

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 octobre 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Charlotte Iselin, avocate à Lausanne,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1956, a été employé à temps plein en tant qu'expéditeur par Y._____ du 19 janvier 1989 au 30 novembre 2011. En incapacité totale de travail depuis le 6 octobre 2010 en raison de douleurs au dos notamment, l'assureur perte de gain maladie l'a annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 3 janvier 2011, par le biais d'un formulaire de détection précoce.

Lors d'un entretien du 13 janvier 2011 avec l'assuré, l'OAI a retenu au titre d'atteinte à la santé une fracture de la 12^e vertèbre (ci-après : D12) en 1997, ainsi qu'un accident de travail en 2009 qui lui avait fait perdre la vision de l'œil droit, ainsi que la concentration, augmentant ses difficultés à réaliser des tâches requérant de la précision. Ces soucis de santé avaient fait ressortir des douleurs au niveau du dos. L'OAI notait dans ses conclusions qu'il était difficile de dire si l'assuré, très refermé sur lui-même, était motivé pour une réadaptation professionnelle, que l'incapacité de travail se justifiait certainement, que son attitude face aux problèmes et son rapport à la réalité était moyen, l'assuré ne semblant pas perturbé par son futur licenciement, qu'il était très anxieux et avait alterné constamment les positions le temps de l'entretien.

Le 23 février 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité dans laquelle il indiquait comme atteinte à la santé existante depuis le 8 octobre 2010 : « une blessure dans une vertèbre du dos et perte de vision et vertiges dans un œil suite à un accident de travail ».

Du dossier transmis par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), indexé par l'intimé le 2 mars 2011, il ressort notamment :

- un rapport médical du 28 juin 1999 du Dr K._____, spécialisé en chirurgie orthopédique et médecin traitant, adressé au Dr J._____, spécialiste en neurologie, évoquant au titre de diagnostic un status 2 ans après fracture du corps de D12 avec atteinte du mur antérieur causant une cunéiformisation de 9°, ainsi qu'une possible hyperréflexie des deux membres inférieurs ;
- un rapport médical du 9 juillet 1999 du Dr J._____, dont il ressort que l'examen clinique pratiqué s'était révélé sans anomalie significative si ce n'est une légère sensibilité à la flexion latérale et antérieure lombaire. Le médecin notait encore ce qui suit :

« En bref, un examen tout à fait rassurant permettant raisonnablement d'écarter une atteinte neurologique secondaire à la fracture de D12 ou indépendante de cette dernière. Etant donné que l'accident d'août 1997 s'est produit dans des circonstances peu claires, il m'a semblé justifié de procéder encore à un EEG [électroencéphalogramme]. Cet examen, sans être franchement pathologique, révèle néanmoins une irritabilité diffuse de l'électrogenèse-cérébrale durant l'hyperpnée qui ne permet pas d'écarter définitivement une éventuelle origine comitiale à l'accident de circulation. Etant donné que M. V._____ n'a néanmoins pas présenté d'autres troubles neurologiques et notamment d'autres troubles en direction d'une comitialité, il ne faut en aucun cas surinterpréter le résultat de l'EEG et garder l'hypothèse d'une comitialité à l'origine de l'accident comme une possibilité et non une probabilité. »

Dans un rapport du 4 mars 2011, adressé à l'OAI, le Dr S._____, médecin traitant, a posé comme diagnostic ayant effet sur la capacité de travail une fracture traumatique du plateau supérieur de D12 avec fusion antérieure partielle D11-D12 en 1997 par accident de la circulation, ainsi qu'un traumatisme oculaire le 18 mai 2009 par éclat métallique dans l'œil droit. Il a indiqué avoir été consulté par le patient en novembre 2008 en raison de rachialgies diffuses entièrement compatibles avec le statut post-traumatique, accompagnées d'une importante angoisse d'être atteint d'une maladie rhumatismale type spondylarthrite ankylosante, ce que les investigations entreprises avaient permis d'exclure. Il a expliqué l'exacerbation des douleurs dorsales par le changement de poste de travail, plus lourd physiquement, entraîné par le traumatisme oculaire de 2009. Il a indiqué que le pronostic était sombre, aucune manœuvre entreprise ne permettant la moindre modification du

ressenti de l'assuré. Selon lui la situation était totalement bloquée tant sur le plan physique que psychique, face à un patient s'exprimant difficilement en français et donnant l'impression de ne croire qu'en un traitement miraculeux inexistant.

Dans un avis médical du 13 mai 2011, le Dr G._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a noté que le Dr S._____, qui avait certifié une incapacité de travail totale dès le 6 octobre 2010, se montrait optimiste pour une amélioration de la symptomatologie. Il proposait de le réinterroger quelques mois plus tard.

Le 29 juillet 2011, la Dresse W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a fait part au Dr Z._____, spécialiste en neurologie, de vertiges itératifs avec chutes à répétition, lui demandant d'investiguer pour préciser le diagnostic et adopter l'attitude thérapeutique adéquate. Elle a noté que durant son examen clinique, le patient s'était plaint de vertiges à plusieurs reprises surtout au changement de la position couchée à la position debout, mais aussi au retournement brusque. Compte tenu des éléments cliniques et radiologiques obtenus, elle posait les diagnostics de :

- rachialgies diffuses à caractère invalidant sur troubles statiques, troubles dégénératifs étagés, séquelles d'ostéodystrophie de croissance, important déconditionnement physique focal et global
- status post-coma traumatique en 1982
- vertiges d'origine X
- statut post-fracture de D12 en 1997 laissant comme séquelles un tassement vertébral modéré
- cécité œil gauche post-corps étranger dans l'œil
- hypercholestérolémie traitée
- hypertrophie de la prostate en traitement
- état anxio-dépressif en traitement.

Par avis du 14 septembre 2011, le Dr G. _____ a invité l'OAI à requérir un rapport médical de la Dresse W. _____ ainsi que du Dr C. _____, psychiatre traitant.

Le 27 septembre 2011, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie. Dans son rapport du même jour, ce médecin a noté que les douleurs du dos s'accompagnaient de céphalées frontales ainsi que de vertiges qui entraîneraient des chutes à répétition. Cette symptomatologie qui s'exprimait essentiellement au travail selon l'assuré, n'aurait connu aucune amélioration alors même que ce dernier ne travaillait plus depuis près d'une année. Il a relevé les douleurs nocturnes et les réveils fréquents évoqués par le patient. Il a d'autre part observé des troubles statiques modérés et une ptose abdominale. A l'examen, la mobilité rachidienne était conservée et la mobilisation effectuée assez harmonieusement bien que le patient ne tînt pas assis sur sa chaise. Selon lui, il n'existait aucun déficit neurologique des membres inférieurs. L'ancienne fracture du plateau supérieur de D12, les séquelles d'ostéochondrose, de même que l'arthrose facettaire lombaire, attestées radiologiquement, pouvaient expliquer les dorsolombalgies chroniques alors que le dysfonctionnement récent du patient avec extension des plaintes, troubles de l'équilibre et incapacité de travail prolongée étaient manifestement provoqués par des facteurs non orthopédiques.

Dans son rapport du 3 octobre 2011, adressé à la Dresse W. _____, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics de :

- vertiges d'origine indéterminée : DD : forte suspicion d'une origine psycho-physique
- rachialgies diffuses chroniques à caractère invalidant
- cécité partielle de l'œil droit post-corps étranger dans l'œil en 2009
- statut après traumatisme cranio-cérébral en 1982 et état comateux pendant 72 heures
- statut post-fracture de D12 en 1997
- état anxio-dépressif sous suivi psychiatrique.

A titre de synthèse, ce médecin a noté que l'assuré avait développé, depuis le dernier accident de 2009, une aggravation de ses douleurs de dos remontant facilement dans la tête où elles sont associées à des sensations vertigineuses. La sensation de vertiges ressemblait plutôt à une sensation d'ivresse d'une durée relativement courte sans autres symptômes végétatifs associés ou neurologiques associés. L'examen neurologique était dans les limites de la norme bien que l'assuré exprimât une fatigabilité accrue et supportât relativement mal l'examen de la motilité oculaire lui provoquant des maux de tête et des sensations vertigineuses. Il indiquait ne pas avoir de bonnes explications neurologiques au vertige peu spécifique, s'agissant selon lui d'un vertige d'origine psycho-physique dans le contexte d'une douleur chronique au niveau du dos. Il relevait qu'un traumatisme cranio-cérébral pouvait en principe provoquer ces vertiges, tout en admettant qu'il était inhabituel qu'il s'installe seulement 30 ans après le traumatisme important et 10 ans après la fracture vertébrale D12.

Dans un rapport du 31 octobre 2011 adressé à l'OAI, la Dresse W. _____ a posé comme diagnostic ayant effet sur la capacité de travail des rachialgies diffuses à caractère invalidant sur troubles statiques, des troubles dégénératifs étagés, des séquelles d'ostéodystrophie de croissance, un statut après tassement du plateau vertébral supérieur de D12, un important déconditionnement physique focal et global, des vertiges d'origine indéterminée, un état anxio-dépressif, une cécité de l'œil gauche post-corps étranger. Se prononçant sur le pronostic, elle a indiqué qu'il s'agissait d'un cas complexe où des problèmes physiques (ostéo-articulaires, musculaires, neurologiques) et psychologiques se cumulaient pour justifier l'incapacité de travail du patient. Elle considérait la proposition d'un traitement de reconditionnement auprès de la clinique de la CNA comme utile pour permettre une vision globale sur les problèmes de santé du patient et leurs incidences sur sa capacité de travail résiduelle. Elle a attesté d'une incapacité de travail totale depuis octobre 2010 et indiqué au titre de limitations fonctionnelles des vertiges avec risque de chute, une

insuffisance musculaire avec difficulté à poursuivre une activité physique lourde.

Le Dr C. _____ a adressé à l'OAI un rapport du 7 novembre 2011, dans lequel il a notamment posé le diagnostic de troubles anxieux sans pression [recte : précision] (code F41.9 du DSM-IV-TR). Il a indiqué que l'assuré était sous traitement antidépresseur, anxiolytique, et psychothérapeutique, qu'il présentait des troubles importants de la mémoire, une pénibilité à la marche, des douleurs importantes du dos et une anxiété légère. Il attestait d'une incapacité totale de travail d'un point de vue somatique dans son activité habituelle, indiquant qu'on ne pouvait attendre une reprise d'activité ou une amélioration de la capacité.

L'assuré a séjourné dans le service de Clinique P. _____ (ci-après : Clinique P. _____) du 18 octobre au 17 novembre 2011, date de son retour à domicile. Dans le rapport du 7 décembre 2011, faisant suite à ce séjour, les Drs Q. _____ et X. _____, spécialistes en neurologie, ainsi que le Dr HH. _____, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de réadaptation neurologique pour séquelles post-TCC (traumatisme cranio-cérébral) et dorso-lombalgies chroniques. Ils ont admis une incapacité de travail dans la profession actuelle d'employé à l'expédition de 100 % du 18 octobre 2011 au 20 novembre 2011, de 50 % du 21 novembre au 21 décembre 2011 avec rendement diminué de 20 %, puis de 0 % avec un rendement diminué à 20 %. Ils ont en outre évoqué ce qui suit :

« 1. En ce qui concerne la suspicion de TCC :

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale a montré quelques lésions non spécifiques de la substance blanche superficielle, à prédominance bi-frontale, une lésion de la corona radiata gauche, sans résidu hémattique. On trouve cependant une lésion de 5 mm du thalamus gauche, à composante hémorragique, pouvant refléter, soit le résidu d'une lésion post-traumatique, soit une lacune ischémique à composante hémorragique et un résidu hémorragique, vraisemblablement sous-arachnoïdien temporo-polaire droit. Ces deux lésions sont probablement en lien avec l'accident de 1982 et on peut donc retenir que le patient a probablement eu un TCC de degré modéré. Cependant, l'évolution a été favorable par la suite, lui permettant de retourner pendant de nombreuses années dans une activité professionnelle à plein temps.

Au vu d'une image compatible avec une lésion sténotique du siphon carotidien gauche dans sa portion C3, en amont de l'origine de l'artère ophtalmique nous avons effectué un contrôle par Doppler, qui s'est révélé dans les normes.

Un EEG de contrôle s'est également avéré dans les normes, sans signe de latéralisation ou irritatifs.

L'évaluation neuropsychologique, rendue difficile par une collaboration limitée en raison de multiples plaintes et un comportement douloureux, a mis en évidence des performances déficitaires aux tests attentionnels, exécutif, langagier, mnésique antérograde et gnosique. L'interprétation de ces résultats s'est révélée difficile, en raison d'un tableau atypique avec plusieurs incohérences (fluctuation des résultats, incohérences intra- et inter-tests, ainsi qu'entre les tests et les observations cliniques).

Lors d'un suivi neuropsychologique, le patient s'est plaint de manière récurrente d'une « fatigue de la tête », même face à des exercices simples, a changé de position et s'est tenu la tête, après quelques minutes, mais s'est montré capable de progresser lentement dans les exercices attentionnels informatisés, lorsqu'il est laissé seul.

Sur le plan psychiatrique, la psychiatre retient un tableau clairement démonstratif, avec de nombreuses incohérences, avec, au plan psychique, un émoussement des affects, avec actuellement quelques troubles anxieux, et de nombreuses appréhensions et des croyances problématiques, telles qu'une crainte d'être atteint d'une tumeur au cerveau. D'autre part, l'aggravation des douleurs multiples durant les dernières années a été vécue de manière très inquiétante par le patient, ce qui a motivé un suivi par une psychologue clinique durant le séjour avec des entretiens visant l'amélioration de la gestion de la douleur, et de ses peurs. En raison d'une diminution de ses ressources et une personnalité anxieuse, nos psychiatres retiennent une baisse de rendement que nous évaluerons de l'ordre de 20 %.

2. En ce qui concerne la tétra-hyperréflexie :

Une investigation par IRM cervicale et lombaire a permis d'exclure un canal étroit à ces niveaux et nous avons conclu qu'il s'agissait très probablement d'une hyperréflexie s'inscrivant dans le cadre post-TCC.

3. En ce qui concerne les dorso-lombalgies chroniques :

Le patient a été vu par notre spécialiste en rééducation rachidienne, qui retient que la fracture-tassement du plateau supérieur de D12, remontant à 1997, était de peu d'importance et s'est constituée en un bloc acquis D11-D12. Il retient également quelques séquelles de maladie de Scheuermann, à la région lombaire haute et quelques troubles dégénératifs. Biologiquement, il n'y a pas de syndrome Inflammatoire. En corrélant ces données somatiques à la présentation clinique, notre consultant peine à trouver une explication lésionnelle simple à ces douleurs et à mettre en cause

l'ancienne fracture-tassement de D12. Il lui a été difficile de déterminer si les troubles dégénératifs et statiques sont symptomatiques ou non. Vu la présence de nombreux signes de non-organicité de Waddell et les discordances on peut conclure que des facteurs sortant du champ somatique jouent un rôle important dans la modulation de l'état douloureux, avec, en premier, des troubles anxieux.

En physiothérapie, le patient a bénéficié d'un programme de reconditionnement global, qui n'a pas eu grand impact durant le séjour. A la sortie, nous avons encouragé M. V. _____ à rester actif, tout en poursuivant encore de la physiothérapie en ambulatoire, pour l'aider au reconditionnement physique.

4. Du point de vue internistique :

Au niveau urinaire, le patient présente une micro-hématurie à répétition, avec une PSA [Prostatic Specific Antigen] élevée, à 4.9 mcg/L. Nous avons proposé au patient de revoir son urologue. Le screening de facteurs de risque cardio-vasculaire, motivé par des lésions cérébrales aspécifiques, n'a pas montré de signe d'un diabète ou d'une dyslipidémie. Par contre, le patient présente une surcharge pondérale et au vu d'un enregistrement par ApneaLink pathologique, avec trois apnées et 8 hypopnées/heure, nous avons contacté le Dr H. _____ à Lausanne, qui convoquera le patient pour une poly-somnographie en ambulatoire.

5. Sur le plan socio-professionnel :

En ce qui concerne l'évaluation professionnelle, le patient a obtenu au questionnaire PACT le score de 50 pts, ce qui veut dire que le patient s'estime capable d'effectuer une activité exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire. Lors du test en sol, nous sommes limités à un test de performance minimale. Le test a montré de nombreuses auto-limitations et des incohérences qui n'ont pas permis de conclure à ses capacités fonctionnelles. De même, une évaluation aux ateliers professionnels n'a pas permis de quelconque conclusion, devant un patient s'auto-limitant tellement qu'il a été impossible de faire une évaluation objective. En-dehors des séances d'évaluation, nous avons cependant observé que le patient est capable de se déplacer sans limitation à l'intérieur de la Clinique, d'effectuer un port de charges léger et de maintenir la position assise durant 30 minutes, au moment du repas. Nous sommes alors confrontés à un hiatus important entre les résultats plutôt rassurants des divers examens complémentaires et des plaintes du patient. D'un point de vue théorique, le patient devrait être capable d'effectuer un travail manuel simple à temps complet avec un rendement diminué de 20 % pour des raisons psychiatriques.

Nous proposons une réinsertion professionnelle progressive même si celle-ci, au vu de ce qui précède s'annonce des plus difficiles. »

Dans son avis du 13 janvier 2012, le Dr G. _____ du SMR, résumant le contenu du rapport de la Clinique P. _____, a relevé le hiatus important entre les résultats plutôt rassurants des divers examens

complémentaires et les plaintes du patient. Il a noté que d'un point de vue théorique, le patient devrait être capable d'effectuer un travail manuel simple à temps complet avec une baisse de rendement de 20 % pour des raisons psychiatriques.

Dans son rapport d'examen final du 1^{er} février 2011 [recte : 2012], le Dr M._____ a objectivé des troubles statiques modérés et une ptose abdominale. Une musculature para-vertébrale toujours très sensible à la palpation sur toute la hauteur du rachis dorso-lombaire s'accompagnant de réaction de retrait, une flexion antérieure s'effectuant avec d'énormes difficultés, des changements de position exécutés avec des difficultés variables, le patient ne tenant pas assis sur sa chaise. Il a exclu des déficits neurologiques aux membres inférieurs et constaté qu'une fois l'examen terminé et le patient rhabillé, son habitus se normalisait complètement, semblant fonctionner tout à fait normalement. Il évoquait une composante psychogène, ne parvenant pas à expliquer l'importance du handicap avec les examens cliniques et radiologiques.

Le Dr G._____ a noté dans son rapport du 26 mars 2012 au titre d'atteinte à la santé des rachialgies diffuses, une légère diminution des performances neuropsychologiques aux niveaux attentionnel, exécutif, langagier et mnésique. Il a admis une capacité de travail de 80 % en raison d'un rendement diminué de 20 % pour des raisons psychiatriques dans son activité habituelle d'employé d'expédition et dans une activité adaptée à l'état de santé. Il a retenu au titre de limitations fonctionnelles une capacité de travail compatible avec un port de charges léger, la possibilité de changer de position toutes les 30 minutes, et au plan psychiatrique, une légère diminution des capacités de concentration, de mémoire et de compréhension, justifiant la diminution de rendement de l'ordre de 20 %.

Le 13 juillet 2012, la CNA a rendu une décision d'octroi de rente d'invalidité en raison d'une incapacité de gain de 10 % pour les séquelles de l'accident du 18 juin 2009.

L'assuré a fait un stage d'observation professionnelle auprès de l'Orif (Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle) du 10 septembre au 5 octobre 2012.

Dans une note de suivi du service de réadaptation de l'OAI datée du 23 octobre 2012, les responsables du stage ont décrit une situation complexe sans évolution au cours du stage, l'assuré s'étant montré démonstratif et plaintif. Sans trouver de raison objective au rendement misérable observé, ils ont noté que l'assuré n'était pas présentable sur le marché de l'emploi en raison de son comportement lié soit à une angoisse soit un blocage.

Lors du stage, l'équipe d'observation a noté que l'assuré était une personne très affectée par son état de santé, qu'il prenait soin de lui, était de bonne présentation mais que sa peur et son angoisse face à son avenir envahissait son quotidien, ne laissant aucune place à un quelconque projet pour une reprise d'emploi. Elle a en outre noté que l'assuré se considérait comme mourant et avait par conséquent besoin de reconnaissance de la part de son entourage. Il était incapable de se prendre en charge, les seules paroles qu'il exprimait consistaient en plaintes continues et récurrentes sur son état de santé. L'assuré n'était, selon l'équipe, pas présentable à un employeur, des investigations supplémentaires pour mieux définir l'état d'anxiété et d'obsessions extrêmes devant être entreprises (rapport final du 23 octobre 2012 du stage Orif).

Du rapport du 8 octobre 2012 du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin conseil du centre, annexé au rapport de stage, il ressort notamment ce qui suit :

« (...) A l'atelier, M. V._____ est entièrement envahi par ses douleurs. Rien d'autre ne compte. Il est plaintif, démontre ses douleurs en permanence, ne trouve pas de bonne position. De ce fait, sa collaboration est médiocre. Même des gestes élémentaires comme de mettre la clé Imbus dans la tête de vis lui paraît trop compliquée. Le travail est bâclé, inutilisable, parfois refusé. Ses rendements sont misérables et la qualité insuffisante. Son seul souci est sa douleur et de démontrer qu'à cause d'elle, il ne peut rien

faire. Nous ne pensons pas cependant que cette attitude soit délibérée, mais plutôt le résultat d'un envahissement par l'angoisse, la douleur et la conviction d'être gravement malade. Tout le reste devient donc secondaire, y compris le travail et les revenus.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation ne trouve aucune explication objective aux rendements misérables et à la faible capacité de travail de cet homme, observe peu de limitations fonctionnelles, mais doit se rendre à l'évidence que dans l'état où il se trouve, il n'est pas présentable sur le marché du travail pour des raisons de comportement. En soi, il pourrait exercer toutes sortes de travaux de production, à l'établi ou sur machines, de l'emballage, du conditionnement, en théorie au taux défini par le SMR, mais que nous n'avons pas été en mesure de valider du fait du comportement de l'assuré. S'agit-il d'un manque d'efforts ? D'un traitement insuffisant de l'angoisse ? D'un hiatus entre l'idée probablement assez élevée que l'assuré a de lui-même et ses réelles capacités professionnelles ? »

Le 12 décembre 2012, l'OAI a rendu un projet de décision admettant l'octroi d'une rente d'invalidité en raison d'un taux d'invalidité de 60 % du 1^{er} octobre 2011 au 1^{er} mars 2012, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assuré.

Le 25 février 2013, l'assuré, assisté désormais d'un conseil, a informé l'OAI d'un prochain contrôle chez le Dr J._____, dont le rapport serait transmis dès sa réception. Il demandait à ce stade la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. Un rapport du 7 février 2013 du Dr S._____ à l'attention de Me Subilia, confirmant l'incapacité de son patient de subvenir seul à ses besoins, malgré un état de santé cliniquement stationnaire depuis la première consultation du 24 novembre 2008, était joint à ce courrier.

Dans son rapport du 13 mars 2013, le Dr J._____ a évoqué un sujet démonstratif anxieux se plaignant de troubles de l'équilibre importants mais capable de mettre ses pantalons se tenant sur une jambe. Il a relevé une limitation modérée de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire.

Le Dr S._____, dans un avis du 27 mars 2013, évoquant le rapport du Dr J._____, a indiqué à Me Subilia ce qui suit :

« Si l'on considère l'ensemble de la situation, il est à mes yeux évident que ce patient doit être considéré dans son ensemble comme incapable de fournir un travail rémunéré efficace. Certes, les handicaps physiques, principalement les séquelles douloureuses des accidents rachidiens et la cécité partielle de l'œil droit pourraient idéalement, chez une personne disposant de toutes ses facultés et d'une force de caractère certaine, être surmontés. Tel n'est pas le cas de ce patient, à l'intellect diminué et installé depuis de nombreuses années dans un cercle vicieux psychiatrique ne lui permettant pas une appréhension rationnelle correcte de son état. »

Le 8 mai 2013 le Dr F._____, médecin au SMR, a noté que les éléments complémentaires transmis par le conseil de l'assuré n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions médicales prises.

Par courrier du 31 mai 2013 à l'OAI, l'assuré a demandé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.

Par décision du 5 juin 2013, l'OAI a octroyé au recourant $\frac{3}{4}$ de rente fondée sur un taux d'invalidité de 60 % du 1^{er} octobre 2011 au 1^{er} mars 2012, date de l'amélioration de son état de santé.

B. Par acte du 9 septembre 2013, V._____ recourt contre cette décision en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière sans limite dans le temps et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. A l'appui de sa contestation, il évoque que son état de santé psychique n'a fait l'objet d'aucune évaluation, malgré les rapports des Drs S._____, J._____, C._____ et W._____ évoquant un état anxio-dépressif excluant toute activité et que sa situation globale, notamment en regard du stage effectué auprès de l'Orif, n'a pas suffisamment été prise en considération dans l'évaluation de l'incapacité de gain.

Dans sa réponse du 12 novembre 2013, l'intimé conclut au rejet du recours, considérant que le rapport médical de la Clinique P._____ du 7 décembre 2011, dans lequel la capacité de travail de l'assuré était évaluée à 100 % sous réserve d'une diminution de rendement de 20 %, remplissait les conditions jurisprudentielles adéquates s'agissant de la valeur probante et que le SMR avait pour sa

part confirmé le précédent avis, relevant que de jurisprudence constante, les données médicales devaient l'emporter sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnel.

Le recourant réplique le 30 janvier 2014, confirmant que si l'évaluation de son état de santé physique ne prêtait pas à critique, son état de santé psychique avait en revanche été sous-évalué.

Le 2 avril 2014, le mandataire du recourant transmet au tribunal un avis médical du Dr S. _____ du 31 mars 2014 l'informant de la dégradation de la situation médicale de son patient qui devait subir une résection prostatique, ce qui contribuait à aggraver encore son anxiété.

Par déterminations des 7 et 29 avril 2014, l'intimé confirme ses conclusions et rappelle que l'aggravation de l'état de santé du recourant constitue un fait survenu postérieurement devant usuellement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

Alléguant un suivi au Centre N. _____, ainsi que d'une prochaine évaluation neuropsychologique auprès du service de neurologie du D. _____, le recourant, par son conseil, requiert le 30 janvier 2015 une suspension de la cause, jusqu'à ce que le rapport médical en découlant soit établi. A l'appui de cette requête, il produit un rapport médical du 22 janvier 2015 que lui a adressé le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rédigé en ces termes :

« M. V. _____ souffre de difficultés liées aux polytraumatismes provoqués par divers accidents de la route, dont le premier en 1982. En plus du syndrome douloureux qui l'affecte, il souffre de difficultés cognitives, reste désorienté et confus dans sa pensée. Les sentiments dépressifs sont au premier plan. Un premier examen neuropsychologique, effectué en octobre 2011 par M. T. _____, psychologue de l'Unité de neuropsychologie de la Clinique P. _____, a mis en évidence des performances déficitaires aux tests attentionnels, exécutifs, langagiers, mnésiques antérogrades et gnosiques. Cependant, ces performances étaient difficilement interprétables en raison d'un tableau atypique avec plusieurs incohérences. Le psychologue a considéré, dans sa conclusion, que le TCC sévère subi en 1982 aurait vraisemblablement entraîné des séquelles cognitivo-comportementales (notion de modification socio-

émotionnelles durables) qui devaient être confrontées aux données neuroradiologiques.

Or, l'IRM cérébrale du 28 octobre 2011 a montré quelques lésions non spécifiques de la substance blanche superficielle, à prédominance bi-frontale, une lésion de la corona radiata gauche, sans résidu hématique et une lésion de 5 mm du thalamus gauche, à composante hémorragique, pouvant refléter soit le résidu d'une lésion post-traumatique, soit une lacune ischémique à composante hémorragique et un résidu hémorragique, vraisemblablement sous-arachnoïdien temporo-polaire droit. Les deux lésions sont probablement liées à l'accident de 1982 et on peut donc retenir que le patient a probablement eu un TCC de degré modéré. Le rapport signale encore que, malgré ces lésions, l'évolution du patient a été favorable par la suite, lui permettant de retourner pendant de nombreuses années dans une activité professionnelle à plein temps. »

L'intimé s'oppose à la suspension le 5 mars 2015, se fondant sur un avis médical du 3 mars 2015 du Dr G. _____, duquel il ressort que la situation médicale du recourant correspond à une évolution de l'état de santé depuis la décision attaquée, les troubles allégués étant postérieurs à la période querellée.

Par ordonnance du 17 mars 2015, la juge instructrice suspend la procédure jusqu'au dépôt du rapport médical du 6 mai 2015 du Dr L. _____, transmis par le conseil du recourant en annexe à ses déterminations du 19 mai 2015. Le rapport, qui conclut à une incapacité de travail définitive de 100 % dans son activité habituelle, de même que dans une activité théoriquement adaptée, évoque pour le surplus ce qui suit :

« Discussion : nous avons un patient qui a souffert un TCC sévère en 1982, qui a des séquelles dans son cerveau détectées par l'image cérébrale et l'EEG ainsi que la neuropsychologie qui confirment les symptômes ressentis par le malade, les observations de son entourage et celle des médecins qui l'ont suivi (et pas seulement examiné pour établir un rapport). Il est surprenant que nulle part dans son épais dossier il soit question d'un diagnostic de syndrome post-commotionnel (F07.2 de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS, 10^{ème} révision). Celui-ci est caractérisé par la survenue chez un patient ayant été victime d'un traumatisme crânien de nombreux symptômes variés tels que céphalées, sensations vertigineuses (sans présenter les caractéristiques d'un vrai vertige), fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie et diminution de la tolérance au stress et aux émotions. Ces symptômes peuvent être accompagnés par des

sentiments dépressifs ou anxieux, résultant de la perte de l'estime de soi et la crainte d'avoir une lésion cérébrale définitive. De tels sentiments aggravent les symptômes d'origine et conduisent à un cercle vicieux. Certains sujets deviennent hypocondriaques, partent en quête de diagnostics et de soins, ou adoptent un rôle de malade.

Dans le cas de M. V._____, cette description correspond parfaitement aux symptômes décrits. Ce qui est déroutant c'est qu'ils apparaissent très tardivement, ce que le Dr Z._____, neurologue, n'a pas manqué de remarquer dans son rapport d'octobre de 2011 pour le seul problème de vertiges : pourquoi donc les tableaux cognitif et vertigineux se sont manifestés 30 ans et 10 ans après les traumatismes subis au crâne et à la colonne ?

Nous estimons qu'il faut reconnaître en plus le diagnostic de modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0, CIM-10 de l'OMS). Or, le patient a été exposé à trois situations accidentelles sévères qui ont miné peu à peu son système défensif qui le protégeaient contre des angoisses trop violentes. Il est possible qu'après le premier accident en 1982, il ait expérimenté un état de stress post-traumatique (cf. les commentaires de sa femme sur le changement de son comportement), mais c'est après l'annonce de son licenciement en 2012 qu'il ne trouve plus des moyens pour continuer à lutter contre l'angoisse envahissante. Les troubles cognitifs et somatiques s'aggravent significativement ainsi que son comportement. Une symptomatologie prépsychotique est même observée. Il est devenu méfiant, et reste dans l'attente d'une solution miraculeuse pour ses problèmes. Il existe un repli sur soi-même et un isolement social. L'espoir de pouvoir être comme avant a disparu et il croit être atteint d'une maladie incurable et mortelle. Dans ce contexte, il se détache du monde. Il est fort possible que sa personnalité (expression théâtralisée et exagérée de ses souffrances) et son faible niveau intellectuel préexistant aient joué un rôle dans l'installation de ces modifications de sa personnalité. Le trouble est habituellement considéré comme chronique et irréversible.

La partie somatique de son tableau clinique s'inscrit dans le contexte d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4, CIM-10 de l'OMS). Il s'agit d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non complètement expliqué par un processus pathologique survenant dans un contexte de conflits émotionnels et problèmes psychosociaux importants. Dans son cas, les trois accidents plus les difficultés induites par son licenciement suffisent amplement pour remplir les critères de ce diagnostic. En tout cas, chez M. V._____, le syndrome douloureux ne doit être confondu ni avec une présentation histrionique des douleurs ni avec une production intentionnelle ou une simulation des symptômes ou d'une incapacité.

Conclusion : ce rapport apporte une confirmation du niveau de dysfonctionnement cognitif qui fort probablement a comme origine son TCC lors de l'accident en 1982 mais qui est aggravé par des facteurs liés au changement de sa personnalité et d'autres facteurs contextuels. La présence des douleurs chroniques s'inscrit dans ce contexte du changement de personnalité et du déclin de ses capacités fonctionnelles. Le fonctionnement global de M. V._____

est significativement atteint (40 points à Echelle Globale de Fonctionnement ce qui correspond à l'existence d'une certaine altération du sens de la réalité, à des troubles du comportement et à l'incapacité de fonctionner dans tous les domaines (ex. reste au lit toute la journée, apragmatisme / dépend entièrement de son entourage pour les actes de la vie quotidienne)). »

Le 1^{er} juin 2015, la juge instructrice requiert le rapport neuropsychologique du service de neurologie du D._____. Ce dernier, daté du 3 mars 2015, adressé au Dr L._____, conclut à la mise en évidence d'un déficit modéré de reconnaissance en mémoire épisodique visuelle, d'un dysfonctionnement exécutif sévère et d'un important ralentissement psychomoteur. La Dresse B._____, cheffe de service, et la psychologue BB._____, notent des difficultés de mobilisation des ressources cognitives chez un patient démonstratif et apparemment très algique. Selon elles, la participation d'une composante thymique et motivationnelle à ces déficits est probable. Elles relèvent pour le surplus que ces résultats contre-indiquent la conduite automobile et réduisent la capacité de travail.

Dans ses déterminations du 16 juillet 2015, l'intimé s'est rallié à l'avis du 7 juillet 2015 des médecins du SMR d'interpeller la Dresse B._____ en lui demandant de quantifier la capacité résiduelle de travail dans une activité simple, exécutive, prédictive, sans stress et d'en préciser l'évolution dans le temps si possible.

Dans son rapport du 15 décembre 2015, faisant suite à l'interpellation de la juge instructrice, la Dresse B._____ note que le tableau clinique de l'assuré est globalement superposable à celui de l'évaluation neuropsychologique des 20 et 25 octobre 2011 effectuée à la Clinique P._____. Elle considère que la situation est stable depuis 2011 et que la capacité de travail dans son activité habituelle est depuis lors très probablement restée similaire, soit égale à 20 % maximum. Une activité adaptée à son état de santé, soit un travail simple et bien cadré, est possible d'un point de vue neuropsychologique sous réserve d'une diminution importante du rendement, qu'elle ne quantifie pas.

L'OAI se détermine le 1^{er} février 2016 en maintenant ses conclusions en rejet du recours, au motif que le stage d'observation préconisé par la Dresse B. _____ pour quantifier la réduction de la capacité de travail avait déjà été mené lors de précédentes expériences, sans succès et que l'aggravation de l'état de santé évoquée était postérieure à la décision attaquée. Il s'est pour le surplus rallié à l'avis du 18 janvier 2016, dans lequel les Drs O. _____ et G. _____ du SMR évoquent les raisons qui leur permettent de s'écarter des diagnostics retenus par le Dr L. _____. Ils se sont exprimés de la façon suivante à ce sujet :

« 1. Le syndrome post-commotionnel (F07.2) : il a été évoqué par un neurologue mais n'a pas été retenu à juste titre en raison de la définition même de cette entité selon la CIM-10 ; le critère B exige que les symptômes apparaissent dans les quatre semaines après le traumatisme crânien. Dans le cas spécifique la symptomatologie est apparue plusieurs années après l'accident.

2. Nous ne pouvons pas retenir le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (hypothétique dans le texte) car dans les différentes descriptions cliniques nous ne trouvons pas les critères décrits dans la CIM-10 (hyper vigilance, sensation de menace externe, hostilité-méfiance, sensation d'être étranger aux autres) seul le retrait social est présent mais peu spécifique tout seul pour retenir ce diagnostic.

L'état de stress post-traumatique est évoqué au conditionnel par le Dr L. _____ ; il est en effet très souvent prodrome de la modification durable de la personnalité mais nous ne pouvons pas le retenir car il doit durer au moins deux ans et est constitué de réviviscence de l'évènement, souvenir et rêves répétitifs comportement d'évitement ; nous ne trouvons pas ces éléments dans l'anamnèse.

3.-. Le trouble somatoforme douloureux : en préambule nous avons repris les éléments dominants du tableau clinique de l'époque, référés par pratiquement tous les intervenants et qui convergeaient vers un manque de motivation manifeste, dans ce contexte pourquoi évoquer le diagnostic de TSD ?

Actuellement, munis de « retroscopie », éclairés par une catamnèse peu favorable et dans un contexte de détérioration prouvée dès 2014 (en concomitance avec le début du suivi du Dr L. _____) certaines réflexions diagnostiques « sautent aux yeux » mais elles sont tributaires des informations acquises après la décision OAI.

Le Dr L. _____ signale des éléments objectifs, pouvant expliquer la symptomatologie dans les altérations électroencéphalographiques de 1982 (normalisé dans le contrôle de 2011) et de l'IRM d'octobre 2011 qui contient des images compatibles avec des lésions

cicatricielles anciennes très vraisemblablement constituées lors de l'accident ; ces altérations n'ont pas empêché l'exercice d'une activité pendant de nombreuses années.

La Prof. B. _____, dans son rapport complémentaire du 16.12.2015, fait état d'un status neuropsychologique superposable à celui du 28.10.2011. Contrairement au Dr L. _____, la Prof. B. _____ admet encore maintenant une exigibilité résiduelle à quantifier moyennant un stage.

Conclusions :

Avec ces éléments, nous concluons que les documents médicaux fournis récemment ne sont pas aptes à changer les décisions retenues jusqu'à maintenant ; une aggravation substantielle au plan somatique avec répercussion psychiques est signalée dès 2014, ce que nous ne contestons pas. »

Le 1^{er} février 2016, le recourant confirme les conclusions de son recours du 9 septembre 2013. Il produit en annexe à ses déterminations un nouveau rapport médical du Dr L. _____ du 28 janvier 2016 qui confirme que l'état neuropsychologique du recourant a peu évolué entre les deux évaluations de 2011 et 2015, tout en indiquant que la capacité de travail du recourant ne devait pas être évaluée sur la seule base d'un examen neuropsychologique, mais bien de manière plus globale en tenant compte du syndrome post-commotionnel, de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, ainsi que du syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce médecin note que les troubles cognitifs, les diagnostics psychiatriques mais également la situation psychosociale particulière de ce patient (mauvaise connaissance du français, situation conjugale conflictuelle, situation socio-économique préoccupante, etc.) lui permettent d'estimer que le fonctionnement global du recourant est significativement atteint, au point qu'il doit être considéré comme inapte à exécuter son activité habituelle ou toute activité théoriquement adaptée à 100 %.

Dans ses déterminations du 7 mars 2016, l'OAI, se référant à l'avis médical des Drs O. _____ et G. _____ du 24 février 2016, confirme ses conclusions en rejet du recours.

Le 4 avril 2016, sous la plume de son nouveau conseil, Me Charlotte Iselin, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise

psychiatrique judiciaire avec pour but de poser un diagnostic psychiatrique et ses conséquences sur la capacité de travail, depuis le 5 juin 2013, date de la décision querellée. A l'appui de sa requête, il relève que les éléments retenus par le Dr L._____ dans ses différents rapports font naître un doute suffisant pour qu'une expertise effectuée par un médecin indépendant soit mise sur pied. Fondé sur le rapport du 8 mars 2016 du Dr L._____ qu'il produit en annexe, il relève que les diagnostics psychiatriques posés par le psychiatre traitant l'ont été sur la base des observations faites par T._____, psychologue à la Clinique P._____, la Dresse W._____ et le Dr S._____, soit avant que la décision critiquée soit rendue. Il relève d'autre part que l'OAI a mésestimé les troubles psychiques du recourant en se reposant entièrement sur les conclusions du rapport de la CNA (recte : SMR ?) du 26 mars 2012 qui ne tient pas compte des indices de troubles psychiques qu'il présentait déjà à cette époque et qui ressortent des différentes constatations médicales au dossier. Il note encore que le Dr L._____ interprète son manque de motivation comme un signe de défense phobique et d'évitement, sans aucune connexité avec le défaut de collaboration intentionnelle évoquée par le SMR.

Dans un avis du 14 avril 2016 produit en annexe aux déterminations de l'OAI du 21 avril 2016, qui persiste dans ses conclusions en rejet du recours, le Dr G._____ s'est exprimé de la manière suivante s'agissant de la critique du recourant de la présence d'indices sous-estimés avant la décision querellée :

« Les rapports médicaux cités précédents à la décision querellée sont les suivants : Dr S._____, interniste, du 04.03.2011, 16.11.2010, 15.12.2010, qui parle d'une situation bloquée au plan physique et psychique. Le RM de la Dresse W._____, orthopédie D._____ du 30.08 et 31.10.2011, décrit une situation qui demande une évaluation approfondie, notamment neurologique, ce qui a été fait par la suite (Dr Z._____, le 03.10.2011). Tous ces avis d'avant les séjours à la Clinique P._____ se remettent à une évaluation multidisciplinaire complète et approfondie à réaliser à la Clinique P._____. C'est donc dans ce contexte incertain que l'évaluation de la Clinique P._____ prend toute sa valeur car fondée sur une observation de 4 semaines en continu sous les angles de la médecine interne, psychiatrique, comportemental, ostéoarticulaire, de physiothérapie, neuropsychologie, capacités fonctionnelles, corroborés par les observations du Dr M._____ résumées dans

l'avis SMR du 18.01.2016. Ces intervenants retenaient en effet de façon concordante et avec des descriptions étayées les valeurs asséculo-logiques retenues par la suite dans le rapport SMR du 26.03.2012 qui n'avait aucune raison de s'en écarter.

Observation :

Dans cette instruction, le contenu du RM du Dr J._____, neurologue, du 13.04.2013 n'a pas encore été considéré à sa juste valeur.

Le praticien met en évidence une démonstrativité manifeste ; dans les plaintes alléguées par le patient, il prend acte de vertige (mis au premier rang des affections invalidantes) chez un patient capable de se tenir sur une jambe les yeux fermés et capable de se mettre les pantalons appuyé sur une jambe.

Cette observation faite bien après la période querellée, met en évidence une incohérence manifeste et corrobore les conclusions faites à la Clinique P._____ une année auparavant et elle nous aide à dépasser les diatribes sur la pertinence des diagnostics retenus où chaque partie défend son point de vue. »

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Le présent recours, formé en temps utile et dans le respect des formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) le litige porte sur le droit du recourant à se voir octroyer une rente d'invalidité sans limite dans le temps. L'intimé a en effet admis qu'il avait droit à $\frac{3}{4}$ de rente du 1^{er} octobre 2011 au 1^{er} mars 2012 en raison d'une incapacité de gain de 60 %, alors que le recourant prétend ab initio à une rente entière.

3. Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 et 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3).

L'art. 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain consiste en toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, valable en procédure judiciaire de recours, dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine

valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il convient en effet de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

Cependant, en vertu du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. Le juge doit alors examiner si les rapports du médecin traitant mettent en doute, même de façon minime, les conclusions des médecins internes à l'assurance. Ainsi, lorsque la pertinence des constatations de ces médecins est mise en doute par le biais d'un rapport concluant du médecin traitant, le juge doit, pour les lever, soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (TF 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.1 ; ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

5. En l'occurrence, le Dr L._____, effectuant une synthèse des documents médicaux du dossier (imagerie cérébrale, EEG [électro-encéphalogramme], rapports médicaux et neuropsychologiques), tout en requérant de nouvelles investigations neuropsychiatriques, a évoqué différents diagnostics qui n'avaient pas été posés jusque-là (un syndrome post-commotionnel, la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux persistant). Il a expliqué comment les événements accidentels à répétition avaient fini par émousser le système défensif qui protégeait le recourant d'angoisses trop violentes, de même que les éléments ayant contribué à l'installation des modifications de sa personnalité. Dans son rapport du 8 mars 2016, il a en particulier relevé les éléments des rapports existants lui permettant de poser les diagnostics précités et donné une explication au manque de motivation relevé par les médecins du SMR, en ce sens qu'il devait être compris dans un contexte de nouvelles défenses phobiques et d'évitement. Ce praticien a également évoqué le possible mécanisme qui avait conduit le recourant à l'abandon progressif de sa capacité de travail et de gain. Sur la base de ces différents éléments, il a conclu à une atteinte significative du fonctionnement global de son patient, ainsi qu'à une incapacité totale de travail.

De leur côté, si les Dr G._____ et O._____ du SMR (avis du 18 janvier 2016) contestent les diagnostics posés de syndrome post-commotionnel et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, considérant que les symptômes les expliquant ne seraient pas survenus dans les délais usuels (ce que le psychiatre traitant admet par ailleurs), ils admettent en revanche une aggravation substantielle de l'état de santé du recourant au plan somatique avec répercussion psychique depuis 2014. Ils relèvent en particulier les éléments objectifs, signalés par le Dr L._____, pouvant expliquer la symptomatologie dans les altérations encéphalographiques de 1982 et de l'IRM (imagerie par résonance magnétique) d'octobre 2011. Ils notent l'évidence de certaines réflexions diagnostiques *« éclairées par une catamnèse peu favorable, dans un contexte de détérioration prouvée dès 2014 (en concomitance avec le début du suivi du Dr L._____)* »,

réflexions qui sont toutefois, selon eux, « *tributaires d'informations acquises après la décision litigieuse* ». Ainsi, tout en rejoignant le psychiatre traitant dans ses constatations, ils considèrent que cette aggravation est survenue postérieurement à la décision attaquée.

Cependant, s'il est exact que les réflexions diagnostiques du Dr L._____ ont été menées postérieurement à la décision litigieuse, elles se fondent toutefois sur des constatations médicales réalisées bien avant cette dernière (rapport médical du 8 mars 2016 du Dr L._____). Ainsi le psychologue de la Clinique P._____, T._____, tout en considérant que les tests effectués étaient difficilement interprétables, admettait déjà que le TCC sévère de 1982 avait vraisemblablement entraîné des séquelles cognitivo-comportementales. La Dresse B._____, pour sa part, confirmait que le tableau clinique de mars 2015 (déficit modéré de reconnaissance en mémoire visuelle, dysfonctionnement exécutif sévère et important ralentissement psychomoteur, difficultés de mobilisation des ressources cognitives) était globalement superposable à celui de 2011.

Du concilium psychiatrique mené lors du séjour à la Clinique P._____ en 2011, il ressort que l'entourage du recourant aurait remarqué des changements de comportements, en particulier sous forme d'une diminution de sa sociabilité et de difficultés en français. L'examineur indiquait quant à lui être frappé par un émoussement des affects en lien avec le TCC de 1982, confirmant par là même les constatations effectuées en janvier 2013 déjà par l'OAI ensuite d'un entretien avec le recourant, l'intimé relevant le rapport particulier de l'assuré face à la réalité, ce dernier ne semblant pas perturbé par son futur licenciement. On notera au demeurant que c'est en raison d'une diminution de ses ressources psychiques et d'une personnalité anxieuse qu'une baisse de rendement de 20 % avait été reconnue du point de vue psychiatrique en 2011 déjà.

De même, l'observation du recourant effectuée lors du stage Orif en septembre et octobre 2012 a également conduit les observateurs

au constat d'une angoisse envahissante et d'une incapacité à se prendre en charge ne laissant aucune place à un quelconque projet de reprise d'emploi. Le Dr R._____ exposait pour sa part que l'attitude plaintive et démonstrative de l'assuré n'était probablement pas volontaire, ce dernier étant bien plutôt envahi par l'angoisse, la douleur et la conviction d'être gravement malade.

En février 2013, le Dr S._____ confirmait également l'incapacité de son patient de subvenir seul à ses besoins, et relevait en mars 2013 que son intellect diminué et son état psychiatrique cristallisé ne lui permettait pas une appréhension rationnelle correcte de son état.

Ces différents éléments semblent renforcer la thèse du psychiatre traitant selon laquelle le fonctionnement global du recourant était défaillant déjà avant que la décision litigieuse ne soit prise et mettent clairement en doute les conclusions médicales du SMR fondées notamment sur le rapport de la Clinique P._____ du 7 décembre 2011. Les rapports au demeurant concluants du Dr L._____ et l'avis du 18 janvier 2016 des médecins du SMR admettant l'existence d'une aggravation, conduisent la Cour de céans à considérer la nécessité de procéder à un complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire qui permettra notamment de poser les diagnostics adéquats au regard de ceux évoqués par le Dr L._____, d'examiner l'évolution de l'état de santé du recourant en fonction des rapports existants au dossier, de déterminer la date à laquelle est survenue l'aggravation de son état de santé, ainsi que sa capacité de travail dans l'activité habituelle, dans une activité adaptée et le rendement en découlant.

En résumé, les constatations médicalement objectivées du Dr L._____ mettent en lumière une nouvelle interprétation des éléments existants au dossier antérieurement à la décision, qui ne permet pas de s'en tenir aux conclusions retenues par les médecins du SMR sur la base d'un rapport de la Clinique P._____ de 2011, sans que ces éléments ne

constituent une « seconde opinion ». Ces nouveaux éléments mis en exergue méritent de faire l'objet d'investigations plus poussées.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est 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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il apparaît que l'OAI, qui admet une aggravation de l'état de santé du recourant, dont on peine à comprendre quelle en est l'origine retenue (celle relevée par le Dr S. _____ le 31 mars 2014 ou par le Dr L. _____ le 6 mai 2015), devrait de toute façon pour cette raison déjà mettre en œuvre une expertise afin de déterminer la date à laquelle cette aggravation est survenue. Admettant de surcroît l'existence probable d'un trouble somatoforme douloureux, l'intimé n'a jamais eu l'occasion d'instruire ce point mis en évidence par le dernier

psychiatre traitant du recourant, ni d'ailleurs les diagnostics de syndrome post-commotionnel et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il a au demeurant statué sur la base de rapports médicaux rapportés du dossier de la CNA (rapport de la Clinique P._____ du 7 décembre 2011) dont les critères d'évaluation de l'invalidité ne sont pas forcément superposables aux siens propres. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, cette solution apparaissant comme la plus opportune en l'espèce. Il y a donc lieu de renvoyer l'affaire à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (axée notamment sur les domaines rhumatologique, psychiatrique et neuropsychiatrique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts) au sens de l'art. 44 LPGA, puis qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer le rendement de l'assuré dans l'activité habituelle ou dans une éventuelle activité adaptée. Il appartiendra ensuite à l'OAI, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces derniers à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2500 fr. à la charge de l'OAI.

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

- I. Le recours déposé le 9 septembre 2013 par V._____ est admis.

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

- III. Les frais judiciaires à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V._____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charlotte Iselin (pour V._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :