

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Métral, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Z. _____, à [...],

et

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

Art. 8 LPGA ; 28 LAI ; 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant kosovar né en 1968, entré en Suisse en 1996, 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 [...] (ci-après : Clinique I._____). A l'issue d'un séjour dans le service de réadaptation générale du 12 juin au 5 juillet 2002, les médecins de la Clinique I._____ ont discuté la situation de l'assuré dans un rapport du 8 août 2002 et conclu comme suit :

« En septembre 2001, M. C._____ 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 envisagé.

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. C. _____ 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. C. _____ 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 X. _____, chef de clinique adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie du W. _____, a fait 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 X. _____ 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 Clinique I._____ de [...].

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-astragaliennne 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 X._____ 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 asséculoologique 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, C. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en raison de la fracture du calcanéum 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 X. _____ a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel le diagnostic de fracture du calcanéum droit avec ostéosynthèse était reconnu comme affectant la capacité de travail. Le Dr X. _____ exposait que le séjour à la Clinique I. _____ 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 X. _____ 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 14 mars 2005 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-astragalienne.

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 D._____, médecin au Service d'orthopédie et de traumatologie du W._____, a remis son rapport médical le 12 juillet 2005. Il posait les diagnostics d'arthrose de la sous-talienne de la calcanéo-cuboïdienne 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 D._____ 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 W._____. Finalement, le Dr D._____ 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 P._____, médecin au Service d'anesthésiologie du W._____, a posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique sous-talienne et calcanéo-cuboïdienne 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. C._____ 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 K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, faisant les constatations suivantes :

« M. C._____ 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. C._____ 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 K._____ 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 K. _____ 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 R. _____, 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 K. _____, 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 R. _____.

Selon les informations anamnestiques fournies par l'assuré, une évaluation psychiatrique aurait été également effectuée au R. _____ 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 M._____ et V._____ du Centre R._____ 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 M._____ et V._____, 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 R._____, 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. Par arrêt du 4 octobre 2013 (AI 291/12 - 256/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé par C._____, annulé la décision de l'OAI du 7 novembre 2012 et renvoyé la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision, au motif qu'il ne se justifiait pas, en l'état, d'écarter l'avis des Drs V._____ et M._____ au profit de celui de la Dresse E._____ et du SMR, et que les divergences entre les rapports médicaux auraient dû inciter l'OAI à ordonner une expertise médicale tendant à clarifier la situation sur le plan psychiatrique.

L'OAI a repris l'instruction du dossier et convoqué l'assuré à une expertise auprès du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'expertise psychiatrique a été réalisée le 28 avril 2014 en présence d'un interprète. Dans son rapport rédigé le 19 mai suivant, le Dr J._____ a retenu pour seul diagnostic une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique (F68.0), considérée comme n'affectant pas la capacité de travail. Sous l'intitulé « Appréciation du cas et pronostic », le Dr J._____ s'est exprimé notamment comme suit :

« [...] l'assuré a travaillé 8 mois en Suisse, jusqu'à l'accident du 18.09.2001 où il s'est cassé la jambe car un marteau piqueur lui est tombé dessus. A signaler que pendant ce moment-là, l'assuré n'a pas eu peur de mourir, selon lui, et qu'il n'y a pas eu de signes ou de symptômes d'un stress post-traumatique.

Depuis ce moment-là, l'assuré est incapable de travailler à cause de ses douleurs et les différents remèdes et opérations n'ont pas amélioré celles-ci.

Selon les documents mis à ma disposition, cet assuré aurait fait un état dépressif qui aurait été soigné par un psychiatre, mais l'assuré n'y a pas donné suite. Puis en 2011, il est à nouveau allé voir un psychiatre au R._____ qui parle d'un épisode dépressif avec symptomatologie psychotique et notamment des hallucinations auditives et visuelles.

L'expert s'étonne de cette symptomatologie qui n'apparaît nullement lors de l'examen effectué avec l'aide d'un interprète. Bien au contraire, l'assuré s'exprime correctement dans sa langue

maternelle, dans un discours cohérent, il n'y a pas de troubles formels de la pensée ni de troubles de la perception. J'ignore si le psychiatre du R. _____ a vu l'assuré avec l'aide d'un interprète. J'ai interrogé l'assuré par rapport à ses éventuelles hallucinations et la description faite par celui-ci ne correspond pas du tout à la description des troubles de la perception. De plus, dans une problématique psychotique avérée et décompensée, il y a soit des hallucinations auditives (ce qui est le plus fréquent), soit des hallucinations visuelles (ceci est extrêmement rare) et fait partie plutôt de la symptomatologie des tumeurs cérébrales).

