

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 avril 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Jomini et M. Zbinden, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P. _____, à Clarens, recourant, représenté par Me Philippe Liechti, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 43 et 61 let. c LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1963, qui a travaillé notamment comme déménageur et nettoyeur, a reçu un vase sur la tête le 1^{er} juin 2008. Dans un rapport médical initial du 17 juillet 2008 adressé à l'assureur-accidents E._____ Société d'Assurances SA, le Dr A._____, médecin traitant, a diagnostiqué une contusion et une plaie occipitale à la suite de cet événement, avec une incapacité de travail à 100% du 2 au 22 juin 2008.

Le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, a relevé ce qui suit dans son rapport d'expertise du 21 août 2008, rédigé sur mandat du médecin-conseil de l'assureur-accidents:

"4. Diagnostics:

Status post-traumatisme crânien.

Décompensation diabétique, en cours de prise en charge.

[...]

7. Incapacité à exercer la profession de nettoyeur:

Sur le plan post-traumatique, je ne vois pas de limitation pour Monsieur P._____ à poursuivre son activité de nettoyeur.

Sur le plan médical, la reprise d'activité à 100% devrait pouvoir être réalisable dès que les glycémies seront jugulées et le traitement adapté.

Je pense qu'actuellement il est raisonnable que Monsieur P._____ poursuive son activité à 50% jusqu'au prochain contrôle (26 août) chez son médecin traitant.

8. et 9. Autre activité envisageable:

Je pense que Monsieur P._____ peut poursuivre son activité de nettoyeur. D'autres activités sont également possibles, le problème principal étant lié à la maladie diabétique.

10. Remarques:

En résumé, je pense que l'on peut établir que Monsieur P._____ a bénéficié d'un premier arrêt de travail suite à un événement traumatique (arrêt de travail du 2 au 22 juin).

Il a ensuite été mis au bénéfice d'une interruption d'activité compte tenu de la découverte d'un problème médical (diabète). La correction de cette décompensation diabétique et l'établissement d'une thérapie efficace peuvent parfois s'avérer difficiles et nécessiter une adaptation professionnelle qu'on ne peut pas encore prédire à ce jour.

Les sciatalgies anamnestiques n'entrent à mes yeux pas en considération dans l'interruption d'activité.

A relever que Monsieur P._____ attribue lui-même son incapacité de travail actuelle à l'événement traumatique de début juin, ce qui me semble erroné.

En effet, il apparaît que Monsieur P._____ a dû interrompre son activité pour «accident» du 2 au 22 juin y compris. L'interruption établie dès le 23 juin me paraît être une cause entrant dans le cadre «maladie»."

Dans un rapport médical du 15 janvier 2009, le Dr I._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, a posé le diagnostic de diabète de type 2. Il a relevé que l'assuré était porteur d'un diabète sucré de type 2 avec une pénétrance familiale non négligeable et qu'il n'existait pas en l'état de complication avérée.

Dans une correspondance du 22 septembre 2009 adressée à l'avocat de l'assuré, les Desses T._____, chef de clinique adjoint et O._____, médecin assistante auprès de la Fondation de [...], secteur psychiatrique de l'Est vaudois à [...], ont observé ce qui suit:

"Suite à votre demande, nous vous faisons part des éléments suivants concernant le patient susnommé.

M. P._____ est suivi à notre Polyclinique depuis le 25 juin 2009. Le diagnostic retenu à ce jour est celui d'un épisode dépressif sévère sans symptomatologie psychotique et troubles de la personnalité sans précision. Il bénéficie depuis d'entretiens médico-psychiatriques réguliers avec la prescription d'un traitement anti-dépresseur et d'anxiolytique. Dans ce contexte, nous avons certifié pour ce patient une incapacité de travail à 100% du 04.07.2009 au 18.08.2009 ainsi que du 18.09.2009 au 31.10.2009."

Dans un courrier du 5 octobre 2009 adressé à l'avocat de l'assuré, le Dr E._____, nouveau médecin traitant, s'est exprimé en ces termes:

"Depuis janvier 2009 M. P._____ est en arrêt de travail avec périodes à temps partiel entre janvier et mai 2009.

De fait si un équilibre diabétique est précaire, il s'avère que l'équilibre psychique vient perturber et péjorer la situation d'où l'arrêt de travail et la prise en charge par la fondation de [...],

comme vous le savez sûrement. A ce sujet la doctoresse O. _____ a d'ailleurs prolongé le certificat jusqu'à fin octobre [2009]."

Sur mandat de l'assureur-accidents, la réalisation d'une expertise psychiatrique a été confiée à la Dresse X. _____, psychiatre française auprès de la Clinique K. _____ à [...]. A la suite d'une consultation clinique pratiquée le 29 octobre 2009, cette experte a retenu en particulier ce qui suit dans son rapport d'expertise du 20 novembre 2009:

"4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

Argumentaire

L'état dépressif décrit par sa psychiatre n'est pas retrouvé, mais plutôt une asthénie psychique et des troubles du caractère n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail.

Codes diagnostiques ICD-10

Nihil.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

Nihil.

5. Appréciation du cas

Les diagnostics antérieurement posés sont:

- Trouble anxio-dépressif associé.
- Episode dépressif sévère sans symptomatologie psychotique.
- Trouble de la personnalité sans précision.
- Autres:
 - Contusion et plaie occipitale.
 - Rétinopathie diabétique et hypertensive.
 - Cataracte bilatérale débutante.
 - Status post-traumatisme crânien.
 - Décompensation de diabète sucré.

Monsieur P. _____ est un homme de 45 ans, d'origine turc. Etabli en Suisse depuis bientôt vingt ans, il a toujours travaillé, ayant une vie familiale et professionnelle sans problèmes ni antécédents psychopathologiques.

Suite à un accident du travail le 2 juin 2008 lors duquel il a reçu un vase sur la tête, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail.

