

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juin 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Rossier et M. Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

A. _____, à Clarens, recourant, représenté par le Centre social protestant,
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, marié et père de trois enfants adultes, originaire du Kosovo où il avait notamment enseigné l'anglais, est entré en Suisse le 24 janvier 1994. Au bénéfice d'une autorisation de séjour (B), il a travaillé depuis 2008 en tant que casseroier au service de l'Institut V. _____, à R. _____.

Le 1^{er} juin 2010, l'employeur de A. _____ a transmis à l'assureur-accidents (B. _____) une déclaration de sinistre relatant en ces termes l'accident subi par le prénommé en date du 24 mai 2010 :

« Il portait un bidon de nourriture de 80 kg et a ressenti une vive douleur au niveau du ventre. Il a perdu connaissance et, en tombant, il s'est tapé la tête. »

Par décision du 16 décembre 2010, B. _____ a mis fin à ses prestations en rapport avec l'événement du 24 mai 2010 avec effet au 16 décembre 2010, au motif que le lien de causalité entre les maux que l'assuré faisait encore valoir et l'événement précité n'était plus donné. L'assuré a formé opposition.

b) Le 22 décembre 2010, A. _____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) une demande de prestations après avoir subi une seconde chute en date du 16 novembre 2010. Il a fait état des atteintes à la santé suivantes : vertiges chroniques associés à un traumatisme rendant difficiles la marche et la station debout, douleurs épigastriques, thoraciques et affectant la tête, fatigue chronique, insomnies, hernie hiatale, hypertension artérielle, somatisations multiples et dépression. Ces affections nécessitaient selon l'assuré une médication importante. Il était en incapacité de travail totale depuis le 25 mai 2010.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux, notamment auprès du Dr

K._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant. Dans son rapport du 4 janvier 2011, il a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent sévère sans symptomatologie psychotique (F 33.2) depuis 2010, syndrome post-commotionnel (F 07.2), trouble de la personnalité dépendante (F 60.7), victime d'un crime et d'actes de terrorisme (Z 65.4), difficultés liées à l'acculturation (Z 60.3) et cible d'une dénonciation et d'une persécution (Z 60.5). Il a également signalé des vertiges et des céphalées, induits par la chute survenue le 24 mai 2010.

Le 7 janvier 2011, B._____ a fait parvenir à l'office AI une copie de son dossier, ainsi qu'une copie des décomptes des indemnités journalières, versées jusqu'au 16 décembre 2010. Y figurait notamment l'expertise médicale pluridisciplinaire mise en œuvre auprès de la Clinique L._____ (Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-invalidité) à X._____ par l'assureur-accidents durant l'instruction de l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 16 décembre 2010.

Le Dr Z._____, neurologue et psychiatre, a procédé le 9 juin 2011 à l'examen neurologique et psychiatrique de l'assuré. Daté du 20 septembre 2011, le rapport d'expertise comprend un préambule énumérant les pièces au dossier et exposant la méthodologie suivie (pp. 2-6). Il rappelle ensuite le motif de l'expertise avant d'opérer la synthèse du dossier médical et asséculogique fourni et d'en résumer les diverses pièces (pp. 7-26). Suivent l'anamnèse personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré, le traitement prescrit et le résumé des plaintes de l'intéressé, puis une analyse par diagnostics de neurologie et une analyse par diagnostics de psychiatrie (pp. 27-55). Une section intitulée « Discussions et synthèse pluridisciplinaire » incluant les réponses aux questions posées par l'assureur clôt le rapport (pp. 56-61). Différentes annexes (questionnaire à l'assuré, liste des médicaments prescrits, analyse de laboratoire) sont intégrées au rapport (pp. 62-69).

Sur le plan neurologique, le Dr Z._____ a posé le diagnostic de status post contusion crânienne sans complication. Estimant qu'il était

vraisemblablement (probabilité supérieure à 50%) en lien de causalité avec l'événement du 24 mai 2010, il a toutefois estimé qu'il n'affectait pas la capacité de travail. S'agissant de l'aspect psychique, l'expert a retenu une dysthymie (F 34.1) sans lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 24 mai 2010 et sans incidence sur la capacité de travail. Il a exclu un trouble de la personnalité dépendante (F 60.7).

Sous l'intitulé « Discussions et synthèse pluridisciplinaire », l'expert s'est exprimé en ces termes :

« Les experts se trouvent en présence de Monsieur A._____, âgé de 53 ans, engagé le 30 janvier 2008 auprès de l'Institut V._____ en qualité d'intendant de cuisine. Il a été licencié à une date qu'il ne peut pas préciser.