A signaler qu'en 2012, un examen psychiatrique a été effectué au SMR et qu'aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail n'a été retenu.

Je retiens le même diagnostic qu'en 2012, c'est-à-dire une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique (F68.0), qui selon la CIM-10 est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés et entretenus par l'état psychique de l'assuré. A signaler également qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Si nous étudions de près les activités journalières de l'assuré, il est capable de conduire, d'ailleurs il a conduit depuis [...] jusqu'à [...], ce qui exclut les troubles cognitifs handicapants et notamment les troubles de la concentration et de la mémoire, il va également chez ses médecins en voiture ; de plus, il a une vie pratiquement normale, il est capable de regarder la télévision et d'avoir du plaisir (nous avons pu parler du football où l'assuré sourit en parlant de son équipe préférée [...]), il rencontre également des compatriotes.

Le problème principal de cet assuré est la douleur et l'intime conviction qu'il est malade et que c'est l'Etat qui doit le prendre en charge, notamment les assurances sociales, ce qu'il ne comprend pas.

Dans ce sens-là, nous sommes très proches d'une évolution vers un trouble somatoforme, mais, au moment de l'entretien, l'expert n'a pas trouvé les éléments nécessaires selon la CIM-10 pour poser ce diagnostic.

Au cours de l'entretien et après étude du dossier, je n'ai pas pu retenir des signes ou des symptômes parlant en faveur d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité, l'assuré se plaint d'un problème de douleurs et le cas est plutôt social que psychiatrique.

Le pronostic reste réservé, car l'assuré est convaincu qu'il est malade. »

Au terme de son rapport, le Dr J. _____ a conclu que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique et disposait d'une pleine capacité de travail.

Par avis du 2 juin 2014, le SMR s'est rallié à l'appréciation du Dr J._____, lequel confirmait les conclusions de la Dresse E._____, considérant que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier sur chantier et totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques d'épargne du membre inférieur gauche depuis le 18 décembre 2002.

Le 13 juillet 2015, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité. Il relevait que la capacité de travail entière dans toute activité adaptée admise par le SMR - et reconnue par le Dr J._____ au plan psychiatrique - conduisait au maintien des conclusions de sa précédente décision du 27 février 2008.

L'assuré, par son conseil, a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 2 septembre 2015. Il avançait l'existence de facteurs déterminants qui, par leur intensité et leur consistance, le rendaient incapable de fournir des prestations même dans une activité adaptée, et la présence d'un état dépressif de degré moyen, avec un suivi psychiatrique depuis 2007, qualifié en octobre 2012 par le Centre R._____ de trouble dépressif récurrent sévère existant depuis 2004. Au surplus, il mettait en doute la valeur probante de l'expertise du Dr J._____ et les conclusions du SMR, en contradiction avec les évaluations de ses médecins traitants.

Le SMR s'est prononcé dans un avis du 16 octobre 2015, relevant que les pathologies rapportées par l'assuré remonteraient à 2007, soit avant les examens des Drs E._____ et J._____, et qu'il était impossible à six mois (*sic*) de la dernière expertise d'avoir un trouble dépressif récurrent sévère, puisque cela présupposait l'existence d'un épisode dépressif dans le passé, ce qui n'était pas le cas. Il niait par ailleurs l'existence de facteurs déterminants, soulignant que le Dr J._____ mentionnait un assuré ne présentant pas de perte d'intégration sociale, allant chez le médecin en voiture et capable d'avoir du plaisir. Les allégations de l'assuré n'apparaissaient ni plausibles ni

convaincantes au vu du dossier, de sorte que le SMR maintenait ses conclusions antérieures en considérant que la situation était inchangée.

Par décision du 30 octobre 2015, l'OAI a maintenu son refus de droit à une rente d'invalidité.

G. C._____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 1^{er} décembre 2015, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu. Il requiert en outre une « analyse complète physico-psychiatrique » aux fins d'évaluer son état de santé par un spécialiste neutre. En substance, il fait valoir que sa capacité de gain est nulle en raison de son état de santé actuel, se référant au certificat médical de la Dresse K._____ du 24 mars 2011, au rapport des Drs V._____ et M._____ du 22 octobre 2012, dont les conclusions sont en contradiction avec celles de l'expert J._____.

Dans sa réponse du 2 février 2016, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le recourant n'a pas fait valoir d'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, 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 vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), 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 en l'espèce. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la nouvelle demande déposée le 15 février 2011.