Actuellement, il bénéficie d'un suivi psychiatrique avec des entretiens réguliers une fois par mois, ainsi qu'un traitement psychotrope auquel il n'est pas compliant si l'on se réfère aux dosages biologiques. Malgré ce suivi, il dit ne pas pouvoir retravailler en raison de difficultés «...dans ma tête». Il est irritable et ne supporte pas que l'on puisse lui suggérer de retravailler, étant dans la négation de toute reprise de travail depuis le 2 juin 2008. Or, il s'avère qu'il a repris à temps partiel entre janvier et mai 2009, selon

le certificat du 5 octobre 2009 du Docteur E. _____, médecine générale.

A l'examen, il n'a pas été retrouvé d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ni de probable trouble de la personnalité tels que mentionnés par sa psychiatre, le Docteur O. _____, dans un certificat du 22 septembre 2009.

L'exploré est porteur d'un diabète nécessitant un traitement régulier qu'il ne suit pas parce qu'il «...en a marre».

Le pronostic semble assez défavorable, étant donné que l'investigué ne peut pas accepter l'idée de retravailler. Par ailleurs, le pronostic est entravé par le fait qu'il ne prend pas régulièrement son traitement pour le diabète et qu'il n'est pas du tout compliant au traitement psychotrope, alors qu'il déclare pourtant à l'experte à propos de ce dernier: «si je n'en prenais pas ce serait bien pire».
[...]

6. Préconisez-vous d'autres mesures?

Etant donné le manque de collaboration de l'assuré, il est difficile d'envisager d'autres mesures que celles déjà mises en place et non suivies.

7. Quel est le mécanisme qui a déclenché et qui entretient les troubles psychiques?

Le mécanisme ayant déclenché et entretenant les troubles psychiques semble être son accident du travail du 1^{er} juin 2008 que l'assuré rend entièrement responsable de son état de santé actuel. Selon lui, tout allait bien avant et tout va de travers depuis.

Par manque de souplesse psychique, l'expertisé se victimise et semble rechercher dans les indemnités ce qu'il estime être une réparation juste. Sa vision exprimée de manière assez caractérisée a cependant quelque chose d'immature et en décalage avec l'absence de symptômes médicaux clairs.

8. Dans quelle mesure notre assuré n'est-il plus capable d'exercer son activité habituelle?

L'assuré est capable d'exercer son activité habituelle. Lorsque l'experte a averti l'exploré de ses conclusions, il a déclaré: «Faites-moi un certificat, je retourne travailler. Et comme je ne pourrai pas retravailler, je serai à nouveau en incapacité»."

9. Est-il en mesure d'exercer une autre activité? Si oui, laquelle et dans quelle proportion?

L'investigué est en mesure d'exercer une activité telle que celles exercées antérieurement dans la restauration ou le bâtiment, mais il peut également exercer son activité professionnelle habituelle, soit le nettoyage.

10. Quel est votre pronostic en ce qui concerne le pourcentage et la durée de l'incapacité de travail?

La durée de l'incapacité de travail devrait être minimale. Cependant, l'assuré devient tout de suite très sthénique à cette idée. Il peut reprendre à 100% tout de suite face à l'absence de diagnostic invalidant.

11. Avez-vous d'autres remarques à formuler?

Nihil."

Dans un rapport médical du 17 mai 2010 au médecin-conseil de l'assureur-accidents, les Dresses T. _____ et O. _____ ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de probable trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Il leur était difficile de se prononcer quant à l'évolution de la situation. Ces médecins ont retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 4 juillet 2009 et précisaient que le patient les avait consultées pour la première fois en juin 2009 faisant remonter le début de ses difficultés psychiques deux à trois mois avant sa consultation. Elles renvoyaient au Dr E. _____ pour de plus amples informations.

Dans un courrier adressé le 15 juin 2010 à l'assureur-accidents, les Drs N. _____ et X. _____ de la Clinique K. _____ ont indiqué que les diagnostics posés par les médecins spécialistes traitant au terme de leur rapport du 17 mai 2010 n'appelaient pas de commentaires particuliers. Ces médecins retenaient le même épisode dépressif sévère, cette fois avec des symptômes psychotiques. De l'avis de la Dresse X. _____, les propos tenus par l'assuré devant ses médecins l'avaient également été lors de son expertise, de sorte qu'ils n'étaient pas nouveaux et n'avaient donc pas d'influence sur le diagnostic retenu en son temps à savoir une asthénie psychique et des troubles du caractère sans répercussion sur la capacité de travail. Partant, la psychiatre a estimé que la poursuite d'une incapacité de travail attestée par les médecins suivant l'assuré ne modifiait pas sa position et qu'en l'absence de faits nouveaux, un nouvel examen médical n'avait pas de raison d'être.

Le 1^{er} juillet 2010, l'assureur-accidents E. _____ Société d'Assurances SA a communiqué à son assuré qu'en l'absence d'éléments pertinents susceptibles de rediscuter la position de l'évaluation psychiatrique pratiquée le 29 octobre 2009, il était mis fin aux prestations au 15 novembre 2009.

B. L'assuré a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente le 16 juillet 2010. Il indiquait être en incapacité de travail à 100% depuis le 2 juin 2008 et précisait souffrir de problèmes psychiatriques (stress, déprime) et de diabète.

Dans un rapport médical du 10 janvier 2011 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), les Drs M. _____ et O. _____ ont notamment indiqué ce qui suit:

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail
En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM ou DSM-IV
Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F62.0 (2008)
Notion S/P traumatisme crânien (2008)
Difficultés liées à l'entourage immédiat Z63

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail
Diabète sucré de type II (quelques années, selon nos informations)
[...]

