

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 juillet 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Dessaux et M. Merz
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Denis Weber, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; art. 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, travaillait depuis novembre 2009 en qualité de chauffeur à plein temps pour le compte de S._____ (ci-après : l'employeur), pour un salaire annuel de 57'200 fr. en 2011.

Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 10 février 2011, le 18 janvier 2011, l'assuré "a embouti un autre véhicule". Il a subi des lésions à la hanche et a interrompu son travail le 7 février 2011. Cet accident a été annoncé à la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : CNA), qui a pris le cas en charge.

Dans un questionnaire qu'il a complété le 22 février 2011, l'assuré a indiqué qu'il portait sa ceinture de sécurité et que la police n'avait pas été avisée de l'accident. Selon le constat amiable d'accident, le véhicule que conduisait l'assuré a présenté des dégâts apparents sur le pare-choc avant.

Dans un rapport du 26 mai 2011 adressé au Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a posé les diagnostics de tendinopathie aiguë du psoas droit et de déchirure du labrum acétabulaire secondaire à une distorsion de la hanche dans un contexte de dysplasie et trouble de l'offset cervico-céphalique. Il a en outre retenu ce qui suit dans son appréciation du cas :

"Explications de la problématique au patient : étant donné qu'il n'a jamais eu de douleurs auparavant, la déchirure du labrum peut être mise sur le compte du traumatisme en distorsion de la hanche D [droite] survenue en janvier 2011 et doit donc fondamentalement être prise en charge par l'assurance-accidents. La deuxième composante de dysplasie est naturellement malade et ne relève pas de l'assurance-accidents.

Au vu de la gêne actuelle, j'ai prescrit une antalgie par Aulin et Flectoparin tissu gel et propose une révision arthroscopique de la hanche D [droite] pour débridement du labrum et ténotomie du psoas en cas de persistance de cette symptomatologie ainsi qu'une

révision simultanée de l'offset cervico-céphalique. Le but de cette intervention est d'essayer de rétablir le statu quo ante permettant de clore le cas accident.

Par la suite, en cas de décompensation de la hanche, en raison de la problématique de dysplasie, une ostéotomie péri-acétabulaire pourrait s'avérer nécessaire mais devra être rediscutée en fonction de l'évolution.

Les principes chirurgicaux ainsi que les risques et suites de l'intervention ont été expliqués au patient qui accepte fondamentalement cette proposition. La brochure explicative lui a été remise.

Nous allons planifier l'intervention pour le 8.7.11 en cas d'acceptation par l'assurance-accidents".

Selon un entretien téléphonique du 27 mai 2011 entre un agent de la CNA et l'assuré, ce dernier a expliqué qu'il n'avait jamais souffert avant l'accident du 18 janvier 2011 de douleurs ni de troubles au dos, au bassin ni aux hanches. A la suite de l'accident, il avait uniquement ressenti des douleurs au bas du dos, qui s'étaient résorbées trois mois après, puis étaient réapparues.

Dans un rapport médical du 17 juin 2011 à la CNA, le Dr O._____, spécialiste en médecine générale, a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assuré le 9 février 2011. Il a constaté une douleur à la mobilisation de la hanche et une boiterie. Selon les documents radiologiques, il a relevé une petite lésion du labrum droit et une déchirure antéro-supérieure du labrum droit. Il a retenu une incapacité de travail de 100% à compter du 7 février 2011.

L'assuré a été opéré le 8 juillet 2011 par le Dr R._____, qui a procédé à une arthroscopie de la hanche droite ; cette opération a été prise en charge par la CNA. L'assuré a séjourné du 7 au 16 juillet 2011 à la Clinique C._____. Dans un rapport du 15 juillet 2011, le Dr R._____ a indiqué que les suites étaient marquées par une recrudescence de douleurs de tendinopathie du psoas ; la mobilisation s'avérait difficile et l'assuré avait nécessité de nombreuses séances de physiothérapie.

Dans son rapport médical intermédiaire du 6 septembre 2011 à la CNA, le Dr M._____ a posé les diagnostics de tendinite aiguë du psoas droit et de déchirure du labrum acétabulaire secondaire à une

distorsion de la hanche, expliquant que le Dr R. _____ était en charge de la suite du traitement.

L'assuré a séjourné à la Clinique K. _____ (ci-après : la Clinique K. _____) du 10 août au 9 septembre 2011. Dans son rapport médical du 16 août 2011, le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie à la Clinique K. _____, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive.

Dans un rapport du 6 octobre 2011 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr R. _____ a posé le diagnostic de status après arthroscopie de la hanche droite pour lésions du labrum et tendinopathie du psoas droit. Il a constaté une évolution progressivement favorable avec diminution des douleurs, mais il existait encore des douleurs aiguës du psoas suite aux efforts ; l'assuré marchait sans canne et avait une bonne récupération de la mobilité articulaire. Il suivait un traitement de rééducation en physiothérapie et mobilisation en piscine.

