr Z. _____ ajoutait en outre que les observations faites lors de stage pouvaient être influencées par de nombreux facteurs extra-médicaux, soit en l'occurrence le faible niveau de compétences en français et le faible niveau d'instruction.

Par décision du 20 mai 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 octobre 2010. Dans une lettre d'accompagnement datée du

même jour, il a relevé que pleine valeur probante pouvait être accordée au rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR, fondé sur des éléments objectifs, en dépit de l'avis contraire du médecin traitant, lequel tenait compte d'éléments subjectifs (plaintes de l'assuré). En outre, la baisse de rendement de 30% retenue par le Dr R._____ n'était justifiée par aucun élément objectif. S'agissant de l'aspect professionnel, particulièrement du fait qu'il n'existerait pas d'activité adaptée à ses différentes limitations, l'OAI a répondu que cet aspect avait fait l'objet d'un examen attentif par son spécialiste en réinsertion professionnelle ainsi que dans le cadre de la mesure en place au sein d'IPT et qu'il avait été retenu un travail comme magasinier léger, employé dans une conciergerie ou un service technique (entretien de locaux ou d'installations, surveillance de parking), employé de conditionnement ou employé à la surveillance de machines de production dans l'industrie légère. L'OAI relevait finalement que si la Fondation IPT évoquait l'influence de l'état de santé de l'assuré lors des premiers stages, elle avait ensuite clairement parlé d'un manque de motivation et d'investissement de ce dernier. Quant aux difficultés linguistiques, elles représentaient un facteur non médical dont l'assurance-invalidité n'avait pas à tenir compte.

Le 20 juin 2011, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, laquelle l'a déclaré irrecevable faute de paiement de l'avance de frais dans le délai fixé. La décision du 20 mai 2011 est dès lors entrée en force.

B. Par courrier du 18 septembre 2012, le Dr E._____ a remis à l'OAI trois avis médicaux, estimant que les diagnostics retenus justifiaient une révision du dossier de son patient ; il figurait les rapports du Dr L._____, médecin chef à l'unité d'otoneurologie et d'audiologie, Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du J._____, de la Dresse T._____, cheffe de clinique au Département de psychiatrie, Service de psychiatrie générale du J._____, et du Dr D._____, chef de clinique à la V._____.

Dans son rapport du 30 juillet 2012, le Dr L._____ posait les diagnostics de déficit vestibulaire périphérique droit sévère canalaire et otholitique non compensé, de cophose droite après labyrinthite infectieuse postopératoire en 2002 et de surdité mixte sévère gauche après chirurgie d'un cholestéatome en 2004. Il mentionnait dans son anamnèse la présence de vertiges à type de tangage apparus depuis l'opération de 2002, augmentés aux changements de position et d'une durée de quelques minutes, et la présence d'acouphènes intermittents bilatéraux prédominant à droite, de haute et basse fréquence. L'assuré présentait une faible performance d'équilibre avec une sous-utilisation des trois afférences sensorielles, notamment vestibulaire dans l'organisation de l'équilibre. Au terme de son rapport, le Dr L._____ confirmait que l'atteinte, qui se manifestait par des vertiges, était fortement invalidante.

Dans son rapport du 27 août 2012, la Dresse T._____ indiquait avoir vu l'assuré en consultation à trois reprises, en juin et août 2012, et fait réaliser des examens psychologiques sur deux journées en juillet 2012. Elle faisait état d'une symptomatologie dépressive en raison de problèmes récurrents de santé (oto-rhino-laryngologiques et orthopédiques) présentés par l'assuré depuis plusieurs années, de l'incapacité à se réinsérer dans le monde du travail et, depuis fin 2011, après l'échec successif de plusieurs tentatives de réinsertion professionnelle par le biais de l'assurance-invalidité et avec la fin des prestations de chômage, de l'émergence à l'aide sociale et la présence de symptômes dépressifs. Sous le chapitre « discussion », elle exposait ce qui suit :

« Sur le plan diagnostique, nous retenons un épisode dépressif majeur, d'intensité modérée (humeur dépressive, troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur, fatigue et perte d'énergie, sentiment de dévalorisation, diminution de l'appétit à penser et à se concentrer, pensées de mort récurrentes). Ces symptômes se sont développés suite à des échecs répétés de réinsertion professionnelle, ainsi que dans le contexte de douleurs chroniques et d'acouphènes et du sentiment d'être dépassé par des situations nouvelles et non familières auxquelles il ne parvient pas à faire face. Au terme de l'investigation, on note une très légère amélioration symptomatique (humeur moins déprimée, moins de ruminations, mais persistance du reste de la symptomatologie) après que le crédit contracté [a] pu être réduit grâce à l'intervention d'une

assistante sociale du CSR et ait pu être payé grâce au prêt d'argent d'un ami.