1.4

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

M. P. _____ est un patient turc, originaire du Kurdistan, sans antécédents psychiatriques connus. Marié à une compatriote, père de 5 enfants (8, 19, [20], 28 et 29 ans), le patient était activement engagé dans la politique dans son pays qu'il a fui au début des années 1990, après avoir vécu l'emprisonnement et la torture. Arrivé en Suisse en tant que réfugié politique, sa femme et ses enfants l'ont rejoint quelques années après. Il a travaillé d'abord dans la maçonnerie en Turquie. En Suisse, il a monté une entreprise de nettoyages et déménagements. En 2008, suite à un accident (un objet lourd lui serait tombé sur la tête), ainsi qu'un diabète non insulino-requérant mal compensé, il arrête de travailler puis a fini par céder son activité à 2 de ses enfants. Relevons que selon les informations en notre possession, les diverses investigations menées à la recherche de séquelles organiques de l'accident, se sont révélées négatives. M. P. _____ a fait appel pour la première fois à notre Policlinique en juin 2009 évoquant un problème dans sa tête ainsi qu'un état d'irritabilité extrême, une diminution de la tolérance au stress, des troubles du sommeil qui l'empêchait de reprendre son activité professionnelle et évoquait avoir beaucoup de problèmes à la fois professionnels et familiaux. Une médication anxiolytique prescrite par son généraliste le Dr E. _____ n'avait pas apporté d'améliorations notables de son état. Un de ses enfants rapporte un changement manifeste du caractère du patient vraisemblablement depuis 2 ans. Depuis le début de notre prise en charge, et malgré des entretiens médico-psychiatriques réguliers couplés à une médication psychotrope (antidépresseur et anxiolytique) ainsi qu'un travail de réseau avec le médecin

généraliste, la situation psychique de M. P. _____ ne s'est guère améliorée. Sur la base de l'anamnèse et des éléments cliniques, nous avons diagnostiqué une modification durable de la personnalité en lien avec l'expérience passée de torture et l'accident de 2008 dans un contexte de conflit familial. La proposition d'entretien avec la famille a rencontré un obstacle infranchissable. De manière fluctuante, M. P. _____ présente des éléments de type psychotique d'allure persécutrice et la prescription d'une médication neuroleptique n'a pas apporté d'améliorations. Dans ce contexte, une hospitalisation en milieu psychiatrique sur un mode d'office s'est avérée nécessaire en décembre 2010. Le patient est sorti de l'Hôpital de [...] le 24 décembre dernier avec un retour à domicile et la reprise de son suivi. [...]

Le diagnostic psychiatrique initial posé a été alors celui de trouble dépressif majeur. Malgré un traitement bien construit (traitement antidépresseur et anxiolytique) couplé à des entretiens psychiatriques, l'état clinique s'est péjoré au fil des mois.

Le diagnostic de trouble dépressif ne peut donc être maintenu au vu de l'apparition d'une symptomatologie psychotique (méfiance, persécution) non congruente à l'humeur. [...]

Pronostic

A ce jour, bien qu'il nous soit difficile de nous prononcer de manière précise sur ce point, le risque d'une invalidation permanente du patient est élevé en raison du trouble psychique ainsi que des nombreuses résistances observées dans un contexte de conflit familial fort probable.

[...]

1.6 Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que

Profession: domaine du nettoyage (dernier emploi)

100% du 04.07.09 au 18.08.09

100% du 18.09.09 au 25.08.10

100% du 22.10.10 à actuellement.

Le Dr E. _____ a également établi des certificats.

1.7 Questions sur l'activité exercée à ce jour

Enumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

Troubles psychiques.

Comment se manifestent-elles au travail?

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible?

Non.

Le rendement y est-il réduit?

Oui.

Si oui, pourquoi? Dans quelle mesure?

Les troubles psychiques ne sont actuellement pas compatibles avec une activité professionnelle.

[...]

1.9 Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail?

Si oui, à partir de quelle date et à quel degré?

Malgré la gravité de l'état psychique actuel, une amélioration de la capacité de travail reste envisageable à moyen terme. [...]"

Par communication du 11 avril 2011, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel ne pouvait être mise en œuvre.

Selon un avis médical SMR du 13 mai 2011, les Drs L. _____ et B. _____ ont souligné l'existence de contradictions entre d'une part, le premier rapport médical de la Dresse O. _____ du 17 mai 2010 et l'expertise de la Dresse X. _____ du 29 octobre 2009 et d'autre part, entre les deux rapports de la Dresse O. _____ des 17 mai 2010 et 10 janvier 2011. Les médecins du SMR ont décidé la réalisation d'un examen psychiatrique interne tendant à préciser le ou les diagnostics d'ordre psychiatrique, à apprécier leur incidence sur la capacité de travail ainsi qu'à définir les limitations fonctionnelles.

A la suite d'un examen clinique psychiatrique réalisé le 16 juin 2011, la Dresse O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, a retenu ce qui suit dans son rapport du 19 juillet 2011:

"Diagnostics

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Aucun.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Dysthymie F34.1

Appréciation du cas

[...]

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles de la personnalité morbide, de trouble phobique, d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychiques retenu par la Dresse O. _____ dans son rapport médical du 17 mai 2010 n'a pas été objectivé à l'examen clinique de ce jour car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Nous n'avons pas retenu non plus de diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe car Monsieur P. _____ ne présente pas d'attitude hostile et méfiante

envers le monde, de retrait social sévère, de sentiment de vide ou de perte d'espoir, l'impression permanente d'être sur la brèche ni détachement.

D'ailleurs dans l'expertise psychiatrique du 20 novembre 2009, la Dresse X. _____ sur la base des informations anamnestiques et les constatations cliniques, n'a pas objectivé non plus de symptômes en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique ni de modification durable de la personnalité, de dépression majeure ni de trouble de la personnalité morbide.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. L'assuré est tout à fait capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et la dysthymie ne représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant.

Nous n'avons aucune explication pour la contradiction entre les deux rapports de la Dresse O. _____ du 17 mai 2010 et du 10 janvier 2011. Nous sommes étonnés de la contradiction entre l'expertise psychiatrique et le rapport médical de la Dresse O. _____ du 17 mai 2010 où elle objective un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et l'expert psychiatre qui a examiné l'assuré le 29 octobre 2009. Cependant, il est tout à fait possible que notre assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive d'intensité sévère qui était en rémission le 29 octobre 2009. Or, la Dresse O. _____ change les diagnostics dans son rapport du 10 janvier 2011, elle ne retient plus d'état dépressif et décrit des éléments psychotiques et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, que nous n'avons pas objectivés à l'examen clinique.