Le 7 octobre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en indiquant quant au genre de l'atteinte «hanche droite, labrum, psoas », celle-ci remontant à janvier 2011.

Dans leur rapport du 10 octobre 2011, les Drs A. _____, chef de clinique à la Clinique K. _____ et spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et Q. _____, médecin-assistante, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle de la hanche droite ainsi que les diagnostics supplémentaires d'arthroscopie de la hanche droite le 8 juillet 2011, de décompensation de la tendinopathie du psoas droit en postopératoire, de meralgie paresthésique de la cuisse droite, de dysplasie et conflit fémoro-acétabulaire droit, d'accident sur la voie publique le 18 janvier 2011 avec tendinopathie aïgue du psoas droit et déchirure du labrum acétabulaire, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Ils ont indiqué que la situation n'était médicalement pas encore stabilisée et que

l'incapacité de travail était totale du 10 août au 3 octobre 2011, puis devait être réévaluée.

Dans son rapport à l'OAI du 18 novembre 2011, le Dr R._____ a fait état d'une évolution progressivement favorable au dernier contrôle du 3 octobre 2011. Toutefois le patient souffrait d'une dysplasie de la hanche, d'origine malade et non traumatique, pouvant décompenser et entraîner une arthrose précoce pour laquelle une ostéotomie péri-acétabulaire serait éventuellement nécessaire. Le Dr R._____ était ainsi d'avis que dans ce contexte, la poursuite d'une activité professionnelle de type chauffeur chez S._____ nécessitant le soutien et la manutention de personnes à mobilité réduite entraînait un risque accru de décompensation de la hanche droite, si bien qu'il estimait qu'une reconversion professionnelle dans une activité évitant les ports de charges, permettant d'alterner les positions assises et debout, et évitant les déplacements prolongés serait à favoriser.

Dans un rapport médical LAA du 24 janvier 2012, le Dr R._____ a posé le diagnostic de status après arthroscopie de la hanche droite. S'agissant de l'évolution, il a constaté la persistance de douleurs musculaires sur tendinite du psoas et de la musculature lombo-pelvienne. Un traitement de rééducation physique intensive a été indiqué et aucune reprise du travail n'était prévue.

Dans un rapport du 21 mars 2012, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé ce qui suit, à la suite d'un examen du même jour de l'assuré:

"Pour revenir sur le déroulement des choses, le 18.01.2011, accident de bus, avec choc frontal. Le patient conduisait un bus qui roulait entre 40 et 50 km/h. Il portait sa ceinture de sécurité. Il n'y avait pas d'airbag et le bus n'avait pas de passager. Les dégâts matériels du bus et de la voiture contre laquelle le patient est entré en contact semblent ne pas avoir été très importants. Immédiatement après l'accident, le patient n'a pas ressenti de symptomatologie particulière. 4 jours après l'accident, apparition de douleurs dans les régions lombo-sacrées D [droites] et G [gauches]. 6 jours après l'accident, devant l'augmentation de la symptomatologie douloureuse, le patient s'est rendu chez un ostéopathe qui l'a

manipulé. Le lendemain de cette manipulation, le patient ne pouvait plus bouger son MID [membre inférieur droit] avec apparition de douleurs débutant dans la région de l'épine iliaque antéro-supérieure D [droite] et irradiant dans le pli de l'aîne D [droite] jusqu'à la face postéro-interne de la partie proximale de la cuisse D [droite]. Depuis, la symptomatologie n'a fait qu'augmenter, sans être atténuée par divers traitements anti-inflammatoires et physiothérapeutiques.

A noter que le patient insiste beaucoup sur le fait qu'il a, de fin janvier à fin mai, eu plusieurs consultations médicales avec, en particulier, une consultation aux urgences de la Clinique N. _____ et plusieurs consultations chez son médecin-traitant à la fin desquelles on lui aurait dit qu'il n'avait rien, alors qu'il souffrait d'intenses douleurs l'obligeant souvent à rester alité".

Une échographie abdominale complète a été effectuée à l'Institut d'imagerie E. _____ par le Dr T. _____, radiologue, qui, dans un rapport du 5 avril 2012, a retenu un résultat dans les limites de la norme. L'examen n'a en particulier décelé aucune lésion vésiculaire pouvant expliquer la symptomatologie de l'assuré.

Le 21 juin 2012, l'assuré a été examiné par les Drs H. _____ et L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychiatre-conseil à la CNA. Dans un rapport du même jour, ces médecins ont posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. Ils ont retenu ce qui suit dans leur appréciation du cas :

"Nous nous trouvons à 17 mois d'un accident de la circulation avec choc frontal du bus que conduisait l'assuré contre une voiture. L'assuré portait sa ceinture de sécurité, il n'y avait pas d'airbag et l'assuré estimait rouler entre 40 et 50 km/h. Les dégâts matériels du bus et de la voiture ne semblaient pas avoir été très importants.