Ce tableau est aggravé par un fonctionnement intellectuel limite, par le faible niveau de scolarisation et les difficultés cognitives, ainsi que par les difficultés d'adaptation à diverses situations socio-administratives. Les examens psychologiques effectués soulignent en effet chez le patient un fonctionnement carencé marqué par des troubles de la représentation abstraite et par des troubles archaïques de la pensée signifiant un fonctionnement de personnalité psychotique. Les tests révèlent également que l'efficacité intellectuelle est limite, proche de la déficience, et soulignent les lacunes dans les acquisitions scolaires de base, tant en calcul, qu'en lecture et écriture, un manque d'investissement du langage, des difficultés dans le raisonnement non verbal, des troubles mnésiques importants au niveau de la mémoire à court terme, une lenteur psychomotrice et des difficultés d'apprentissage. Enfin, une atteinte organique, de type neuropsychologique, comme un émoussement sur le plan cognitif n'est pas exclue.

Ainsi les capacités mentales et d'adaptation apparaissent dépassées pour faire face aux multiples problèmes somatiques (problèmes de douleurs et d'audition) et professionnels auxquels est confronté le patient, tandis que l'on note un épuisement et une résignation sur le plan affectif avec l'installation de symptômes dépressifs. Avec ces éléments décrits, une réinsertion professionnelle nous apparaît compromise, vu les limitations tant sur le plan physique et mental. Un soutien médical régulier tel que le pratique le Dr E. _____ nous apparaît ainsi indiqué pour soutenir le patient dans ses difficultés. A relever qu'un suivi spécialisé n'aurait selon nous pas d'incidence sur les capacités intellectuelles et cognitives, ni sur les capacités d'adaptation réduites consécutivement à l'accumulation de problèmes somatiques. »

Dans son rapport du 12 septembre 2012, le Dr D. _____ reprenait les diagnostics précédemment cités, savoir un déficit vestibulaire périphérique droit sévère canalaire et otolithique non compensé, une cophose droite après labyrinthite infectieuse postopératoire en 2002, une surdité mixte sévère gauche après chirurgie d'un cholestéatome en 2004, un épisode dépressif majeur d'intensité modérée, un fonctionnement intellectuel limite et des difficultés liées à l'éducation et à l'alphabétisation. Il rappelait qu'au cours de l'année 2002, l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge opératoire d'un cholestéatome à droite, malheureusement compliquée d'une labyrinthite infectieuse dont il gardait encore des séquelles à l'heure actuelle. Ces séquelles se manifestaient principalement par des troubles de l'équilibre et une hypoacousie qui compromettaient grandement sa capacité de travail, toutes les tentatives de réinsertion s'étant soldées par un échec.

Se référant aux rapports des Drs L._____ et T._____, à la durée des symptômes et aux efforts importants déjà entrepris pour une réinsertion, il estimait comme pratiquement nulles les chances de réinsertion de l'assuré dans un poste répondant aux limitations fonctionnelles actuelles. Les diagnostics actuellement retenus et les nouveaux éléments cliniques, notamment le déficit vestibulaire périphérique droit sévère non compensé objectivé par vidéonystagmographie, semblaient être des arguments suffisants pour demander une révision du dossier de l'assuré auprès de l'OAI, en vue de l'obtention d'une rente.

Le 15 octobre 2012, une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité a été déposée par I._____, lequel renvoyait aux avis médicaux remis par son médecin traitant.

Le SMR s'est prononcé le 25 février 2013 sur les éléments médicaux au dossier, exposant notamment ce qui suit :

« L'atteinte psychiatrique est ici mentionnée pour la première fois. En février 2009, le Dr E._____ précisait qu'« un reclassement professionnel sera nécessaire » et « je lui recommande de faire une démarche dans ce sens auprès de l'AI ». Ceci signifie clairement que le Dr E._____ reconnaissait alors une capacité de travail dans une activité adaptée. Selon la Dresse T._____, les symptômes dépressifs seraient apparus depuis la fin de 2011. Le fonctionnement intellectuel limite, comme les difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation n'ont pas empêché l'assuré de travailler dans des activités simples, et ne constituent de ce fait pas un obstacle à une réinsertion.

En ce qui concerne l'atteinte ORL, il convient de souligner qu'elle était connue de l'AI au moment de la décision, puisque l'appareillage a été payé par l'institution. Le syndrome vertigineux est mentionné par le Dr E._____ en mai 2009. Le même médecin, dans un courrier au [médecin-conseil de G._____] du 25.5.2009 écrit : « il est clair que la surdité avec implant cochléaire ne justifie pas une incapacité de travail. Le syndrome vertigineux est par contre un problème bien intég[ré] par l'employeur qui a évité d'exposer son ouvrier à des travaux sur des échafaudages ». Ce passage expose très clairement que les vertiges entraînent des limitations fonctionnelles (pas de travail sur échafaudages, etc.), mais ne sont pas responsables d'une incapacité de travail dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que la survenue d'un état dépressif postérieure à la décision de 2011 est plausible, mais pas vérifiée.

Je propose une expertise psychiatrique. »

L'expertise psychiatrique a été réalisée en juin 2013 par la Dresse Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport rédigé le 25 mars 2014 faisait état de quinze diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail ; neuf d'entre eux relevaient du chapitre V - Troubles mentaux et du comportement de la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), dont notamment le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique actuellement (F33.2), cinq diagnostics relevaient du chapitre XXI - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé, et classés majoritairement sous « difficultés liées à l'environnement social » (Z60), le dernier diagnostic étant quant à lui libellé « fonctionnement intellectuel limite » (R41.8). Au terme de son expertise, la Dresse Q._____ considérait qu'aucune activité n'était plus exigible de la part de l'assuré eu égard à l'accumulation d'atteintes sur le plan psychiatrique, musculo-squelettique, vestibulaire et auditif.

Dans un avis du 13 mai 2014, le SMR a relevé que le délai de dix mois de l'experte pour établir son rapport n'était pas conforme aux attentes, que certaines données avaient été omises (objet de l'expertise, introduction, anamnèse selon les pièces médicales au dossier) et que l'on se perdait dans la chronologie des faits, rendue difficilement compréhensible par des interprétations et commentaires de l'experte, pour certains inappropriés. Il estimait que la valeur probante ne pouvait être accordée à cette expertise dans la mesure où la Dresse Q._____ ne discutait pas les points litigieux ni les pièces médicales antérieures au dossier, l'exposé du contexte médical n'était pas clair, les quinze diagnostics retenus comme ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient imprécis et pour certains étaient des facteurs influant sur l'état de santé non incapacitant (classifiés sous Z dans la CIM-10), l'appréciation de la situation médicale n'était pas convaincante, l'experte sortait clairement de son champ de compétence en tenant compte des atteintes somatiques de l'assuré et faisait preuve de partialité en faveur

de l'expertisé. Le SMR a dès lors considéré que cette expertise était inexploitable et suggéré de procéder à un examen psychiatrique au sein de son service.

L'assuré a été convoqué le 1^{er} juillet 2014 pour l'examen clinique psychiatrique, réalisé par la Dresse M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en présence d'un traducteur. Dans son rapport rédigé le 16 septembre suivant, il n'a été retenu aucun diagnostic d'atteinte psychiatrique à la santé affectant la capacité de travail ; les diagnostics de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) et de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, ont été reconnus comme sans répercussion sur la capacité de travail. Sous l'intitulé « Appréciation du cas », la Dresse M._____ s'est exprimée notamment comme suit :

« Au status de ce jour, l'assuré se présente ponctuellement, son hygiène et son habillement sont tout à fait dans les normes, il est soigné. Il ne présente pas de troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration. Il se montre très collaborant. Il ne présente aucun trouble floride de la lignée psychotique.