Ayant été victime à plusieurs reprises d'une brutalité policière au Kosovo vers 1991, l'expertisé est connu pour un état dépressif constamment récurrent depuis 1994, accompagné de manifestations somatiques à type de précordialgies et de céphalées. L'assuré réside en Suisse depuis 1994. Pendant 10 ans, il a mené une lutte pour être reconnu en tant que demandeur d'asile et a finalement obtenu un permis en 2004. Par la suite, il a exercé différentes activités professionnelles jusqu'en 2010 avec des interruptions de chômage. En date du 24 mai 2010, vers minuit, essayant de ranger un tonneau d'environ 80 kg sur son lieu de travail, l'assuré l'a reçu sur l'abdomen, ce qui a entraîné sa chute. Sa tête a cogné à l'arrière sur le sol, occasionnant une perte de connaissance de quelques minutes. Toutefois, un CT-scan cérébral actif effectué à l'Hôpital J._____ n'a objectivé aucune lésion structurelle post-traumatique et les examens neurologiques et ORL étaient normaux. Un traumatisme cranio-cérébral dans un contexte de syncope vasovagale est alors évoqué. Par la suite, des céphalées chroniques et un vertige sont rapportés ainsi que la réapparition d'une symptomatologie dépressive, ayant nécessité un suivi spécialisé.

En outre, deux autres chutes avec traumatisme cranio-cérébral sont mentionnées dans le dossier, dont le dernier remonte au 17 novembre 2010. Toutefois, l'examen neurologique et la tomodensitométrie cérébrale et cervicale réalisés se sont révélés négatifs, bien que les plaintes aient été maintenues. Par conséquent, par décision du 16 décembre 2010, l'assureur accident met fin aux prestations d'assurance.

1. [Dans ce paragraphe, l'expert retient, parmi d'autres, trois facteurs non médicaux susceptibles d'interférer avec la capacité de travail: l'âge, les difficultés financières et le licenciement dont l'assuré a été l'objet; suit un bref commentaire explicitant le choix opéré.]

2. SYNTHÈSE

Signes cliniques et paracliniques principaux

Sur le plan neurologique, on peut constater un status post-légère commotion ou plutôt une contusion cérébrale. Au jour de l'examen clinique, aucun symptôme n'est objectivable, contrastant avec l'importance des plaintes. En effet, si l'expertisé rapporte des céphalées extrêmes et quasi permanentes, le dépistage des opiacés s'est avéré négatif, ce qui permet de douter de l'intensité des algies. Par ailleurs, les vertiges allégués ne sont pas objectivés lors du présent examen. Tout au plus, ceux-ci sont des sensations vertigineuses liées aux malaises vagues. A noter aussi l'existence des plaintes en lien avec une posologie d'hypnotiques et d'anxiolytiques supérieure aux prescriptions médicales. Les propos sur les accidents sont diffus, non justifiables et instrumentalisés.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse et l'histoire médicale de l'examiné ont permis de retrouver une symptomatologie dépressive constamment récurrente depuis au plus tôt 1994, n'étant pas suffisamment importante pour répondre aux critères d'un épisode dépressif selon l'ICD-10, ni d'un trouble dépressif récurrent et sans notion de périodes d'élévation de l'humeur. Actuellement, les symptômes correspondent également à cette description, caractérisés par une humeur morose, pleine de reproche vis-à-vis de son assureur, associée à une perte d'intérêt pour toute activité, un retrait social et une réduction de l'activité. Dans ses propos, l'expertisé est totalement fixé sur l'accident sur lequel est fondé l'ensemble des plaintes. Le diagnostic de dysthymie (ICD-10, F 34.1) peut être posé. Par ailleurs, l'entretien avec l'assuré fait ressortir des traits de personnalité histrionique, sans toutefois remplir tous les critères pour être qualifié de pathologique et donc de trouble de la personnalité.

Etat actuel, interactions et évolution prévisible

Sur le plan neurologique, le diagnostic est au stade de guérison de longue date, et au moins au 9 décembre 2010 [date de l'examen ORL effectué par le Dr S. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, réd.].

Sur le plan psychiatrique, la mauvaise compliance au traitement prescrit joue un rôle sur la pérennisation des troubles. Le respect de la prescription d'antidépresseurs avec monitoring strict et la poursuite du suivi spécialisé en psychiatrie sont recommandés. Toutefois, l'état actuel de l'exploré est bon. Il faut de nouveau rappeler qu'il ne prend aucune médication, ni pour la douleur, ni pour les troubles psychiques, ce qui prouve qu'il va sûrement mieux que ce qu'il dit.

En quoi les troubles somatiques sont-ils relégués au second plan de troubles psychiques ? Analyse de l'état antérieur

Il n'existe pas de troubles somatiques.

(...)

3. EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES ENTRE LES MAUX RESENTIS SUBJECTIVEMENT PAR L'ASSURE ET VOS CONSTATATIONS ? COMMENT INTERPRETEZ-VOUS CES DIFFERENCES ?