Immédiatement après l'accident, le patient n'a pas ressenti de symptomatologie particulière. 4 jours après l'accident, apparition de douleurs dans les régions lombo-sacrées D [droites] et G [gauches]. 6 jours après l'accident, devant l'augmentation de la symptomatologie douloureuse, le patient s'est rendu chez un ostéopathe.

Le lendemain, le patient ne pouvait plus bouger son MID [membre inférieur droit] avec apparition de douleurs débutant dans la région de l'épine iliaque antéro-supérieure D [droite] irradiant dans le pli de l'aîne D [droite] jusqu'à la face postéro-interne de la partie proximale de la cuisse D [droite].

Devant l'aggravation de la symptomatologie, une IRM de la racine de la cuisse D [droite] puis une arthro-IRM de la hanche D [droite]

ont mis en évidence une déchirure antéro-supérieure du labrum D [droit]. Le 08.07.2011, le patient a été opéré par le Dr R. _____ qui a fait une arthroscopie de cette hanche D [droite] avec arthrolyse, débridement du labrum, stabilisation et recontournage de la tête fémorale D [droite].

Suites opératoires défavorables avec décompensation de la tendinopathie du psoas D [droit]. Hospitalisation à la Clinique K. _____ du 10.08.2011 au 09.09.2011 pour thérapie physique et fonctionnelle. Les diagnostics supplémentaires de meralgie paresthésique de la cuisse D [droite] et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive ont été retenus. La prise en charge en physiothérapie, durant le séjour à la Clinique K. _____, a permis une évolution favorable de la situation avec toutefois à la sortie, persistance de légères douleurs à la face antéro-latérale de la cuisse D et de la cheville ipsi-latérale. A la sortie de la Clinique K. _____, la situation n'était pas stabilisée avec indication à la poursuite de la physiothérapie.

Prise en charge par le Dr J. _____ à partir de mars 2012. Ce dernier a posé les diagnostics de séquelles de lombo-sciatiques D [droites] dans un contexte de souffrances algodysfonctionnelles T12-L2 et L4-S1, meralgie paresthésique D [droite] et souffrances viscérales. Le Dr J. _____ a effectué, le 01.03.2012, un bloc radiculaire L4 et L5 permettant, selon notre confrère, d'influencer aussi bien les douleurs sur le versant externe de la cuisse D [droite] que celles présentes au niveau de l'aîne D [droite].

Ce jour, subjectivement, le patient déclare toujours avoir un fond douloureux d'environ 4/10 dans la région de la fosse iliaque D [droite] avec, actuellement, environ 2 à 3 crises douloureuses de type décharge électrique soit dans la région para-lombaire D [droite], irradiant jusqu'au niveau de la face postérieure de la fesse D [droite] et remontant le long de la face interne de la cuisse D [droite], soit localisées dans l'abdomen inférieur D [droit], soit au niveau de l'aîne D [droite] soit encore au niveau de la face externe de la cuisse D [droite], avec élément déclencheur des crises douloureuses très polymorphes.

A l'examen clinique somatique, léger varus des MI [membres inférieurs]. Très légère boiterie D [droite] à la marche. Marche sur la pointe des pieds et sur les talons légèrement insécure. Sautillement unipodal sp [sans problème] effectuable 2 à 3 fois à droite puis arrêté parce que le patient sait que, s'il continue, des douleurs apparaîtraient dans la région de la fosse iliaque D [droite] et de la région para-lombaire D [droite]. Douleurs à la palpation des apophyses épineuses de toute la colonne vertébrale. La palpation légère de toute la musculature para-vertébrale est douloureuse avec douleurs exquises au niveau cervical et au niveau de la charnière dorsolombaire. Mobilité de la nuque ample et symétrique mais entraînant des douleurs latéro-cervicales D [droites] à la rotation et à l'inclinaison à gauche. Flexion globale antérieure avec DDS [disance doigts-sol] de plus de 60 cm. Demande du patient de ne pas fléchir la hanche D [droite] à plus de 100° pour ne pas déclencher de crises (la genuflexion était complète avec relèvement aisé).

A l'examen psychiatrique, la réticence de l'assuré limite beaucoup les informations pertinentes que l'on pourrait recueillir. La difficulté de contact avec l'assuré est prééminente et manifeste un trouble de

la personnalité non spécifique. Je retiens donc un diagnostic de trouble mixte de la personnalité.

D'autre part, cet assuré présente un trouble thymique peu spécifique. Je ne peux pas retenir un diagnostic de trouble dépressif car les fonctions instinctuelles sont préservées. Une certaine tristesse est présente ainsi que des plaintes de retrait social et de difficultés relationnelles. Je retiens donc un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée.