En conclusion, sur la base de notre observation clinique, Monsieur P. _____ souffre d'une dysthymie qui ne justifie pas une diminution de la capacité de travail qui est entière dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Limitations fonctionnelles

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail de longue durée.

L'incapacité de travail à 100% évaluée par la Dresse O. _____ sur la base d'un épisode dépressif sévère n'a pas été retenue; dans son rapport médical du 10 janvier 2011, elle ne retient plus ce diagnostic en préférant celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe existant depuis 2008. Comme à l'examen clinique de ce jour, nous n'avons objectivé de symptômes en faveur d'un tel diagnostic, nous ne reconnaissons aucune incapacité de travail.

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

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est entière dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Capacité de travail exigible	
Dans l'activité habituelle:	100%
Dans une activité adaptée:	100%"

Le 26 juillet 2011, le Dr L. _____ du SMR a fait siennes les constatations et conclusions médicales adoptées par la Dresse O. _____ au terme de son rapport d'examen psychiatrique du 19 juillet 2011 en relevant que cet avis rejoignait celui de la première expertise psychiatrique de la Dresse X. _____.

Par projet de décision du 16 août 2011, intégralement confirmé selon décision rendue le 26 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré. De ses constatations il résultait que l'intéressé avait présenté des taux d'incapacité de travail fluctuants à compter de juin 2008 qui avaient donné lieu à indemnisation de la part de l'assureur-accidents jusqu'en novembre 2009. Sur le plan somatique, les problèmes de santé rencontrés n'engendraient aucune limitation fonctionnelle de nature à limiter la capacité de travail et de gain. Au plan psychiatrique, l'examen clinique réalisé au SMR ne permettait pas de retenir de diagnostic invalidant. L'assuré ne présentant aucune atteinte invalidante au sens de l'AI, rien ne s'opposait à une pleine mise en valeur de sa capacité de travail et de gain dans toute activité professionnelle.

C. Par acte du 25 octobre 2011, P. _____, représenté par Me Philippe Liechti, a recouru contre la décision de refus du 26 septembre 2011. Il conclut principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2009, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction et nouvelle décision. En substance, il fait valoir qu'il est suivi depuis plus de deux ans par la Fondation de [...], spécialement par la Dresse O. _____ qui le connaît donc bien et n'a pas de raison d'inventer des diagnostics "de circonstance". Il en déduit qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions, selon lesquelles il est totalement incapable de travailler depuis au moins le 1^{er} mars 2009, date de la fin des versements de son

assureur-accidents. Il ajoute que la Dresse O._____ a renoncé à maintenir le diagnostic initial de trouble dépressif majeur pour retenir désormais notamment la référence à une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, sans qu'il n'y ait une contradiction dans cette nouvelle approche par rapport à la situation qui prévalait au mois de mai 2010. Il fait encore valoir, avec référence à l'ouvrage qu'il produit, que les dysthymies causent autant, si ce n'est plus, d'incapacités à long terme que la dépression majeure, qu'il a été hospitalisé contre son gré durant le mois de décembre 2010 en raison d'un épisode grave lié à sa dépression, sans que la Dresse O._____ n'en tienne compte dans son rapport. Il déplore par ailleurs que les Dresses O._____ et X._____ n'aient pas porté plus d'intérêt aux rapports familiaux entretenus entre lui et sa famille. Il fait encore valoir que l'OAI n'a pas procédé conformément au chiffre 2064 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), selon lequel "Le rapport médical est en principe demandé au médecin qui a traité la personne assurée en dernier lieu pour l'affection annoncée". A cet égard, il déplore qu'aucune expertise n'ait été confiée au Secteur psychiatrique de l'Est vaudois. Il fait encore valoir que son dossier ne contient aucune expertise, alors qu'il aurait été indispensable selon lui d'en mettre une en œuvre compte tenu de la nature et de la gravité de ses affections. De son point de vue, le rapport établi par la Clinique K._____ ne saurait être retenu au titre d'expertise, dans la mesure où il a été mis en œuvre par E._____ Société d'Assurances SA qui n'est pas un assureur social, et non par l'OAI. Il est au demeurant antérieur à la demande de rente et selon lui, les conclusions de cette clinique sont systématiquement défavorables aux assurés. Il déplore enfin que l'office intimé n'ait pas mis en œuvre une expertise, qu'il aurait dû confier à un COMAI selon le chiffre 2075 CPAI. Il déplore encore que le SMR, qui relève des contradictions entre les rapports des médecins traitants et le rapport de la Clinique K._____, n'ait pas cherché à éclaircir les points en suspens en posant des questions complémentaires à la personne en charge de l'expertise, conformément au chiffre 2086 CPAI, ou, en l'absence d'expert, à la Dresse O._____. Il conclut en faisant valoir que seuls les rapports de ses médecins traitants doivent être retenus et qu'il convient ainsi de retenir

qu'il est incapable de travailler depuis le 1^{er} mars 2009 au moins. A titre de mesures d'instruction, il requiert l'assignation et l'audition en qualité de témoins des Drs O._____, T._____, M._____ et E._____ pour qu'ils confirment son incapacité de travail depuis le mois de juin 2008, date à partir de laquelle il est en incapacité de travailler. A titre subsidiaire, il conclut à la mise en œuvre d'une expertise destinée à confirmer le bien-fondé des rapports des médecins précités, relevant que le dossier de l'OAI ne comporte aucune expertise. Avec son recours, il produit plusieurs pièces, parmi lesquelles un certificat médical des Drs M._____ et O._____ du 6 septembre 2011 selon lequel leur patient est dans l'incapacité de travailler à 100% du 7 juillet au 30 septembre 2011, un rapport du 1^{er} février 2011 des Drs M._____ et O._____ selon lequel le diagnostic psychiatrique initial posé était celui de trouble dépressif majeur qui s'est modifié en diagnostic d'une modification durable de la personnalité en lien avec l'expérience passée de torture et l'accident de 2008 dans un contexte de conflit familial. L'incapacité de travail était de 100% du 4 juillet au 18 août 2009 et du 18 septembre 2009 sans limitation. Dans leur courrier du 15 avril 2010 adressé à l'avocat du recourant, les Dresses O._____ et T._____ indiquent ne pas avoir d'avis à exprimer sur le rapport du Dr N._____ établi en octobre 2009, afin de protéger le traitement psychiatrique dont bénéficie le recourant dans la policlinique. Ce dernier produit enfin un extrait de l'ouvrage intitulé "Psychiatrie clinique; Une approche bio-psycho-sociale", Tome I, p. 306.