Sur le plan de l'anxiété, l'assuré ne présente pas d'anxiété majeure, il ne présente pas d'attaques de panique ni anamnesticque ni en cours d'examen. Il ne présente pas les critères d'un trouble d'anxiété généralisée.

Sur le plan de la thymie, l'assuré présente de la tristesse en relation avec sa situation socio-économique. Il est sans travail n'est pas entouré de sa famille qui vit elle au Portugal, vit seul dans un petit appartement à Orbe. Il [a] un rythme de vie bien séquencé, il a des activités régulières. Il va voir régulièrement des amis. Il n'a pas d'idées noires, il n'a pas eu de tentative de passage à l'acte suicidaire. L'assuré ne présente donc pas les symptômes d'un épisode dépressif majeur et donc pas de pathologie psychiatrique grave. Interrogé sur l'évolution de sa situation, l'assuré dit se présenter à l'examen de ce jour comme il était en 2012. Il n'y a donc pas de changement depuis 2012. L'assuré ne présente donc aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion durable sur la capacité de travail.

Le diagnostic dépressif majeur d'intensité moyenne retenu par le Dr T._____ dans un rapport médical se base seulement sur 3 consultations, en date des 11, 18 juin et 17 août 2012 ainsi que sur des examens psychologiques des 10 et 18 juillet 2012 et il n'a pas eu de répercussion durable sur la capacité de travail puisqu'il était bien indiqué que déjà à la fin de l'investigation, l'assuré présentait une amélioration clinique dans le cadre de la résolution de ses problèmes financiers. »

La Dresse M. _____ a conclu qu'en l'absence de diagnostics incapacitants psychiatriques, l'assuré ne présentait pas de limitation fonctionnelle ni incapacité de travail, et ce depuis toujours.

Dans un avis du 26 septembre 2014, le SMR a relevé que l'examen psychiatrique précité n'avait pas mis en évidence d'atteinte à la santé psychique à caractère incapacitant, singulièrement il n'avait pas objectivé de symptômes d'un épisode dépressif majeur, uniquement quelques signes d'un état anxio-dépressif en lien avec la situation socio-familiale de l'assuré, pas d'antécédent psychiatrique, de suivi psychiatrique ni traitement psychotrope. L'examen psychiatrique avait pleine valeur probante, de sorte qu'il y avait lieu de reconnaître à l'assuré, sur ce plan, une pleine capacité de travail dans toute activité. Sur le plan somatique, il était rappelé que l'assuré restait limité dans l'exercice d'une activité par les limitations fonctionnelles découlant du status après mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche pour nécrose aseptique de la tête fémorale et de ses troubles auditifs ; il était ainsi renvoyé au rapport d'examen clinique rhumatologique du 20 mai 2009.

Le 30 septembre 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité, des mesures de reclassement n'étant par ailleurs pas envisageables. Il a estimé qu'aucune aggravation durable de son état de santé n'était rendue plausible depuis la dernière décision de l'assurance-invalidité, l'évaluation psychiatrique du 1^{er} juillet 2014 ayant démontré l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques avec répercussion sur la capacité de travail. Partant, l'assuré présentait toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et un degré d'invalidité de 23% n'ouvrant pas le droit à la rente.

Dans sa contestation du 3 novembre 2014, l'assuré a fait valoir que seule une investigation d'ordre psychologique avait été entreprise dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, sans qu'il ne soit examiné le nouvel élément d'ordre somatique, savoir le déficit

vestibulaire périphérique droit sévère non compensé, lequel n'apparaissait pas dans les examens auxquels il avait été soumis lors de sa première demande. Outre une investigation complémentaire sur le plan somatique, l'assuré requérait une nouvelle expertise psychiatrique eu égard aux conclusions diamétralement opposées des Dresses Q._____ et M._____.