3. a) 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. 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 (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères

d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], dispositions correspondant aux al. 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). 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 (133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a un recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGA). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 15 février 2011, ensuite de l'évocation par la Dresse K._____ d'un état anxio-dépressif majeur qui s'est greffé sur les atteintes somatiques. L'office a repris l'instruction en confiant à son service médical la réalisation d'un examen clinique psychiatrique, et au Dr J._____ une expertise psychiatrique à la suite de l'arrêt de renvoi de la

Cour de céans du 4 octobre 2013. Sur la base des informations recueillies, l'OAI a retenu qu'entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force - soit la décision du 27 février 2008 - et la décision litigieuse, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de façon à influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Le recourant, de son côté, a contesté ce point de vue en faisant essentiellement valoir que les conclusions de son médecin traitant et des psychiatres du Centre R._____ l'emportaient sur celles de l'expert et du service médical de l'intimé, respectivement qu'il y avait lieu de départager ces avis divergents au moyen d'une nouvelle expertise.

a) Sous l'angle somatique, la Dresse K._____ mentionne, dans ses rapports des 24 mars et 12 avril 2011, la fracture comminutive intra-articulaire du calcanéum droit, avec une gêne fonctionnelle nécessitant l'utilisation de cannes, et les dorsolombalgies. Dans son rapport du 26 juillet 2011, elle conclut à l'inaptitude du recourant à exercer tout métier physique.

Les atteintes précitées ne sauraient cependant être retenues comme des pathologies nouvelles invalidantes. En effet, les douleurs à l'endroit de l'ancienne fracture calcanéenne et les douleurs lombaires sont attestées depuis 2002 et n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée, à plein temps. Cette appréciation émane notamment des rapports des Drs S._____, X._____ et D._____, à l'origine de la décision initiale de refus de prestations du 27 février 2008.

aa) Singulièrement, il résultait des différents rapports médicaux que l'assuré présentait une ancienne fracture du calcanéum droit traitée par ostéosynthèse. La fracture calcanéenne était consolidée à 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

consécutives à la fracture et des altérations post-fracturaires du calcanéum (cf. rapport médical du 18 septembre 2002). Le Dr X. _____ 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 D. _____ 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 D. _____ et P. _____ 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 X. _____ des 3 septembre et 2 décembre 2002).

Les médecins ont en outre 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 Clinique I. _____ 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 également 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. Dans son rapport du 12 juillet 2005, le Dr D. _____ mentionnait 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.

bb) Il appert ainsi 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. La Dresse K._____, seul médecin à s'être prononcé sur le plan somatique dans le cadre de la nouvelle demande, n'a fourni aucune indication objective dans le sens d'une détérioration notable de l'état de santé de l'assuré sur ce plan. Au demeurant, bien que requérant une « analyse complète physico-psychiatrique », le recourant ne remet pas en cause l'appréciation de son état au plan physique, le dossier ayant au demeurant été considéré comme complet sous cet angle dans le cadre de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 4 octobre 2013.

Au regard des circonstances qui précèdent, le SMR (cf. avis des 31 octobre 2012 et 2 juin 2014) - et corollairement l'OAI - était fondé à retenir que la situation était à ce niveau la même que celle prévalant à l'époque de la décision antérieure.

b) Sous l'angle psychiatrique, une expertise a été mise en œuvre aux fins de départager les avis médicaux divergents au dossier.

aa) Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée en février 2011, la Dresse K._____ a évoqué une problématique psychique sous forme d'un état anxio-dépressif majeur (cf. certificat médical du 24 mars 2011). Elle a mentionné le suivi du recourant au Centre R._____, 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 (cf. rapport du 26 juillet 2011).

Les Drs V. _____ et M. _____ du Centre R. _____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques - diagnostic différentiel de possible schizophrénie - et de douleurs chroniques où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques, et estimé que l'incapacité de travail était totale depuis 2007. Ils ont mentionné 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. Le pronostic était défavorable selon les psychiatres compte tenu des difficultés du patient à adhérer au traitement, de la composante somatique, du contexte social avec des possibles bénéfices secondaires et de la longue durée d'évolution (cf. rapport du 22 octobre 2012).

De son côté, la Dresse E. _____ a retenu pour seul diagnostic une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique, sans influence sur la capacité de travail, cette dernière étant considérée comme entière du point de vue psychiatrique. Selon elle, il était possible que l'assuré ait développé une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle à ses douleurs chroniques ou simplement une humeur dépressive, qui était en rémission. Elle constatait l'absence de comorbidité psychiatrique manifeste, d'état psychique cristallisé et de perte d'intégration sociale, l'absence de prise en charge rhumatologique et peu de consultation auprès du médecin traitant. 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 (cf. rapport d'examen clinique du 4 mai 2012).

bb) Mandaté par l'intimé à la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans, l'expert J._____ a diagnostiqué, comme sans influence sur la capacité de travail, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique, diagnostic caractérisé selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique de l'assuré. En aparté, on soulignera que les rapports médicaux à l'origine de la décision initiale 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 (cf. rapport du 18 septembre 2002).