J'estime qu'aucun autre diagnostic psychiatrique ne peut être retenu. Il n'y a aucune symptomatologie psychotique qui puisse évoquer un trouble du spectre de la schizophrénie ni de trouble bipolaire. Il n'y a aucun signe d'une maladie de la dépendance à des substances. Les plaintes de cet assuré n'évoquent pas un trouble dissociatif.

Du point de vue asséculo-logique, l'accident du 18.01.2011 n'a finalement permis de mettre en évidence, après de multiples investigations, qu'une déchirure antéro-supérieure du labrum D [droit], dans un contexte de dysplasie et troubles de l'offset cervico-céphaliques D [droit].

Le labrum a été débridé et stabilisé. La tendinopathie du psoas D [droit] postopératoire et les meralgies paresthésiques de la cuisse D [droite] ont été traitées. Le reste de la symptomatologie qu'a présenté l'assuré depuis son accident, et qu'il présente encore aujourd'hui est très difficilement compréhensible, n'est pas en relation avec les quelques lésions structurelles présentées par le patient, et ne peut être mis en relation avec l'accident du 18 janvier 2011, accident qui n'a entraîné aucune séquelle.

Les troubles psychiques que présente cet assuré sont en relation de causalité très partiels avec l'accident du 18 janvier 2011. J'estime que les troubles psychiques actuels n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré".

Par décision du 11 juillet 2012, la CNA a mis fin au versement de ses prestations au 31 juillet 2012. Se référant à l'examen du 21 juin 2012, la CNA a retenu que l'assuré ne présentait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement, les troubles actuels n'étant plus en relation de causalité naturelle avec l'accident. Les troubles psychogènes n'étaient en outre plus en relation de causalité adéquate avec l'accident. S'agissant des suites de l'accident, l'assuré était apte à travailler à 100% à compter du 1^{er} août 2012.

Par communication du 12 juillet 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, dès lors que celui-ci avait indiqué clairement ne pas souhaiter aborder les mesures qui lui étaient proposées.

Le 13 août 2012, par son mandataire, l'assuré a formé opposition contre la décision rendue par la CNA le 11 juillet 2012, en concluant que les prestations continuent de lui être servies.

Par décision sur opposition du 21 janvier 2013, la CNA a maintenu sa position et rejeté l'opposition. Se référant à l'avis du Dr H._____, elle a estimé que l'assuré ne subsistait plus de séquelles physiques ni d'incapacité de travail en lien de causalité naturelle avec l'accident. Elle a en outre relevé que les troubles psychiques diagnostiqués par le Dr L._____ n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, qui devait tout au plus être considéré comme un accident de gravité moyenne. La mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique était en outre superflue.

Dans un rapport du 13 février 2013, le Dr J._____, spécialiste en médecin physique et réadaptation, a signalé des plaintes douloureuses au niveau de l'aine, les positions verticale et assise étant mal tolérées et l'assuré procédant systématiquement à une décharge de la fesse droite. Le bilan radiographique montrait une absence de discopathie dégénérative sur l'ensemble du segment lombaire, par contre au niveau L4-L5, il y avait une arthropathie postérieure en poussée congestive du côté droit et il en était de même pour le segment L5-S1. Il a encore retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"En différé de cette intervention chirurgicale orthopédique, nous sommes confrontés à un tableau très intriqué intégrant une irritabilité des structures neuro-méningées : nerf fémoro-cutané, sciatique droit, avec des signes de sursollicitation du segment lombaire inférieur. Il est difficile d'apprécier quelle est la source nociceptive principale étant donné l'interférence en rapport avec la posture antalgique adoptée par le patient, se traduisant par des zones charnières partiellement verrouillées.

Face à cette situation, j'envisage d'emblée de procéder à des mesures antalgiques instrumentales sous forme d'un bloc radiculaire L4 et L5 droit complété si nécessaire par des blocs facettaires de la charnière thoraco-lombaire droite.

Parallèlement le traitement myo-tensif sera retenu, complété par des mesures de détente de toute la sphère sous-diaphragmatique combinées à des techniques de relaxation. Actuellement, le patient démontre de façon évidente des signes d'épuisement. Dans ce sens, les signes de non organicité doivent être intégrés comme le reflet

d'un malaise profond général avec difficultés d'expression, sans pour autant nous inciter à suspecter des signes de simulation.

Appréciation en différé de cette prise en charge, le patient a bénéficié tout à fait favorablement des mesures antalgiques instrumentales permettant de contrôler les douleurs, pour récidiver dans un second temps dans un contexte interférentiel de **souffrance digestive, d'état d'épuisement, autant de facteurs qui ne pourraient être attribués directement au traumatisme lui-même.**

Si la situation sur le plan du handicap fonctionnel s'est nettement améliorée, par contre le patient ne parvient pas à se libérer d'un hyperinvestissement émotionnel qui l'affecte dans toutes les activités qu'il déploie, l'éprouvant profondément, allant même jusqu'à un épuisement.