Invité à se prononcer sur le courrier de l'assuré, le SMR a relevé, dans un avis du 14 novembre 2014, que le déficit vestibulaire périphérique droit sévère non compensé était déjà connu au dossier depuis 2009 au moins, un syndrome vertigineux étant décrit par le Dr E._____ dans son rapport du 4 mai 2009 ainsi que dans ses rapports à l'assureur perte de gain ; les répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail avaient été clairement discutées dans l'avis médical du 25 février 2013. Sur le plan psychiatrique, il rappelait que le rapport d'examen clinique du 1^{er} juillet 2014 remplissait les critères de qualité requis en matière de valeur probante, contrairement à l'expertise de la Dresse Q._____ dont les conclusions ne pouvaient être suivies.

Par décision du 20 novembre 2014, l'OAI a maintenu son refus de droit à une rente d'invalidité.

C. I._____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 19 décembre 2014, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est accordé, subsidiairement à l'annulation de la décision. En substance, il reproche l'absence de nouvelle instruction sur le plan somatique, alléguant que le rapport du Dr D._____ n'est pas superposable au rapport d'examen rhumatologique SMR du 6 mai 2009. Il relève que le diagnostic de déficit vestibulaire périphérique droit sévère non compensé objectivé n'avait jusqu'alors pas été posé, que la surdité n'avait pas été mentionnée comme se répercutant sur sa capacité de travail mais uniquement prise en compte, dans une mesure très légère, dans le cadre de ses limitations fonctionnelles, et que les séquelles liées à la prise en charge opératoire du cholestéatome, se manifestant

principalement par des troubles de l'équilibre et une hypoacousie, compromettent sa capacité de travail. Sur le plan psychique, il soutient que deux rapports d'expertise - de la Dresse Q. _____ et du Dr D. _____ - parviennent à la conclusion d'un épisode dépressif majeur ayant des incidences sur sa capacité de travail, de sorte que ces avis ne peuvent être écartés au profit des conclusions du rapport d'examen clinique établi par le SMR. Au terme de son écriture, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire destinée à évaluer sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 17 février 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le recourant a maintenu sa position dans ses déterminations du 12 mars 2015.

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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'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).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

2. En l'espèce, par décision du 20 novembre 2014, l'OAI a dénié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité en l'absence d'aggravation durable de son état de santé depuis la dernière décision du 20 mai 2011, entrée en force. Le recourant conclut à la réforme de la décision attaquée, considérant ne pas être en mesure de reprendre une activité lucrative. Se référant particulièrement aux considérations émises par le Dr D._____, il réfute que son état de santé somatique soit superposable à celui résultant du rapport d'examen rhumatologique réalisé en mai 2009. Sur le plan psychiatrique, il conteste la seule référence au rapport d'examen clinique de juillet 2014 dans la mesure où les conclusions relatives à sa capacité de travail divergent de celles émises par l'experte Q._____ et le Dr D._____.

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. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

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. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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. 3 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 n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). 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 de refus de rente, 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 consid. 5.4, 130 V 75 consid. 3.2).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a eu recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être

lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références).

L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles de preuve légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres. Si la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b), elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. L'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou

qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

5. A teneur des griefs formulés, le recourant s'en prend à l'appréciation de la situation médicale tant sur le plan somatique que sur le plan psychique.

a) Le recourant fait valoir une péjoration de son état de santé physique, plus exactement la reconnaissance du diagnostic de déficit vestibulaire périphérique droit sévère non compensé objectivé et la répercussion de sa surdité et des séquelles liées à la prise en charge opératoire de cholestéatomie sur sa capacité de travail.

aa) La demande déposée en mars 2009 a donné lieu à l'examen clinique rhumatologique SMR du 6 mai 2009, mettant en évidence les diagnostics incapacitant de status post-pose de prothèse totale de la hanche gauche pour une nécrose aseptique de la tête fémorale, de lombalgies chroniques dans un contexte de discopathies étagées (L4-L5, L5-S1) et de troubles statiques, et de cervicalgies dans un contexte de discarthrose modérée (C5-C6, C6-C7) ; les status de post-opération d'un kyste de la face interne du genou droit et d'une hernie inguinale bilatérale ont été retenus comme n'affectant pas la capacité de travail. L'interruption de l'activité professionnelle de maçon était justifiée, la capacité de travail dans cette profession étant reconnue comme nulle dès janvier 2006 ; une capacité de travail totale, déterminée par la tolérance mécanique de la hanche gauche, du rachis lombaire et du rachis cervical, était cependant admise dans toute activité respectant les