Dans sa réponse du 15 décembre 2011, l'office intimé propose le rejet du recours. Il joint à son écriture un avis médical du 8 décembre 2011 établi par les Drs L._____ et B._____ du SMR, à la teneur suivante:

"Suite à mon rapport d'examen SMR du 26.11.11 basé sur l'examen clinique psychiatrique au SMR de la Dresse O._____ du 16.06.11, on reçoit un rapport médical de la Fondation de [...], daté du 01.02.11 signé du Dr M._____, chef de clinique, de la Dresse O._____, médecin assistante.

Les spécialistes retiennent les diagnostics suivants ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré:

- Modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe.
- Notion de status post-traumatisme crânien.
- Difficultés liées à l'entourage immédiat.

L'examen clinique de la Dresse O._____ a bien entendu tenu compte de la notion de traumatisme crânien en 2008. L'assuré a été victime d'un accident le 03.06.08 [recte: 01.06.08] et n'a bénéficié d'aucune prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière jusqu'au 08.06.09. L'examen clinique du 16.06.11 ne retient aucun symptôme en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

En ce qui concerne le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ce diagnostic n'est pas retenu par l'expert, l'assuré ne présentant pas d'attitude hostile et méfiante envers le monde, de retrait social sévère, de sentiment de vide ou de perte d'espoir, d'impression permanente d'être sur la brèche ni de détachement. L'analyse de la Dresse O._____ rejoint celle de la Dresse X._____, qui avait déjà expertisé l'assuré le 20.11.09. Là encore il n'avait pas été objectivé de symptôme en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique ni de modification durable de la personnalité.

Le diagnostic de dysthymie, retenu seulement par l'expert, ne justifie pas une diminution de la capacité de travail qui reste entière dans toute activité sur le plan psychiatrique."

Le recourant a renoncé à répliquer.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Il est en outre recevable à la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par un assureur social, 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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le litige a trait au droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement à l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations.

3. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à

50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur 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 et les références citées; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1,

9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles, ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_28/2011 du 6 octobre 2011, consid. 2.2, 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.6; TF 9C_28/2011 du 6 octobre 2011, consid. 2.2 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3).

4. En l'espèce, l'intimé a refusé le droit à des prestations de l'AI au recourant, en retenant qu'il ne présente pas de limitations fonctionnelles au plan somatique ni au plan psychiatrique, sur la base de l'expertise de l'assureur-accidents et l'examen du SMR de juin 2011. Le recourant fait pour sa part valoir que cette appréciation est erronée, et qu'il convient de se fonder sur les rapports médicaux de ses médecins traitants.

a) S'agissant de l'aspect somatique, dans son rapport d'expertise du 21 août 2008, le Dr J._____ pose le diagnostic de décompensation diabétique en cours de prise en charge. Il précise à ce propos que la reprise d'activité à 100% serait envisageable, une fois les glycémies jugulées dans le cadre du traitement alors prodigué. Ce spécialiste est d'avis que la poursuite de l'activité de nettoyeur reste possible nonobstant la maladie diabétique affectant le recourant. Ces constatations médicales ont été précisées par le Dr I._____ qui, au terme de son rapport du 15 janvier 2009, relève l'absence de complication avérée liée au diabète sucré de type 2. Du reste, les médecins traitants s'accordent également à retenir que le diagnostic de diabète sucré de type 2 est sans effet sur la capacité de travail. Dans ces circonstances et en l'absence de contestation à ce sujet entre les parties, la Cour de céans ne voit pas de motifs de se distancer des appréciations médicales précitées. Il convient ainsi de retenir que le diabète découvert chez le recourant n'a en lui-même pas d'effet invalidant sur la capacité de travail de l'intéressé dans quelque activité professionnelle à sa portée.

b) Sur le plan psychiatrique, les pièces médicales au dossier comportent des avis divergents.

Dans une correspondance du 22 septembre 2009, les Dresses T._____ et O._____ font part des diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de trouble de la personnalité sans précision. Elles mentionnent à compter de juin 2009 la mise en œuvre d'un traitement combinant des entretiens médico-psychiatriques et la prescription d'anti-dépresseurs ainsi que d'anxiolytiques.

Cependant, au terme de son rapport d'expertise du 20 novembre 2009, la Dresse X._____ ne retient pas les diagnostics d'état dépressif sévère ainsi que celui de probable trouble de la personnalité, mais pose le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'asthénie psychique accompagnée de troubles du caractère sans caractère invalidant. Cette psychiatre souligne le fait que le recourant n'est pas compliant au traitement psychotrope mis en œuvre. Elle est d'avis qu'il est apte à retravailler à plein temps compte tenu de l'absence de diagnostic invalidant.

Le 17 mai 2010, les Dresses T._____ et O._____ posent à nouveau les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de probable trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Elles mentionnent une incapacité de travail de 100% dans l'activité antérieure depuis le 4 juillet 2009. Pourtant, dans leur rapport médical du 10 janvier 2011, la Dresse O._____ et le Dr M._____ retiennent cette fois-ci les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) depuis 2008, de notion de status post-traumatisme crânien depuis 2008 et de difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63.0). Il ressort en particulier de l'anamnèse qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique sur un mode d'office a dû avoir lieu en décembre 2010. La Dresse O._____ explique que le diagnostic de trouble dépressif sévère initialement posé ne peut être maintenu compte tenu de l'apparition d'une symptomatologie psychotique (méfiance, persécution) apparue depuis lors. Au vu du contexte de conflit familial fort probable ainsi qu'en raison du trouble psychique et des multiples résistances observées, cette praticienne estime qu'il existe un risque d'invalidation permanente élevé. Elle retient plusieurs périodes d'incapacité totale de travail (du 4 juillet au 18 août 2009, du 18 septembre 2009 au 25 août 2010 et du 22 octobre 2010 à ce jour), tout en précisant que malgré l'état psychique actuel, une amélioration de la capacité de travail reste envisageable à moyen terme. A l'appui de son recours, le recourant produit un rapport du 1^{er} février 2011 des Drs M._____ et O._____ selon lequel le diagnostic

psychiatrique initial de trouble dépressif majeur s'est modifié en diagnostic de modification durable de la personnalité consécutivement à l'expérience de torture ainsi qu'à l'accident survenu en 2008 dans un contexte de conflit familial.