Une aide sur le plan psychologique a été recommandée, et dans ce contexte une approche psycho-comportementale avec recours à l'hypnose Ericksonienne aurait pu être salutaire".

Par projet de décision du 17 juin 2013, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il lui reconnaissait le droit à une rente entière du 1^{er} avril 2012 au 31 octobre 2012.

Dans des observations du 30 août 2013, l'assuré, par son conseil, a contesté toute amélioration de son état de santé, expliquant demeurer en incapacité de travail et en traitement pour les suites de l'accident du 18 janvier 2011. Il a notamment joint son recours contre la décision de la CNA et son mémoire complémentaire, ainsi que l'avis du Dr J._____ du 13 février 2013.

Par avis du 2 octobre 2013, le Dr V._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de chauffeur. Toutefois, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (pas d'activité uniquement debout, dans différentes positions, déplacements en terrain irrégulier, en se penchant, accroupie ou à genoux, travail en hauteur, port de charges, alternance position debout assise à sa guise) et psychiques (pas de métier de la sécurité ou nécessitant le port de l'arme), l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} août 2012.

L'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 15 octobre 2013, annulant et remplaçant celui du 17 juin 2013, avec la motivation suivante :

«Depuis le 7 février 2011 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Suite à votre contestation du 8 août 2013 à l'encontre de notre projet de décision du 17 juin 2013, nous avons soumis votre dossier auprès du Service Médical Régional AI pour appréciation.

Il ressort de leur avis, que suite à l'accident survenu en date du 18 janvier 2011, vous ne pouvez plus exercer votre activité habituelle de chauffeur professionnel. Vous avez, en effet, présenté une incapacité de travail et de gain totales dans toute activité lucrative du 7 février 2011 au 31 juillet 2011 [recte : 2012].

Cependant, selon les renseignements en notre possession, à partir du 1^{er} août 2012, vous présentez une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à votre état de santé, tel un emploi de caissier, une activité industrielle légère (conditionnement, montage), ouvrier de production (opérateur sur machines CNC), chauffeur pour produits pharmaceutiques et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité uniquement debout, pas de déplacements en terrain irrégulier, pas de position penchée, accroupie ou à genoux, pas de travail en hauteur, pas de port de charges, alternance des positions assise et debout, pas de métier de la sécurité ou nécessitant le port d'arme.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau 8 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41,6 : 40) ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 1.00 % et + 1.32 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'591.57 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service,

la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56'332.41.

Sans atteinte à la santé, en tant que chauffeur professionnel, votre gain annuel brut s'élèverait, pour l'année 2012, à CHF 57'955.04.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	57'955.04		
avec invalidité	CHF	56'332.41		
La perte de gain s'élève à	CHF	1'622.63	=	un degré d'invalidité de 2.80%

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvre pas le droit à une rente.

Cependant, comme indiqué précédemment, vous avez présenté une incapacité de travail et de gain totale du 7 février 2011 au 31 juillet 2012, ce qui vous ouvre le droit à une rente entière (100 %) à partir du 1^{er} février 2012, soit au terme du délai de carence d'une année.

Cette prestation est supprimée au 31 octobre 2012, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé, donc de votre capacité de gain, conformément à l'article 88a, alinéa 1, RAI.

Toutefois, votre demande de prestations du 7 octobre 2011 est tardive. Dès lors, la rente ne peut être versée qu'à compter du 1^{er} avril 2012, soit six mois après le dépôt de la demande, selon l'article 29, alinéa 1, LAI.

En outre, nous précisons que le droit à des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement existe, si compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins.

Dans l'exercice d'une activité adaptée à votre état de santé, vous pourriez réaliser un revenu excluant un préjudice économique égal ou supérieur à 20% (le degré d'invalidité déterminé est de 2.280 %), de sorte que le droit au reclassement ne vous est pas ouvert.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Vous avez droit à une rente entière du 1^{er} avril 2012 au 31 octobre 2012. »

Le 14 novembre 2013, l'assuré a contesté le projet de décision, en expliquant que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il demeurait totalement incapable de travailler. Il a complété ses observations le 15 novembre 2013 en expliquant recevoir différents types

de soins (physiothérapie, massage, hypnose, acupuncture, électrostimulation).

Le 29 novembre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 octobre 2013.

Par décision formelle du 24 janvier 2014, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} avril au 31 octobre 2012.