limitations fonctionnelles énoncées. Singulièrement, le travail en position accroupie, la montée-descente répétée d'escaliers et la marche sans arrêt au-delà d'un kilomètre étaient empêchés par l'atteinte à la hanche gauche ; les troubles rachidiens empêchaient le mouvement répété de flexion-extension, l'attitude en porte-à-faux, le port de charges au-delà de 10 kilos, la position statique debout au-delà de 30 minutes et assise au-delà d'une heure et 30 minutes, l'attitude prolongée de la tête en extension, le travail prolongé avec les bras au-dessus du niveau de la tête et l'exposition aux vibrations ; la surdité à droite et la diminution de l'audition à gauche avec appareillage empêchaient le travail en environnement bruyant.

Les avis médicaux des Drs L._____ et D._____ émis dans le cadre de la nouvelle demande de prestations d'invalidité s'accordent sur l'existence d'une péjoration de l'état de santé somatique du recourant.

Dans son rapport du 30 juillet 2012, le Dr L._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, énonce un déficit vestibulaire périphérique droit sévère canalaire et otolithique non compensé et une faible performance d'équilibre avec une sous-utilisation des trois afférences sensorielles, notamment vestibulaire dans l'organisation de l'équilibre. Il confirme la présence d'une atteinte fortement invalidante pour le recourant, se manifestant par des vertiges. Dans son rapport du 12 septembre 2012, se référant à l'avis du spécialiste précité, le Dr D._____ confirme les diagnostics retenus, à savoir un déficit vestibulaire périphérique droit sévère canalaire et otolithique non compensé, une cophose droite après labyrinthite infectieuse postopératoire en 2002 et une surdité mixte sévère gauche après chirurgie d'un cholestéatome en 2004. Le recourant présente des séquelles de la prise en charge opératoire de la cholestéatome à droite compliquée d'une labyrinthite infectieuse, se manifestant principalement par des troubles de l'équilibre et une hypoacousie compromettant grandement sa capacité de travail. Les diagnostics et nouveaux éléments cliniques, notamment le déficit vestibulaire périphérique droit sévère non compensé objectivé par vidéonystagmographie, suffisent selon le Dr D._____ à l'obtention d'une rente entière d'invalidité.

bb) On ne saurait considérer, contrairement à ce que tend à soutenir l'office intimé, que le déficit vestibulaire périphérique droit sévère non compensé objectivé a été investigué dans le cadre de la première demande de prestations. Singulièrement, ce diagnostic n'a précisément été posé qu'en juillet 2012. Dans son rapport du 4 mai 2009, le Dr E._____ évoquait certes un syndrome vertigineux ; cependant, les plaintes formulées par le recourant étaient en lien avec ses lombalgies, ses gonalgies, sa hanche droite et le bruit ambiant sur les chantiers. Dans l'avis du 24 avril 2009 précédant l'examen clinique rhumatologique, le SMR retenait le syndrome vertébral lombaire, la pose de la prothèse totale de la hanche, le kyste de la face interne du genou droit, la hernie inguinale bilatérale, mentionnant comme comorbidités des troubles de l'audition, sans que ne soit évoqué le syndrome vertigineux. Dans son examen clinique rhumatologique, le Dr N._____ ne s'est pas prononcé sur ce syndrome, n'a pas évoqué les vertiges de l'assuré ni retenu de limitations s'agissant des travaux sur échafaudages. Par ailleurs, au chapitre « Anamnèse par système », on ne constate, s'agissant des troubles oto-rhino-laryngologiques, que la mention de la surdité totale à droite, l'audition à gauche étant stable, et l'apparition de céphalées lorsque l'assuré est dans un environnement bruyant.

Cela étant, le SMR considère que les troubles oto-rhino-laryngologiques du recourant ne l'empêchent pas d'exercer une activité lucrative adaptée à temps plein, les travaux sur échafaudages étant déconseillés (cf. avis SMR du 25 février 2013) et les travaux en environnement bruyant devant être évités (cf. rapport SMR du 20 mai 2009). Or les Drs L._____ et D._____ soutiennent que les répercussions objectives de ces troubles sont fortement invalidantes et compromettent sa capacité de travail, particulièrement les séquelles liées à la prise en charge opératoire du cholestéatome (troubles de l'équilibre) et l'hypoacousie.