Il y a une nette contradiction entre les plaintes subjectives et les résultats des examens objectifs. Le bénéfice secondaire en est probablement le responsable.

4. GENESE CLINIQUE (DANS QUELLE MESURE DE NATURE PSYCHIQUE/ORGANIQUE) ? SI LES CONSEQUENCES PSYCHIQUES ET ORGANIQUES NE PEUVENT PAS ÊTRE DEPARTAGEES, SI ELLES INTERAGISSENT OU SI LEUR RAPPORT S'EST MODIFIE, NOUS VOUS PRIONS DE BIEN VOULOIR INDIQUER TOUS LES FACTEURS DETERMINANTS QUI EXPLIQUENT LES LIENS MEDICAUX ET LE DEROULEMENT DE L'EVOLUTION DANS LE TEMPS ?

A aucun moment, ni l'examen clinique ni les examens radiologiques n'ont évoqué la présence de symptômes organiques. Il n'existe donc aucun lien entre un trouble somatique supposé et les conséquences rapportées. Seule une contusion peut être retenue comme diagnostic, ainsi qu'une contusion abdominale. Même si un traumatisme crânien est intervenu, aucune commotion n'est retrouvée, la totalité des examens est normale. De plus, l'assuré ne prend aucune médication, démontrant par là-même un bon état. Le statu quo ante pour les plaintes somatiques est retenu à l'issue de toutes les investigations, soit au 9 décembre 2010.

La date de rémission sur le plan psychiatrique fixée au jour de la présente expertise est surestimée mais la date exacte de la rémission ne peut pas être clairement fixée dans le passé.

5. THERAPIE ACTUELLE (POUR LES MEDICAMENTS, INDIQUER LE NOM, LE DOSAGE ET LA FORME GALENIQUE) ?

Voir chapitre relatif au dosage du taux sérique, aucun traitement n'étant pris, mis à part les benzodiazépines, à une fréquence qui est non estimable.

6. DES FACTEURS ETRANGERS A LA MALADIE ONT-ILS UNE INFLUENCE SUR LE PROCESSUS DE GUERISON (AGE, PROBLEME AU POSTE DE TRAVAIL, PROBLEMES FAMILIAUX, STUPEFIANTS, ALCOOL, AUTRES FACTEURS, DIFFICULTES FINANCIERES, NICOTINE, ACCIDENT) ?

Oui, une demande d'indemnisation est un souhait maintes fois répété. L'assuré est aussi au chômage et vivrait des seules indemnités journalières perte de gain-maladie. L'âge et l'absence de formation qualifiée interviennent également, l'assuré est au bénéfice de diplômes mais de son pays, dont l'équivalence n'a peut-être pas pu être obtenue en Suisse.

[Les questions suivantes traitent de la capacité de travail de l'assuré, réd.] »

S'agissant de la capacité de travail, le Dr Z._____ a considéré qu'elle était entière dans toute activité dès le 9 juin 2011, sans restriction d'horaire ni de rendement. L'expert a précisé qu'il n'y avait aucune limitation, tant sur le plan neurologique que psychiatrique,

ajoutant que la rémission était intervenue dans le passé à une date qu'il ne pouvait toutefois déterminer. Il a en outre indiqué que les fonctions psychiques de l'assuré (capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et rythme de travail) n'étaient pas restreintes. De plus, il n'y avait pas de réduction de la vue ou de l'ouïe et l'assuré était considéré apte à conduire un véhicule automobile.

Le 26 septembre 2011, B. _____ a transmis à l'office AI une copie du rapport d'expertise de la Clinique L. _____.

Prenant position sur ce rapport, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a conclu le 6 janvier 2012 sous la plume du Dr F. _____ à une incapacité de travail totale du 24 mai 2010 au 8 juin 2011. Dite incapacité était considérée comme nulle à compter du 9 juin 2011. Il a retenu l'existence d'une dysthymie comme atteinte principale à la santé.

c) Dans un projet de décision du 19 janvier 2012, l'office AI a proposé d'octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2011 (soit à l'échéance du délai de carence d'une année ayant débuté le 24 mai 2010) jusqu'au 31 août 2011, la rente étant supprimée après trois mois d'amélioration depuis le mois de juin 2011. Il a constaté ce qui suit :

« Par votre demande du 22 décembre 2010, vous avez sollicité des prestations de l'assurance-invalidité.

Victime d'un accident le 24 mai 2010 (début du délai d'attente d'un an), vous avez présenté une incapacité de travail depuis cette date et avez été indemnisé par votre assureur-accidents (LAA) jusqu'en décembre 2010 (statu quo ante), puis par votre assureur-maladie.

Vous n'avez pas repris votre activité habituelle de casseroier/aide de cuisine, que vous exercez à plein temps pour un salaire annuel en 2010 de CHF 47'268.00.