B. Par acte du 24 février 2014, P._____, représenté par l'avocat Denis Weber, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente dès le 1^{er} avril 2012, sans mention de la date de fin du droit. En substance, il fait valoir qu'il est toujours incapable de travailler à la suite de l'accident du 18 janvier 2011 et que les avis de ses médecins traitants et autres spécialistes consultés sont en contradiction avec les avis des médecins du SMR. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Avec son écriture, il produit notamment l'arrêt rendu par la Cour de céans le 16 décembre 2013 dans la cause l'opposant à la CNA (cause AA 14/13 - 113/2013). Le considérant 4 de cet arrêt, entré en force, a notamment la teneur suivante :

« 4. a) Se référant notamment aux constatations de ses médecins-conseils, les Drs H._____ et L._____, l'intimée retient que la symptomatologie persistant au-delà du 31 juillet 2012 n'est plus imputable à l'événement du 18 janvier 2011. Quant au recourant, il fait en substance valoir que les troubles qu'il présente sont encore bien en lien de causalité avec cet accident.

b) Sur le plan somatique, le Dr R._____ a expliqué que la déchirure du labrum pouvait être mise sur le compte du traumatisme en distorsion de la hanche droite subi lors de l'accident du 18 janvier 2011 ; la dysplasie était malade et ne relevait pas de l'assurance-accidents (rapport du 26 mai 2011). Ce médecin a par la suite confirmé cette appréciation. Ainsi, dans son courriel du 27 juin 2013, il a répété que la lésion du labrum était clairement liée au traumatisme [du 18 janvier 2011], mais que le sous-développement du cotyle (dysplasie de la hanche) était un problème purement maladif. Le Dr O._____ a lui aussi constaté une déchirure du labrum (rapport du 17 juin 2011). Pour sa part, le Dr H._____ a indiqué que l'accident, après de multiples investigations, n'avait permis de mettre en évidence qu'une déchirure antéro-supérieure du labrum droit, dans un contexte de dysplasie et troubles de l'offset

cervico-céphalique droit. Il a précisé que le labrum avait été débridé et stabilisé, puis que la tendinopathie du psoas droit postopératoire ainsi que les méralgies parasthésiques de la cuisse droite avaient été traitées, le reste de la symptomatologie ne pouvant être mis en relation de causalité avec l'accident (rapport du 21 juin 2012).

Ces rapports médicaux concordent s'agissant du fait que la dysplasie a bien un caractère maladif et n'est pas en lien avec l'accident. Il n'est par ailleurs pas contesté que la déchirure du labrum est consécutive à l'accident. Elle a du reste été prise en charge par la CNA et le recourant a été opéré le 8 juillet 2011. Comme le retient la CNA et comme l'indique le Dr H._____, le labrum a été débridé et stabilisé. Quant à la tendinopathie du psoas, le Dr R._____ a retenu que les problèmes musculaires, notamment le psoas, étaient présents suite à l'accident en raison de postures antalgiques liées aux douleurs articulaires du patient; une opération était prévue mais comme l'assuré n'avait plus de douleurs, il y avait été renoncé (courriel du 27 juin 2013). A ce sujet, le rapport d'IRM du 23 mars 2011 du Dr X._____ (IRM inguinale de la racine de la cuisse droite) n'a pas mis en évidence d'altération musculaire suspecte de déchirure ni de collection hématique sous-cutanée ou une altération médullaire osseuse. De même, l'échographie abdominale complète était dans les limites de la norme (rapport du Dr T._____ du 5 avril 2012).

Le recourant se prévaut de l'avis du Dr J._____ (rapport du 13 février 2013). Si ce médecin a certes signalé des plaintes douloureuses au niveau de l'aîne et un tableau intégrant une irritabilité des structures neuro-méningées (nerf fémoro-cutané, sciatique droit, avec des signes de sursollicitation du segment lombaire inférieur), il ne se prononce pas au sujet du lien de causalité entre l'accident et les troubles présentés par l'assuré. Quant à l'assertion du Dr R._____ selon laquelle l'assuré ne signalait aucune douleur avant l'accident, en déduisant que les différents problèmes seraient la cause de l'accident (courriel du 27 juin 2013), il s'agit d'un raisonnement "post hoc ergo propter hoc" qui ne permet pas en soi de retenir un lien de causalité naturelle. La situation a été examinée dans sa globalité, et le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il affirme que seule l'atteinte à la hanche a été investiguée en omettant les atteintes aux tissus mous, notamment le psoas et les muscles lombalgiques. En effet, le Dr R._____ a investigué la question des problèmes musculaires et relevé que l'assuré avait renoncé à une opération (courriel du 27 juin 2013), et une IRM inguinale de la racine de la cuisse droite a été effectuée pour déterminer s'il y avait des déchirures musculaires, de même qu'une échographie abdominale complète.

Il convient donc de retenir, avec l'intimée, que les troubles somatiques ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 18 janvier 2011.

c) Au plan psychique, le 16 août 2011, le Dr W._____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Le Dr L._____ retient le même diagnostic le 21 juin 2012, avec celui de trouble mixte de la personnalité. Le Dr J._____, sans poser de diagnostic au plan psychiatrique, relève que l'assuré présente des signes d'épuisement, observant que quand bien même la situation s'est nettement améliorée sur le plan du handicap fonctionnel, le patient ne parvient pas à se libérer d'un hyperinvestissement

émotionnel qui l'affecte dans toutes les activités qu'il déploie et l'éprouve profondément. Il note à cet égard qu'une aide sur le plan psychologique a été recommandée. Pour le Dr J._____, la souffrance digestive et l'état d'épuisement sont des facteurs ne pouvant être attribués directement au traumatisme lui-même (cf. rapport du 13 février 2013). Quant au Dr L._____, il explique que les troubles psychiques de l'assuré sont en relation de causalité très partielle avec l'accident du 18 janvier 2011 et n'ont pas de répercussion sur sa capacité de travail. A cet égard, il y a lieu de relever que lorsque le recourant soutient que le Dr L._____ ne lui a parlé qu'une minute ou deux, il ne se base sur aucune preuve, les constatations retranscrites par ce spécialiste paraissant complètes pour apprécier l'état de santé de l'assuré. Au demeurant, une consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Cela étant, la question de la causalité naturelle entre lesdits troubles et cet événement peut rester indéfinie, dès lors que le lien de causalité adéquate entre ces troubles et l'événement du 18 janvier 2011 doit être nié.

S'agissant de la causalité adéquate, il faut en effet considérer que l'accident du 18 janvier 2011, au vu de son déroulement et de ses conséquences, doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Concernant les différents critères, on ne saurait dire qu'il y a eu des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou que l'accident revêtait un caractère particulièrement impressionnant. Les lésions physiques n'étaient ni graves ni de nature particulière pour engendrer des troubles psychiques. Le traitement médical, s'il a nécessité notamment une opération de la hanche et un suivi non négligeable, ne saurait être considéré comme étant anormalement long. Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical, de difficultés apparues au cours de la guérison ni de complications importantes. Le recourant ressent certes des douleurs physiques persistantes et il a présenté une incapacité de travail conséquente, mais ces deux seuls critères ne sont pas suffisants. Le recourant estime en outre ne pas avoir été pris au sérieux. Or il apparaît au contraire que son cas a été valablement instruit et qu'il a bénéficié d'une prise en charge adéquate. Quant au fait qu'il allègue fréquenter une école de marche et avoir des crises (notamment en raison du froid, de relâchements musculaires et du stress), il ne s'agit pas là de critères à prendre en compte dans le cadre de l'examen de la causalité adéquate. Si l'on devait retenir la fréquentation d'une école de marche, il faudrait constater que cela ne permettrait pas de qualifier le traitement médical de particulièrement pénible. Cela ne suffit pas pour retenir que l'accident de circulation du 18 janvier 2011 est la cause adéquate des troubles psychiques dont souffre le recourant.

d) Dès lors, c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2012 en ce qui concerne l'accident du 18 janvier 2011. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.»

Le recourant produit également les bordereaux et les pièces qu'il a déposés à l'appui de son recours dans la cause AA 14/13, savoir notamment un courriel du Dr R._____ du 27 juin 2013 selon lequel la

lésion du labrum est clairement liée au traumatisme, alors que la dysplasie de la hanche est un problème purement maladif. Il produit en outre un certificat médical du 10 juillet 2013 du Prof. Z._____, gastro-entérologue, qui mentionne une symptomatologie douloureuse marquée qui s'étend dans la région lombaire droite jusqu'à la cuisse droite, cette douleur semblant s'exacerber lors des moments de stress.

Le 27 février 2014, le recourant a produit un certificat médical du Dr R._____ du 12 décembre 2013 faisant état d'une incapacité de travail du 1^{er} janvier au 30 juin 2014 au moins.

Dans sa réponse du 20 mai 2014, se fondant sur un avis du Dr V._____ du SMR du 14 mai 2014, l'intimé propose la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, à confier au Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie.

Le 17 juin 2014, le recourant a adhéré à la conclusion de l'intimé tendant à la mise en œuvre d'une expertise, observant qu'il serait toutefois plus opportun de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, et proposant qu'elle soit confiée au Centre Clinique F._____.

Le 8 juillet 2014, l'OAI a relevé que le différend portait essentiellement sur les troubles somatiques, les troubles psychiques n'induisant aucune répercussion sur la capacité de travail, selon le rapport d'examen des médecins-conseil de la CNA du 21 juin 2012. Quant à la proposition d'expert du recourant, l'intimé a relevé que les médecins du Centre Clinique F._____ n'étaient pas experts SIM, contrairement au Dr B._____, ajoutant que le recourant avait sans doute été examiné par des médecins du Centre Clinique F._____. Il joint à son envoi un avis médical du Dr V._____ du SMR du 24 juin 2014.

Réagissant spontanément à l'écriture de l'OAI du 8 juillet 2014, le recourant a expliqué le 17 juillet 2014 n'avoir jamais été examiné par les médecins du Centre Clinique F._____, estimant par ailleurs une

nouvelle expertise psychiatrique justifiée et ajoutant qu'il n'était pas déterminant qu'un expert soit « SIM » ou non.

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'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 en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier au recourant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 octobre 2012.

3. a) Est réputée invalidité 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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.

A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé

de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière

d'expertise médicale (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; cf. TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) L'intimé admet qu'il est nécessaire de mettre en œuvre une expertise au plan rhumatologique. Le recourant n'en disconvient pas. Dans la mesure où il apparaît que le recourant présente, au plan somatique, d'autres atteintes que celles prises en compte par l'assureur-accidents, savoir en particulier une dysplasie de la hanche et des troubles de l'offset cervico-céphalique droit, et qu'il signale notamment des plaintes douloureuses au niveau de l'aine, symptomatologie qui s'étend selon le Prof. Z._____ dans la région lombaire droite jusqu'à la cuisse droite, il convient en effet de procéder à un examen complémentaire intégrant l'ensemble des atteintes, avec leur répercussion sur la capacité de travail, sans que ledit examen ne soit limité aux atteintes en lien avec l'événement du 18 janvier 2011.

b) Au plan psychique, le Dr V._____ du SMR est d'avis que les troubles n'induisent pas de répercussion sur la capacité de travail, en se référant à l'examen final de la CNA du 21 juin 2012, expliquant qu'en l'absence de preuve d'un changement significatif des circonstances, il n'y a pas lieu d'entrer en matière.

Il est exact que le Dr L._____, à l'occasion de l'examen final du 21 juin 2012, a indiqué que les troubles psychiques actuels de l'assuré

(savoir un trouble mixte de la personnalité [F61.0] et un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée [F43.21]) n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Cela étant, dans le cadre de l'arrêt AA 14/13 - 113/2013 du 16 décembre 2013, la question des troubles psychiques a été analysée sous l'angle de leur causalité avec l'événement du 18 janvier 2011. A cet égard, la question de la causalité naturelle a été laissée indécise, dans la mesure où le lien de causalité adéquate entre ces troubles et l'événement du 18 janvier 2011 devait être nié. La Cour a en effet procédé, s'agissant d'un événement rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à l'examen des critères devant être réunis pour que le caractère adéquat des troubles psychiques soit admis. Il n'en demeure pas moins que dans son rapport du 13 février 2013, postérieur à l'examen de la CNA de juin 2012, le Dr J._____, quand bien même il n'est pas psychiatre, a relevé parmi les facteurs ne pouvant être directement attribués à l'accident du 18 janvier 2011, une souffrance digestive et un état d'épuisement. Ce médecin a encore fait état, malgré une situation qui s'était nettement améliorée sur le plan du handicap fonctionnel, d'un patient ne parvenant pas à se libérer d'un hyperinvestissement émotionnel qui l'affecte dans toutes les activités qu'il déploie et l'éprouve profondément, le conduisant à recommander une aide sur le plan psychologique.

Dans ces circonstances, en particulier en présence d'un assuré se plaignant de nombreuses douleurs, un examen psychiatrique devra compléter l'examen rhumatologique qui sera mis en œuvre, le seul rapport du Dr L._____ n'étant pas propre à nier toute répercussion des troubles d'ordre psychiatrique sur la capacité de travail du recourant. L'instruction sera donc également complétée au plan psychique.

c) En résumé, des lacunes d'instruction subsistent tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Par conséquent, à défaut d'informations médicales suffisantes, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le litige à satisfaction de droit.

5. 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 et la référence citée). 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, l'intimé admet que le dossier de la cause mérite d'être complété sur le plan somatique. Ainsi qu'on l'a vu, il mérite de l'être également au plan psychique, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail, n'ayant été établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de procéder à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (comportant un volet

rhumatologique et psychiatrique) en vue de définir les troubles du recourant et leur impact éventuel sur la capacité de travail de ce dernier, en respectant les principes et recommandations posés à l'ATF 137 V 210, applicables par analogie aux expertises bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4 p. 357). Sur cette base, il incombera ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit aux prestations de l'intéressé, étant rappelé qu'il n'est pas douteux que le droit à une rente entière doit à tout le moins être reconnu du 1^{er} avril 2012 jusqu'au 31 octobre 2012.

6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis 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 les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD). Leur montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 24 janvier 2014 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée. La cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision, le droit à la rente entière du recourant étant confirmé du 1^{er} avril au 31 octobre 2012.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille 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 Denis Weber (pour le recourant),
- 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 :