Il appert ainsi que, selon toute vraisemblance, le recourant présente des manifestations objectives sous forme de vertiges, de

troubles de l'équilibre auxquels s'ajoutent une hypoacousie qui semblent compromettre sa capacité de travail. Les conclusions de l'examen clinique rhumatologique ne permettent pas de se convaincre du contraire, dès lors que les problèmes oto-rhino-laryngologiques n'ont pas fait l'objet d'un examen détaillé. En outre, l'analyse du SMR à ce propos, dans son avis du 25 février 2013, est très sommaire. Le fait de considérer que les répercussions du syndrome vertigineux sur la capacité de travail ont clairement été discutées dans l'avis du 25 février 2013, respectivement dans le rapport d'examen clinique rhumatologique du 15 mai 2009, est dès lors erroné (cf. avis SMR du 14 novembre 2014). Le seul spécialiste à s'être prononcé sur l'existence de ces troubles est le Dr L._____, sans toutefois qu'il ne se détermine précisément sur la question de leur influence sur la capacité de travail du recourant.

Il s'ensuit que faute d'une évaluation circonstanciée par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, l'instruction médicale apparaît incomplète sur le plan somatique. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à un complément d'instruction.

b) Le recourant estime que ses troubles de nature psychique ont été méconnus par l'autorité intimée, laquelle s'est fondée sur les conclusions de l'examen clinique psychiatrique diamétralement opposées à celles énoncées dans les rapports des Dresses T._____ et Q._____.

aa) Sur la base du rapport médical de la Dresse T._____, l'OAI a estimé plausible la survenance d'un état dépressif postérieure à la décision de refus de prestations du 20 mai 2011 et confié la réalisation d'une expertise psychiatrique à la Dresse Q._____, avant de mandater la Dresse M._____ pour un examen clinique psychiatrique.

Préliminairement, on soulignera, à l'instar de l'intimé, que l'expertise de la Dresse Q._____ ne répond pas aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 4b *supra*). En effet, outre ses propos inadéquats et la partialité dont elle fait preuve, l'experte pose de manière imprécise quinze diagnostics affectant

la capacité de travail, sans discuter les points litigieux ni les pièces médicales antérieures. Des éléments sont absents de son rapport (objet de l'expertise, anamnèse selon les pièces médicales au dossier notamment) alors que les atteintes somatiques sont longuement discutées, sortant ainsi du domaine de compétence de l'experte. Ce rapport doit dès lors être écarté de l'examen de la présente cause.

Dans son rapport du 27 août 2012, la Dresse T. _____ pose les diagnostics d'épisode dépressif majeur d'intensité modérée, de fonctionnement intellectuel limite et de difficultés liées à l'éducation et à l'alphabétisation. Elle relate une humeur dépressive, des troubles du sommeil, un ralentissement psychomoteur, une fatigue et une perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation, une diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer, et des pensées de mort récurrentes ; ces symptômes se sont développés à la suite d'échecs répétés de réinsertion professionnelle et dans le contexte de douleurs chroniques, d'acouphènes et du sentiment d'être dépassé par des situations nouvelles et non familières auxquelles l'assuré ne parvient pas à faire face. Au terme de l'investigation, la Dresse T. _____ note une très légère amélioration symptomatique, avec une humeur moins déprimée, moins de ruminations, mais la persistance du reste de la symptomatologie. Une réinsertion professionnelle lui apparaît compromise et un suivi spécialisé n'aurait pas d'incidence sur les faibles capacités intellectuelles et cognitives, ni sur les capacités d'adaptation réduites consécutivement à l'accumulation de problèmes somatiques.