Au vu des contradictions entre l'appréciation de la Dresse X._____ et celle des psychiatres traitants, respectivement entre les appréciations successives divergentes de ces médecins entre mai 2010 et janvier 2011, la réalisation d'un examen clinique psychiatrique a été confié à la Dresse O._____ du SMR. Dans son rapport du 19 juillet 2011, établi à la suite d'un examen réalisé le 16 juin 2011, cette médecin n'a pas posé de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Elle retient uniquement une dysthymie (F34.1) sans caractère invalidant. Elle souligne ne pas avoir objectivé les critères de la CIM-10 permettant de retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère évoqué par la Dresse O._____ le 17 mai 2010. Quant au diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe posé le 10 janvier 2011, elle ne le retient pas non plus, vu l'absence des critères cliniques. La Dresse O._____ relève à cet égard que ses constatations rejoignent les observations cliniques de la Dresse X._____ en novembre 2009. La Dresse O._____ est d'avis que le recourant est parfaitement apte à faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, de sorte que ce dernier bénéficie, sur le plan psychiatrique, d'une capacité de travail entière dans toute activité.

Il y a ainsi lieu d'observer que les constatations et conclusions médicales ressortant de l'expertise de novembre 2009 de la Dresse X._____ concordent avec celles adoptées par la Dresse O._____ à l'occasion de son examen clinique psychiatrique de juin 2011. Ces deux spécialistes s'accordent en effet pour réfuter l'existence de diagnostics invalidants sur le plan psychiatrique, ceci en opposition avec les avis médicaux divergents émis par la psychiatre traitant au terme de ses rapports des 17 mai 2010 et 10 janvier 2011. A cet égard, il convient encore de constater que le rapport d'examen clinique psychiatrique de la Dresse O._____ se fonde sur un examen clinique pratiqué au SMR le 16

juin 2011, brosse une anamnèse familiale/professionnelle/psychosociale et psychiatrique, mentionne les plaintes du recourant, énonce un status psychiatrique objectif, pose des diagnostics clairs et procède d'une appréciation du cas dûment motivée et exempte de contradictions, qui n'élude pas les avis médicaux divergents de la psychiatre traitant. Au vu de ces circonstances, il y a lieu d'attribuer pleine valeur probante au rapport d'examen clinique psychiatrique de la Dresse O._____, au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 3c supra. On constate au demeurant que lors de son examen clinique à la mi-juin 2011, cette spécialiste a effectivement pris en considération la notion de traumatisme crânien datant de 2008 mais n'a pour autant pas retenu de symptômes en faveur d'un état de stress post-traumatique. Il en va à l'identique en ce qui concerne le diagnostic de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe rapporté par la Dresse O._____ en janvier 2011.

c) Il convient encore d'examiner les autres griefs élevés par le recourant à l'appui de son recours.

aa) Le recourant est tout d'abord d'avis qu'il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions de la Dresse O._____ qui le suit depuis plus de deux ans, cette psychiatre n'ayant par ailleurs aucune raison de prétendument se contredire à son détriment.

Il est certes constant que la Dresse O._____ suit le recourant depuis le mois de juin 2009 au sein de la Fondation de [...]. Cependant, de par sa position de médecin traitant, les constatations ressortant de ses rapports médicaux doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, vu la position que lui confère son mandat, la Dresse O._____ peut avoir tendance à se prononcer en faveur de son patient, de sorte qu'il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations du rapport d'examen psychiatrique du SMR qu'à celles de ce médecin traitant (cf. consid. 3c supra). Pour le surplus, les diagnostics posés par la Dresse O._____ dans ses rapports médicaux des 17 mai 2010 et 10 janvier 2011 ont

évolué, passant d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques à celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Dans son rapport d'examen psychiatrique, la Dresse O._____ mentionne ne pas être en mesure de fournir d'explication s'agissant de cette contradiction entre les rapports des 17 mai 2010 et 10 janvier 2011 ainsi qu'entre le rapport d'expertise de la Dresse X._____ de novembre 2009 et celui de la Dresse O._____ du 17 mai 2010. La spécialiste du SMR indique à ce propos qu'il est tout à fait possible que l'épisode dépressif sévère se soit trouvé en rémission lors de l'examen pratiqué par la Dresse X._____ le 29 octobre 2009. Or la Dresse O._____ a changé de diagnostic dans son rapport de janvier 2011 en ne retenant plus son diagnostic initial mais en considérant une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ce dernier diagnostic n'a par la suite pas pu être objectivé à l'examen clinique pratiqué en juin 2011 par la Dresse O._____, le recourant n'ayant pas démontré d'attitude hostile et méfiante envers le monde, de retrait social sévère, de sentiment de vide ou de perte d'espoir, d'impression permanente de se trouver sur la brèche ni de détachement. Considérant que les diagnostics ressortant des avis successifs émis par la psychiatre traitant n'ont pas pu être corroborés par les examens cliniques pratiqués par la Dresse X._____ puis par la Dresse O._____, il n'est dès lors pas possible de s'y rallier.

bb) Le recourant avance encore que l'affection de dysthymie retenue par la Dresse O._____ est plus incapacitante sur le long terme que ne l'est la dépression majeure. Il produit à cet effet un extrait d'un ouvrage médical.

La Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes (CIM-10) définit l'affection de dysthymie (F34.1) en tant qu'abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. Selon la jurisprudence, une dysthymie n'a selon les circonstances en principe pas

de caractère invalidant (TF I 649/2006 du 13 mars 2007, consid. 3.3.1 et les références). Cette règle n'est toutefois pas absolue dans la mesure où une dysthymie, associée par exemple à un trouble sévère de la personnalité, est susceptible d'avoir une influence significative sur la capacité de travail (TFA I 653/2004 du 19 avril 2006, consid. 3).

En l'occurrence, la Dresse O._____ fait état d'une dysthymie sans répercussion sur la capacité de travail. Elle observe que le recourant est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Dans ces circonstances, considérant par ailleurs l'absence d'autres diagnostics venant s'ajouter à celui de dysthymie, il n'y a pas matière pour attribuer un caractère invalidant à l'affection de dysthymie diagnostiquée par la Dresse O._____.

cc) Le recourant fait ensuite grief à la Dresse O._____ de ne pas avoir pris en considération l'hospitalisation intervenue en décembre 2010, élément ressortant en particulier du rapport médical du 10 janvier 2011 établi par la Dresse O._____.

A lecture du rapport d'examen clinique du 19 juillet 2011, on constate certes que la Dresse O._____ ne mentionne pas expressément le séjour hospitalier en question. On ne peut cependant pas tirer de griefs de nature à rediscuter le bien-fondé de la qualité des constatations médicales ressortant du rapport d'examen précité. On constate qu'à l'occasion de son examen, la Dresse O._____ a effectivement pris connaissance des pièces médicales figurant au dossier, dont en particulier le rapport médical du 10 janvier 2011 établi par la Dresse O._____. La Dresse O._____ a non seulement pris connaissance dudit rapport mais elle en a par la suite notamment discuté les conclusions en comparaison avec celles ressortant du précédent rapport médical établi le 17 mai 2010 par la Dresse O._____. Au vu de ces précisions, le recourant ne peut être suivi dans sa critique.

dd) Le recourant se dit marqué par le manque d'intérêt éprouvé par les Dresses O._____ et X._____ quant aux rapports

entretenus avec sa famille. Il cite à cet égard des passages des rapports établis par la Dresse O._____. A le suivre, cette approche pourrait être de nature à mieux cerner les troubles l'affectant.

En l'espèce, l'anamnèse psychiatrique établie par la Dresse X._____ - pièce médicale examinée et prise en considération par la Dresse O._____ dans son rapport - évoque les "nombreux problèmes, à la fois dans la sphère professionnelle et familiale" rapportés par le recourant lors de sa première rencontre avec la Dresse O._____ en date du 25 juin 2009. La situation tant professionnelle que familiale du recourant a bien été décrite par la Dresse X._____ dans son anamnèse de psychiatrie. En outre, dans la description de la vie quotidienne du recourant, évoquée en fin de son anamnèse psychosociale et psychiatrique, la Dresse O._____ rend bien compte de l'intrication de sa famille dans ses activités journalières. Au vu de ces circonstances, les critiques élevées en l'espèce le sont sans fondement. C'est ici également le lieu de rappeler que le rôle de l'expert consiste à se forger une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF I 1084/2006 du 26 novembre 2007, consid. 4 et 9C_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2). Dans ces conditions, on ne saurait reprocher aux Dresses X._____ et O._____ de ne pas s'être suffisamment préoccupées des rapports entretenus entre le recourant et sa famille.

ee) Le recourant reproche à l'intimé d'avoir mené l'instruction de sa demande en faisant une application erronée de la règle prévue sous le chiffre 2064 de la CPAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2010 disposant que "le certificat médical est en principe demandé au médecin qui a traité la personne assurée en dernier lieu pour l'affection annoncée". Il déplore ainsi qu'aucune expertise n'ait été confiée au Secteur psychiatrique de l'Est vaudois.

En l'espèce il ressort du dossier que les différents médecins ayant suivi l'assuré ont tous été approchés par l'office intimé dans le but d'obtenir leur avis médical sur le cas de celui-ci. Ce n'est que dans un second temps, en présence d'éléments jugés contradictoires de la part des médecins spécialisés traitant, que la nécessité de la réalisation d'un

examen psychiatrique interne au SMR s'est faite ressentir (cf. avis médical SMR des Drs L._____ et B._____ du 13 mai 2011). On ne saurait dès lors imputer à l'intimé de s'être prêté à une lecture incorrecte de la disposition énoncée au chiffre 2064 de la CPAI.

Il convient en outre de rappeler que le Conseil fédéral - par délégation à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) - exerce la surveillance quant à l'application uniforme de la loi par les Offices AI cantonaux (art. 64 al. 1 LAI). L'OFAS est notamment compétent pour donner aux organes d'exécution de l'assurance des instructions garantissant une pratique uniforme en édictant à leur intention des directives générales et des directives portant sur des cas particuliers (art. 64a al. 1 let. b LAI). Ces instructions ont pour fonction de garantir l'uniformité de la pratique des organes d'exécution en évitant, dans la mesure du possible, que des décisions viciées ne soient rendues et d'établir des critères généraux d'après lesquels chaque cas d'espèce sera tranché pour assurer une égalité de traitement envers les justiciables (ATF 129 V 204 consid. 3.2; TF 9C_818/2009 du 20 novembre 2009, consid. 3.2.2). Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Le Tribunal fédéral en contrôle librement la légalité et doit s'en écarter dans la mesure où elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (ATF 133 V 587 consid. 6.1, 133 V 257 consid. 3.2, 133 II 305 consid. 8.1; TF 9C_817/2009 du 14 avril 2010, consid. 3.3). On ne voit pas que l'instruction menée en l'espèce par l'intimé puisse constituer une inobservation de la directive en question. Partant, le recourant n'est fondé à requérir la mise en œuvre d'une expertise devant être confiée au Secteur psychiatrique de l'Est vaudois.

ff) Le recourant oppose encore à l'intimé de s'être abstenu de mettre en œuvre une expertise, laquelle serait selon lui indispensable. Il souligne à cet effet que le rapport établi en novembre 2009 par la Dresse X._____ de la Clinique K._____ ne saurait être retenu au titre d'expertise, dans la mesure où il a été mis en œuvre par l'assureur-

accidents (E._____ Société d'Assurances SA) qui n'est pas un assureur social, et non par l'office intimé, qu'il est antérieur à sa demande de rente et qu'à son avis, les conclusions de cette clinique sont systématiquement défavorables aux assurés.