Des investigations médicales entreprises, il ressort que – pour les seules suites de l'accident précité – votre capacité de travail est exigible à 100% dès le mois de décembre 2010, et ce dans toute activité.

Vous avez d'ailleurs entrepris les démarches auprès de votre Office régional de placement, respectivement de l'assurance-chômage.

En revanche, en raison de votre dysthymie, nous admettons la prolongation de votre incapacité de travail jusqu'à la date de l'expertise effectuée en juin 2011. Dès la date de l'examen au plus tard, nous estimons que rien ne s'oppose à la mise en valeur de votre pleine capacité de travail et de gain, y compris dans votre activité habituelle.

Cela étant, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit en mai 2011, le droit à une rente entière vous est ouvert jusqu'au 31 août 2011 (la rente est supprimée après 3 mois d'amélioration depuis juin 2011). »

Une copie de ce projet a été communiquée à l'assureur-accidents.

d) Le 30 janvier 2012, B. _____ a fait parvenir à l'office AI une copie des déterminations déposées par l'assuré à la suite de l'expertise de la Clinique L. _____, auxquelles étaient jointes diverses annexes.

Dans une lettre en anglais du 22 novembre 2011 comportant 21 pages, l'assuré, après avoir fait part de ses remarques et observations en renvoyant aux paragraphes topiques du rapport d'expertise, demandait en guise de conclusion que la décision rendue par B. _____ le 16 décembre 2010 soit réexaminée à la lumière de l'avis exprimé par le Dr K. _____ dans un pli du 8 novembre 2011, joint en annexe, destiné au médecin-conseil de l'assureur. Le médecin traitant y exposait que l'activité de casseroier exercée par son patient - au bénéfice d'une formation universitaire acquise dans son pays d'origine - signifiait l'abandon de l'espoir de retrouver un statut social comparable à celui qu'il connaissait auparavant. L'accident du 24 mai 2010 aurait détruit le fragile équilibre obtenu grâce aux efforts consentis par l'assuré, de sorte que celui-ci ne disposerait pas encore des ressources nécessaires pour exercer une activité professionnelle à temps complet. Enfin, tout en relevant que les examens techniques et radiologiques pratiqués n'avaient pas mis en évidence d'altération organique permettant d'expliquer clairement les plaintes de son patient, le Dr K. _____ déplorait que l'aspect fonctionnel n'était jamais pris en compte dans ce genre d'investigation, alors même qu'il revêtirait une importance majeure dans des situations complexes,

comme celle de l'intéressé. Il a donc demandé que son cas soit réétudié dans ce sens.

Le 1^{er} février 2012, l'assuré a écrit à l'office AI une lettre en anglais de 17 pages, dans laquelle il a exposé que les affections somatiques et psychiques qu'il présente se sont aggravées depuis l'expertise réalisée à la Clinique L._____ au mois de juin 2011 et qu'elles font obstacle à la reprise d'une activité professionnelle. A la suite de cette missive, l'assuré a adressé le 18 février 2012 un nouveau pli à l'office AI, dans lequel il critiquait le projet de décision du 19 janvier précédent. Contestant avoir retrouvé une pleine capacité de travail depuis le mois d'août 2011, il a indiqué que son état de santé s'était péjoré et qu'il présentait désormais des problèmes auditifs. A l'appui de ses allégations, il a produit deux documents médicaux adressés à son médecin traitant. Le premier, daté du 1^{er} février 2012 et intitulé « rapport d'oeso-gastro-duodénoscopie », émanait du Dr N._____, spécialiste FMH en gastroentérologie. Ce praticien y signalait avoir pratiqué une gastroscopie en raison des douleurs épigastriques ressenties par l'assuré. Il a relevé que l'examen était superposable à celui réalisé en 2008, les douleurs ayant vraisemblablement une origine fonctionnelle. Il n'a attesté aucune incapacité de travail. La seconde pièce, datée du 9 février 2012, était due à la plume du Dr S._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, lequel a attesté une perte de l'acuité auditive tant à droite qu'à gauche (surdité de perception de type presbyacousie). Il a constaté une nette aggravation de l'audiométrie, la perte à gauche passant de 22,3% à 56,8% et à droite de 18,8% à 46,3%, d'où la nécessité d'un appareillage. Outre le diagnostic ORL, il a retenu un status après contusion cérébrale et vertiges consécutifs. Il a rappelé avoir examiné le patient en date du 9 décembre 2010 pour investigations des vertiges à la suite du traumatisme cranio-cérébral subi, sans pour autant qu'une explication ait pu être trouvée quant aux vertiges qui auraient provoqué la chute survenue le 24 mai 2010. Depuis lors, il présente une sensation vertigineuse avec une diminution de l'audition. Le Dr S._____ ne s'est pas non plus prononcé sur la capacité de travail de l'assuré.

En date du 20 février 2012, le Dr K._____ a adressé une lettre à l'office AI, dans laquelle il a contesté la capacité de travail entière qui avait été reconnue à l'assuré à compter du mois d'août 2011. Il a relevé que l'accident du 24 mai 2010 s'était produit dans le contexte d'un état dépressif chronique. En outre, la persistance de multiples symptômes depuis l'accident rendait aléatoire toute reprise d'une activité professionnelle. De plus, la situation médicale de l'intéressé s'était récemment péjorée, en raison de l'accentuation des manifestations vertigineuses, lesquelles faisaient l'objet d'une réévaluation ORL. Des céphalées étaient toujours signalées, auxquelles s'ajoutait désormais une presbyacousie accélérée.

e) Le 7 mars 2012, B._____ a transmis à l'office AI une copie de sa décision datée du même jour, rejetant l'opposition de l'assuré. S'appuyant sur l'expertise de la Clinique L._____, l'assureur-accidents a retenu qu'aucun symptôme organique n'avait été documenté au cours des examens clinique et radiologique. A la date de l'expertise, le 9 juin 2011, soit plus d'une année après l'accident (survenu le 24 mai 2010), ni symptôme de céphalée, ni vertige n'étaient objectivables sur le plan neurologique, en dépit du fait que l'assuré se plaignait de céphalées importantes et quasi permanentes. Dans cette mesure, les plaintes somatiques du patient ne s'inscrivaient plus dans un contexte causal en relation avec l'événement du 24 mai 2010, de sorte qu'il convenait d'admettre que celui-ci était resté sans conséquences somatiques. Sur le plan psychique, l'assureur a considéré que, d'un point de vue objectif, l'événement du 24 mai 2010 devait être classé dans la catégorie des accidents de peu de gravité, ce qui excluait l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et les troubles psychiques allégués. Néanmoins, dans l'hypothèse où la personne assurée développait des troubles psychiques à la suite d'un accident de peu de gravité, ils devraient être attribués à des facteurs étrangers au contexte accidentel, par exemple une prédisposition constitutionnelle défavorable. Tel était le cas de A._____, dès lors que son anamnèse révélait des troubles psychiques apparus au plus tôt en 1994 et ayant par la suite nécessité un suivi entre 1997 et 2007 auprès de l'Hôpital psychiatrique

P._____. Par ailleurs, l'expert Z._____ avait évoqué la possibilité du bénéfice secondaire tiré de la maladie, ce qui voulait dire que l'accident était arrivé au bon moment pour l'assuré et lui permettait de justifier l'ensemble de la problématique par l'événement du 24 mai 2010, au lieu de se remémorer tout ce qu'il avait vécu. L'expert mettait ainsi en évidence une discordance entre les plaintes subjectives et ses observations sur le plan clinique. Se référant à la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral, l'assureur a inféré de ce qui précède que, dans de telles circonstances, l'accident constituait seulement une cause fictive ou occasionnelle pour les troubles psychiques.

Le 23 avril 2012, A._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Enregistrée sous le numéro AA 45/12, cette procédure a fait l'objet d'une instruction distincte ayant conduit à un arrêt rendu ce jour.

f) Se prononçant dans un avis du 21 mars 2012 sur les documents médicaux joints aux objections de l'assuré, le Dr G._____ du SMR s'est exprimé en ces termes :

« Le courrier du Dr K._____ du 8 novembre 2011 ne conteste pas les conclusions de l'expertise. Il met l'accent sur l'aspect fonctionnel de l'atteinte, demandant une « relecture » des problèmes de l'assuré sous cet angle. A cet égard, on peut répondre que l'expertise comporte un volet psychiatrique prenant en considération cette dimension.

Le rapport du Dr K._____ du 18 février 2012 reprend les diagnostics déjà cités dans le précédent rapport de 2011 sans apporter aucun élément médical nouveau.

(...)

Le rapport du Dr K._____ du 20 février 2012 fait état d'une nouvelle péjoration de l'état de santé, avec des manifestations vertigineuses qui font l'objet d'investigations ORL. Nous remarquons que les vertiges ont déjà été investigués de manière approfondie depuis 2010 au moins (Dr S._____). Ils ont été discutés lege artis dans l'expertise de la Clinique L._____, et ont été jugés sans incidence sur la capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, nous n'avons pas de raison de modifier notre position. »

Le 26 mars 2012, l'office AI a transmis à la caisse de compensation D. _____ la motivation de la décision formelle à intervenir, laquelle était identique à celle contenue dans le projet du 19 janvier 2012, sous réserve du début du droit à la rente, fixé au 1^{er} juin 2011, compte tenu de la règle posée à l'article 29 alinéa 1 LAI. Le même jour, l'administration a informé l'assuré que les arguments développés dans le cadre de la procédure d'audition n'étaient pas de nature à modifier sa position.

En date du 10 avril 2012, l'assuré a écrit à l'office AI une lettre libellée en anglais. Il a répété que son état de santé physique, en particulier son acuité auditive, et psychique s'était dégradé. Il a par ailleurs critiqué certains aspects de la procédure notamment quant à la désignation des experts et a regretté que la possibilité ne lui ait pas été donnée de s'exprimer en français devant l'administration. Il a aussi joint diverses pièces, dont les derniers rapports des Drs S. _____ et N. _____, datés du mois de février 2012.

Dans un rapport du 13 septembre 2012 à l'intention de l'office AI, le Dr H. _____, chef de clinique auprès de l'Hôpital psychiatrique P. _____, a rappelé que l'assuré avait déjà consulté dit établissement en 1997, 2005, 2008, 2010 et 2012. Le présent rapport était motivé par une consultation du 16 avril 2012, consécutive au décès du père de l'assuré au mois de février précédent et à l'accident subi par son fils en juin suivant, lesquels auraient entraîné une thymie dépressive accompagnée d'idées suicidaires scénarisées. Le Dr H. _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et un trouble de la personnalité dépendante (F 60.7). Retenant que l'intéressé souffrait d'une dépression chronique depuis une vingtaine d'années, le Dr H. _____ a réservé son pronostic au vu de la récente évolution défavorable de la symptomatologie dépressive. Il a renvoyé à l'appréciation du Dr K. _____ s'agissant de l'incapacité de travail.

Le 10 janvier 2013, l'Hôpital psychiatrique P. _____ a adressé un rapport complémentaire à l'office AI. Le Dr H. _____ y expliquait qu'à

la demande de son patient, il avait ajouté aux diagnostics retenus dans son rapport du 13 septembre 2012 celui de syndrome post-commotionnel (F 07.2) mentionné dans un consilium psychiatrique de novembre 2010. Il a précisé que ce diagnostic avait été retiré au motif qu'il se rapportait davantage à la sphère neurologique que psychiatrique.

Statuant par décision formelle du 5 février 2013, l'office AI a confirmé les termes et la motivation du 26 mars 2012.

B. Par acte du 8 mars 2013, A._____, représenté par le Centre social protestant, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant à son annulation et à ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu à compter du 1^{er} juin 2011. Tout en s'en prenant à la manière dont s'est déroulée l'expertise effectuée à la Clinique L._____ au mois de juin 2011 pour en contester la validité, il critique pour l'essentiel la capacité de travail entière qui lui a été reconnue. Souffrant de dysthymie, il s'étonne que l'office AI puisse, dans ces conditions, lui reconnaître une incapacité totale de travail suivie du jour au lendemain par une exigibilité entière. Il se prévaut à cet égard de l'avis du Dr K._____ lequel, dans sa lettre du 20 février 2012, explique que son patient est toujours en traitement et que son état de santé ne s'est nullement amélioré. Le recourant critique aussi l'avis du SMR du 6 janvier 2012, dans lequel le Dr F._____ relève qu'il a obtenu un permis de séjour en Suisse pour des motifs de santé et qu'il est régulièrement suivi par l'Hôpital psychiatrique P._____ depuis 1997. Dans cet avis, une aggravation des problèmes psychiques était mentionnée et le tableau clinique, au demeurant complexe, était caractérisé par une symptomatologie anxio-dépressive accompagnée d'une somatisation d'allure à la fois aiguë et chronique. Le recourant estime ainsi contradictoire de conclure à une capacité de gain entière. Présentant des vertiges ainsi qu'une perte inexplicée de l'ouïe depuis l'accident de mai 2010, de surcroît atteint dans sa santé psychique, il considère qu'il est totalement incapable de travailler. Il sollicite dès lors la mise en œuvre d'« une expertise neutre pour établir l'ampleur des éventuelles séquelles du traumatisme subi en 2010, compte tenu des

connaissances médicales actuelles sur les suites du « coup du lapin », et un diagnostic approfondi de ses problèmes psychiques ».

Dans sa réponse du 2 mai 2013, l'office intimé s'est référé à un avis médical du SMR du 18 avril 2013 dans lequel le Dr G._____ a écrit ce qui suit :

« Dans notre avis du 21.3.2012, nous avons passé en revue les documents médicaux parvenus jusqu'au 20.2.2012. Depuis lors, le dossier s'est enrichi des pièces suivantes :

Rapport du Dr K._____ du 26 mars 2012 [il s'agit en réalité du rapport complété le 4 janvier 2011 par ce praticien et produit par le recourant à l'appui de sa correspondance du 23 mars 2012 au Dr S._____ ; il a été indexé par l'office AI le 26 mars 2012, réd.] : fait état d'un trouble dépressif récurrent sévère sans symptomatologie psychotique, d'un syndrome post-commotionnel, d'un trouble de la personnalité dépendante, de difficultés liées à l'acculturation chez une victime d'un crime et d'actes de terrorisme, cible d'une dénonciation et de persécution, des vertiges post-chute et des céphalées. Il atteste une incapacité de travail de 100% depuis le 25 mai 2010.

Rapport du Dr H._____ et de Mme M._____ , psychologue stagiaire du 13 septembre 2012 : fait état d'une consultation du 16 avril 2012 sur le conseil du Dr K._____ en raison d'une thymie abaissée avec idées suicidaires scénarisées. L'état de santé se serait aggravé depuis le décès du père en février 2012 et l'accident d'un fils en juin de la même année. On retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et un trouble de la personnalité dépendante.

Complément de rapport médical du Dr H._____ du 10 janvier 2013 : le Dr H._____ ajoute le syndrome post-commotionnel aux diagnostics précédents.

Si l'on considère l'ensemble du dossier, il est rendu plausible, mais pas avéré, que l'état de santé psychique de l'assuré s'est péjoré en février et juin 2012, justifiant une prise en charge par le Dr H._____ dès le 16 avril 2012. La décision de refus de rente n'étant intervenue qu'en février 2013, il nous appartient d'instruire cette possible aggravation.

Dans ces conditions, je pense qu'une expertise psychiatrique externe est nécessaire. Les atteintes somatiques ayant été correctement évaluées précédemment, j'estime qu'une expertise pluridisciplinaire n'est pas nécessaire. »

Se ralliant aux conclusions du SMR, l'intimé a proposé en conséquence l'annulation de la décision attaquée.

Par réplique du 28 mai 2013, le recourant insiste pour qu'il soit procédé à une expertise pluridisciplinaire et pas seulement psychiatrique. Cette écriture a été transmise pour information à la partie intimée.

D. Le 31 mars 2014, le magistrat instructeur a informé l'office AI que, sous réserve de mesures d'instruction complémentaires et des disponibilités des autres membres de la Cour de céans, un arrêt serait probablement notifié d'ici la fin du mois de juin 2014.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; 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]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux en l'occurrence le point de savoir si l'assuré présente, en raison de son atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2011.

3. a) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins 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.

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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) Pour l'évaluation de l'incapacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_682/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2.1).

Consacré à l'art. 61 let. c LPGA, le principe inquisitoire impose au juge de constater les faits d'office, avec la collaboration des parties, et d'administrer les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 et les références). L'art. 61 let. c LPGA prévoit également le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396) ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que lorsqu'une décision administrative, rendue dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la

pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 p. 467 ss. ; TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

4. A la suite de l'accident subi par le recourant en mai 2010, l'assureur-accidents a diligenté auprès de la Clinique L._____ à X._____, une expertise pluridisciplinaire, comprenant un volet neurologique et un volet psychique.

a) Sur le plan psychique, l'expert Z._____ a considéré que la dysthymie n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 24 mai 2010, dès lors qu'elle était déjà présente auparavant. Il a néanmoins retenu qu'à la date de l'expertise, soit le 9 juin 2011, l'assuré se trouvait dans une période de rémission, de sorte que sa capacité de travail était entière dès cette date. Faisant siennes ces conclusions, l'office intimé a estimé que la dysthymie présentée par l'assuré conduisait à une incapacité totale de travail jusqu'au 9 juin 2011, date à partir de laquelle plus rien ne faisait obstacle à la mise en valeur d'une pleine capacité de travail et de gain dans l'activité habituelle.

Le recourant conteste ce point de vue. Arguant d'une incapacité totale de travailler, il soutient que son état de santé ne s'est nullement amélioré sur le plan psychique. A l'appui de ses allégations, il a produit diverses pièces dont il ressort notamment une thymie abaissée avec idées suicidaires scénarisées à la suite du décès de son père en février 2012, auquel a fait suite l'accident de son fils en juin de la même année. Ces événements ont nécessité une prise en charge du recourant auprès de l'Hôpital psychiatrique P._____, dès le 16 avril 2012, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) ainsi qu'un trouble de la personnalité dépendante (F 60.7) ayant été diagnostiqués dans le rapport du 13 septembre 2012 de cet établissement.

Invité à se déterminer sur les dernières pièces versées au dossier, le SMR, par l'intermédiaire du Dr G._____, a estimé le 18 avril 2013, que ces documents rendaient plausible une péjoration de l'état de santé psychique du recourant entre février et juin 2012. Se posait dès lors la question de savoir quelle avait été l'évolution de la capacité de travail de l'intéressé à compter du début de l'année 2012, vu que la décision de refus de rente n'avait été rendue qu'au mois de février 2013. Il a ainsi considéré qu'il incombait au SMR de procéder à des investigations complémentaires, en mettant en œuvre une expertise psychiatrique externe. Dans sa réponse du 2 mai 2013, l'intimé s'est rallié à cette suggestion, ce dont il convient de prendre acte. Le Dr G._____ était en revanche d'avis qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire, dès lors que les atteintes somatiques avaient été correctement évaluées.

b) Telle n'est pas la position du recourant qui demande au contraire qu'une telle expertise soit ordonnée, au vu des atteintes physiques et psychiques qu'il présente.

S'agissant de l'aspect somatique, l'expertise de la Clinique L._____ comprend un volet neurologique. Sur la base de l'examen clinique effectué, l'expert Z._____ a considéré que les contusions crâniennes provoquées par l'accident du 24 mai 2010 étaient restées sans complication, aucun trouble neurologique n'ayant pu être objectivé. Il a dès lors conclu à l'absence de limitation fonctionnelle, un travail similaire à l'activité antérieure pouvant être repris à 100%, sans diminution d'horaire ni de rendement dès le 10 décembre 2010, soit au lendemain des dernières investigations ORL, lesquelles n'avaient pas permis de mettre en évidence l'étiologie des manifestations vertigineuses.

Le recourant conteste la validité de ces conclusions. Il se prévaut en particulier d'une lettre adressée à l'intimé le 20 février 2012 par le Dr K._____, dans laquelle celui-ci s'est étonné qu'une capacité de travail entière ait été reconnue à son patient - dans le projet de décision du 19 janvier 2012 - au regard de la situation médicale de ce dernier. Outre la symptomatologie dépressive, le médecin traitant relevait une

péjoration de l'état de santé, en raison de l'accentuation des manifestations vertigineuses, lesquelles faisaient alors l'objet d'une réévaluation ORL. A cela s'ajoutaient des céphalées ainsi que l'apparition d'une presbyacousie accélérée. Par ailleurs, il convient de relever dans ce contexte qu'à l'occasion de la consultation psychiatrique du 16 avril 2012, le recourant a rapporté au Dr H. _____ des vertiges, dont il souffrirait de façon intense depuis l'accident du mois de mai 2010. Ceux-ci réduiraient sa qualité de vie et limiteraient ses déplacements.

Pour refuser l'administration d'une expertise pluridisciplinaire, le SMR fait valoir que les affections somatiques ont fait l'objet d'investigations suffisantes. Cette assertion n'emporte pas la conviction, à tout le moins en ce qui concerne les manifestations vertigineuses présentées par le recourant. En effet, si l'expert Z. _____ exclut une origine neurologique, le Dr S. _____ se demandait en 2010 si une composante psychiatrique n'entraîne pas en ligne de compte dans le problème vertigineux. L'étiologie de ce dernier n'est cependant plus abordée par ce praticien dans sa lettre du 9 février 2012, de sorte que l'on ignore en l'état quels facteurs seraient de nature à l'expliquer. En outre, à l'exception de l'expert Z. _____ - dont l'appréciation ne vaut que pour l'aspect neurologique -, aucun des médecins consultés ne se prononce sur le point de savoir si et dans quelle mesure les manifestations vertigineuses présentées par le recourant seraient susceptibles d'affecter sa capacité de travail. Dans ce sens, la mise en œuvre d'une expertise ORL devra permettre de répondre à ces questions.

c) Cela étant, il convient de rappeler que l'un des objectifs d'une expertise bi- ou multidisciplinaire est d'établir un rapport de synthèse, permettant une appréciation globale du taux d'incapacité de travail. En l'occurrence, il est constant que la problématique somatique du recourant ne se limite pas à l'aspect ORL et que les diverses affections mises en évidence, tant sur le plan psychique que physique, paraissent s'inscrire dans un contexte personnel et médical relativement complexe, sur lequel toute la lumière nécessaire n'a à ce stade pas encore été faite. Ainsi, dans l'hypothèse où un examen global et actualisé faisant le point

sur l'ensemble des pathologies apparaissait indispensable, les experts devront disposer de toute la latitude nécessaire, afin de compléter s'il y a lieu les investigations somatiques ORL, par exemple en actualisant le volet neurologique ou en diligentant un examen sur le plan gastro-entérologique, voire encore, le cas échéant, de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste, si l'examen de la situation médicale l'imposait.

d) Sur le vu de ce qui précède, la cause doit être renvoyée à l'office AI afin qu'il effectue, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA comprenant à tout le moins un examen par un spécialiste en médecine interne, un volet psychiatrique et un volet ORL, une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du rendement exigible du recourant dans une activité adaptée, à l'aune des affections constatées ; au besoin, les experts s'adjoindront les services d'un ou plusieurs spécialistes, afin de déterminer aussi précisément que possible la gravité des maux dont souffre le recourant. On ajoutera que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence).

5. a) En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 5 février 2013, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un représentant qualifié du Centre social protestant, qui peut se voir accorder des dépens, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'ampleur des activités déployées en procédure judiciaire, de fixer à 500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 5 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Centre social protestant (pour A. _____),
- 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).

Le greffier :