Cela étant, au statut clinique, l'expert observe notamment - avec l'aide de l'interprète - que l'assuré ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents et d'anciens souvenirs. Concernant la ligné dépressive, l'assuré n'est pas triste, l'humeur n'est pas dépressive. Il n'y a pas de signes ou symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur, il n'y a pas de sentiment d'inutilité mais des sentiments de dévalorisation et de découragement du fait qu'il ne peut pas travailler. Il n'y a ni idées noires ni envies suicidaires, l'assuré n'étant pas suivi par un psychologue ou un psychiatre, n'en voyant pas la nécessité (cf. « statut clinique », p. 12 ss du rapport d'expertise du 19 mai 2014). L'expert s'étonne de la symptomatologie psychotique énoncée par les psychiatres du Centre R._____, en l'absence de troubles formels de la pensée et de troubles de la perception, particulièrement s'agissant d'éventuelles

hallucinations. Il excluait également les troubles cognitifs handicapants, notamment les troubles de la concentration et de la mémoire eu égard au fait que l'assuré est capable de conduire. L'expert observe encore l'absence de perte d'intégration sociale compte tenu des activités journalières, décrites par le biais de l'interprète ; l'assuré a une vie pratiquement normale, regarde la télévision, a du plaisir et rencontre des compatriotes. En outre, s'agissant des plaintes de l'assuré, il rapporte que ce dernier ne prend plus de médicaments psychotropes, arrêtés après trois ans, parce qu'il n'en tirait aucun bénéfice et qu'il dormait tout le temps. L'expert confirme ainsi le diagnostic retenu en 2012 au terme de l'examen clinique psychiatrique, soulignant que l'entretien du 28 avril 2014 et l'étude du dossier de l'assuré ne mettent en évidence aucun signe ou symptôme parlant en faveur d'une maladie psychiatrique ni d'un trouble de la personnalité. Selon lui, le problème principal de l'assuré est la douleur, avec l'intime conviction qu'il est malade, sans pour autant retenir le diagnostic de trouble somatoforme. L'expert conclut ainsi que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique susceptible d'affecter sa capacité de travail, laquelle demeure entière.

cc) De ce qui précède, il résulte que l'expert J._____ a dûment pris position sur les divergences opposant les avis médicaux précédemment recueillis, que ce soit en termes de diagnostics ou de capacité résiduelle de travail. Le rapport d'expertise du 19 mai 2014 a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions motivées à satisfaction. Cette expertise remplit par conséquent les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 4b *supra*).

Il s'ensuit que les critiques du recourant concernant l'expert - et corollairement l'avis du SMR - apparaissent dénuées de pertinence. Il ne développe pas une argumentation propre à démontrer le caractère insoutenable des constatations de l'intimé ou à établir l'existence de

doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de l'expert J._____. Dite appréciation l'emporte sur celle des psychiatres du Centre R._____, lesquels posent un diagnostic défavorable en raison de la composante somatique, du contexte social et de la difficulté de l'assuré d'adhérer au traitement, éléments faisant évoquer une majoration de symptômes ou une démonstrativité, qui ne justifient pas, sur le plan médical, une incapacité de travail totale. A toutes fins utiles, on relèvera que les médecins 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 et 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1).

c) La situation du recourant s'avère très largement superposable à celle ayant donné lieu à la décision initiale du 27 février 2008. S'il convient toutefois d'ajouter aux atteintes somatiques déjà retenues celle de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, cette pathologie est toutefois sans incidence sur l'exercice d'une activité adaptée puisqu'elle est considérée comme n'étant pas incapacitante. Aucune aggravation des atteintes ayant motivé la précédente demande n'a par ailleurs été rendue vraisemblable, pas plus que l'existence de nouvelles limitations fonctionnelles ; aucun élément probant ne tend à démontrer que les pathologies s'additionnent et interagissent sur la capacité de travail d'une manière plus accrue que ce qui a été précédemment retenu. Il n'apparaît en définitive, entre la décision du 27 février 2008 et la décision litigieuse du 30 octobre 2015, aucune aggravation importante de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail.

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (« analyse complète physico-psychiatrique » selon les termes du recourant) n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées). En effet, une telle mesure

d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. a) En définitive, la décision attaquée du 30 octobre 2015 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit le 1^{er} décembre 2015 par C._____ doit être rejeté.

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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

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

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

- I.** Le recours déposé le 1^{er} décembre 2015 par C._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 octobre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Z. _____ (pour C. _____)
- 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 :