Au terme de son examen clinique psychiatrique du 1^{er} juillet 2014, la Dresse M. _____ énonce l'absence de diagnostics incapacitants psychiatriques ; elle pose les diagnostics de difficultés liées à l'acculturation et de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, comme sans répercussion sur la capacité de travail. Elle fait état d'un assuré ne présentant pas de trouble de la mémoire, de l'attention ni de la concentration, ni les symptômes d'un épisode dépressif majeur. A cet égard, elle énonce un rythme de vie bien séquencé, des activités régulières, la rencontre d'amis, mais évoque la présence d'une

tristesse en relation avec sa situation socio-économique ; le recourant est sans travail, sans ressources, éloigné de sa famille et vit seul dans un petit appartement. En l'absence de diagnostics psychiatriques incapacitants, la Dresse M. _____ conclut à une capacité de travail totale, et ce depuis toujours.

bb) Considérant - à juste titre - que l'expertise de la Dresse Q. _____ ne remplit pas les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, l'OAI retient que seules les conclusions de l'examen psychiatrique de la Dresse M. _____ doivent être suivies (cf. avis SMR du 14 novembre 2014). Or force est de relever une opposition entre le contenu matériel de ce rapport et celui de la Dresse T. _____, sans qu'il ne se justifie d'écarter sans autre ce dernier.

En effet, on souligne en premier lieu que sur la base des dires de l'assuré (« Interrogé sur l'évolution de sa situation, l'assuré dit se présenter à l'examen de ce jour comme il était en 2012 »), la Dresse M. _____ mentionne l'absence de changement depuis l'année 2012. Cela étant, elle écarte le diagnostic de trouble dépressif, particulièrement d'épisode dépressif majeur d'intensité modérée posé par la Dresse T. _____, de manière sommaire alors qu'il lui appartient d'exposer les raisons pour lesquelles elle le réfute. Le fait que la Dresse T. _____ n'ait vu l'assuré que lors de trois consultations ne saurait être pertinent, la Dresse M. _____ ne l'ayant vu que le jour de l'examen, sans par ailleurs avoir procédé - semble-t-il - à des examens psychologiques comme ceux auxquels s'est soumis l'assuré en juillet 2012. On relèvera que les examens psychologiques effectués ont conduit la Dresse T. _____ à retenir un tableau (d'épisode dépressif majeur) aggravé par le fonctionnement intellectuel limite, le faible niveau de scolarisation, les difficultés cognitives et d'adaptation à diverses situations socio-administratives. Or le diagnostic de fonctionnement intellectuel limite n'est pas abordé dans l'examen de la Dresse M. _____ et son constat se résume à « pas de troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration ». Par ailleurs, le fait d'évoquer l'amélioration clinique à la fin de la prise en charge ne permet pas de réfuter sans autre que

l'éventuel trouble dépressif n'a pas eu de répercussion durable sur la capacité de travail. A cet égard, on rappellera que la Dresse T. _____ mentionne une « très légère amélioration symptomatique », soit une humeur moins déprimée et moins de ruminations, mais la persistance du reste de la symptomatologie.

Cela étant, la Dresse T. _____ ne se prononce pas précisément sur la capacité de travail du recourant. Elle souligne que les capacités mentales et d'adaptation apparaissent dépassées pour faire face aux multiples problèmes somatiques et professionnels auxquels est confronté le recourant, et constate l'existence d'un épuisement et une résignation sur le plan affectif avec l'installation de symptômes dépressifs.

Partant, les considérations médicales qui précèdent ne suffisent pas à établir de manière probante l'état de santé du recourant sur le plan psychique ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail. En effet, les avis incomplets et contradictoire des Dresses T. _____ et M. _____ ne permettent pas de statuer sur ces questions, de sorte qu'une instruction complémentaire s'avère nécessaire aux fins de clarifier la situation.

c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que les faits pertinents, tant sur le plan somatique que psychique, n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. On peut ainsi reprocher à l'OAI de ne pas avoir suffisamment instruit les éléments mis en avant dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du recourant. Compte tenu de ces circonstances, le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de renvoyer l'affaire pour que l'office intimé procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins d'élucider les points qui précèdent. Il

appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

6. a) En conclusion, le recours déposé le 19 décembre 2014 par I._____ doit être admis et la décision du 20 novembre 2014 annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations du recourant.

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. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

I. Le recours déposé le 19 décembre 2014 par I._____ est admis.

- II.** La décision rendue le 20 novembre 2014 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 dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité versera à I._____ le montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Valérie Mérinat (pour I._____)
- 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 :