En l'occurrence, on constate que sur le plan psychiatrique, le recourant a fait l'objet d'un examen clinique en date du 16 juin 2011 auprès du SMR. L'office intimé a donc bien mis en œuvre un examen clinique psychiatrique (cf. avis médical SMR des Drs L._____ et B._____ du 13 mai 2011 et le rapport d'examen clinique psychiatrique SMR de la Dresse O._____ du 19 juillet 2011). Il sied en outre de souligner que cet examen bénéficie d'une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 4b/bb supra). La critique du recourant n'appert en définitive pas fondée, étant précisé que la décision litigieuse se fonde notamment sur les constatations et conclusions médicales du rapport d'examen clinique psychiatrique précité. On observe au demeurant qu'E._____ Société d'Assurances SA est intervenue dans le cadre de ses tâches relevant de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20), soit en sa qualité d'assureur social, contrairement à ce que soutient le recourant.

gg) Le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir fait appel à un COMAI au vu des contradictions qu'il estime à "ce point importantes" entre l'expertise de la Clinique K._____ et les rapports des médecins de l'assuré. A le suivre, l'OAI aurait donc agi en violation du chiffre 2075 CPAI.

Le chiffre 2075 CPAI s'articule comme il suit:

"Si le SMR estime, après avoir pris connaissance des rapports médicaux, qu'une expertise médicale est nécessaire, il la réalise lui-même, comme l'y autorise l'art. 49, al. 2, RAI, ou il adresse une recommandation à l'office AI en nommant la personne ou l'instance chargée de l'expertise, ainsi qu'en citant les questions à éclaircir.

Les personnes ou instances chargées de l'expertise doivent être familiarisées avec les exigences de l'AI. Dans les cas difficiles, en particulier s'il s'agit d'évaluer des appréciations médicales émanant de sources différentes, le SMR peut proposer de faire appel à un

COMAI. Ce dernier est chargé de donner son appréciation conformément aux ch. 6001 à 6005.

L'office AI examine au besoin avec la personne ou l'instance chargée de l'expertise la possibilité et les modalités de celle-ci (en ambulatoire ou en milieu hospitalier, date probable, durée). Si nécessaire, il consulte le SMR.

Pour des motifs juridiques fondés, l'office AI peut recourir à une expertise médicale externe sans consultation préalable du SMR. Il en communique les motifs à ce dernier."

A lecture de la disposition du chiffre 2075 CPAI, on observe que c'est uniquement en présence de cas qu'il qualifie de "difficiles" que le SMR bénéficie alors de la possibilité de faire appel à un COMAI. Un tel mode de procéder constitue par conséquent une liberté ou «Kannvorschrift» à disposition du SMR. En l'occurrence, dans leur avis médical SMR du 13 mai 2011, les Drs L._____ et B._____ ont constaté l'existence de contradictions entre les diverses pièces médicales au dossier. Faisant usage de la liberté dont ils disposent en regard du chiffre 2075 CPAI, ces médecins ont décidé la réalisation d'un examen psychiatrique interne au SMR. Dans de telles circonstances, le reproche formulé par le recourant est infondé.

hh) Le recourant fait encore grief au SMR d'avoir relevé des contradictions entre les rapports des médecins traitants et le rapport de la Clinique K._____ sans avoir cherché à éclaircir les points en suspens en posant des questions complémentaires à la personne en charge de l'expertise, conformément au chiffre 2086 CPAI, ou, en l'absence d'expert, à la Dresse O._____.

Cette critique tombe à faux: les médecins du SMR ont décidé la réalisation d'un examen clinique psychiatrique destiné à éclaircir les contradictions mises en évidence entre le rapport d'expertise de la Clinique K._____ et les avis des médecins traitants. Ainsi dans son rapport d'examen du 19 juillet 2011, la Dresse O._____ lève les contradictions relevées en exposant les raisons médicales tirées de ses observations la conduisant à retenir le diagnostic de dysthymie sans incidence sur la capacité de travail résiduelle du recourant, laquelle reste

entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques. Partant il n'est pas concevable de reprocher un manque d'instruction au sens du chiffre 2086 CPAI à l'intimé.

ii) Pour terminer, la conclusion adoptée par le recourant selon laquelle seuls les rapports de ses médecins traitants doivent être pris en compte, si bien qu'il se justifie de retenir qu'il est incapable de travailler depuis le 1^{er} mars 2009 au moins, n'est pas fondée. En effet, selon la jurisprudence, il est constant que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. consid. 3c supra). En l'occurrence le rapport d'examen clinique psychiatrique SMR de juillet 2011 ne contient pas de contradictions susceptibles de rediscuter le bien-fondé de ses conclusions et partant, de donner une préférence aux avis émis par les médecins traitants.

d) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme de l'audition en qualité de témoins des Drs O._____, T._____, M._____, et E._____, de sorte que la requête formulée en ce sens par le recourant doit être rejetée par une appréciation anticipée des preuves. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). La Cour de céans relève que les médecins dont le recourant requiert l'audition ont déjà été interpellés dans le cadre de l'instruction de la demande de

prestations et qu'ils ont ainsi déjà eu l'occasion de se prononcer sur le cas du recourant. Quant à la réquisition subsidiaire visant la mise en œuvre d'une expertise médicale tendant à confirmer le bien-fondé des rapports médicaux établis par les médecins précités, elle doit être rejetée. En effet, comme l'examen clinique psychiatrique SMR de juin 2011 est pleinement convaincant, il n'y a pas matière à l'intervention d'un expert indépendant (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1).

e) Sur la base du dossier de la cause, on retient qu'en l'absence d'atteinte invalidante au sens de l'AI, le droit à une rente n'est pas ouvert au recourant.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 26 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de P._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente:

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Liechti (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :