

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er mars 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Thalmann et M. Dépraz, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par son conseil
Me Elisabeth Chapuis, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8, 43, 44 et 61 LPGA ; 28 et 59 LAI ; 49 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le [...], de nationalité [...], a été victime d'une agression le 3 octobre 2010, alors qu'il travaillait comme vigile dans une discothèque de la place de [...]. Lors de cet événement, il a reçu plusieurs coups de couteau, au dos, au thorax, à l'épaule, au visage et présenté, consécutivement, des troubles oculaires et maxillo-faciaux, ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique. Les suites de cette agression n'ont pas été prises en charge par un assureur accident, l'entreprise n'étant pas affiliée et l'assuré n'ayant pas été déclaré.

Le 20 mars 2012, il a déposé un formulaire de détection précoce, dans lequel il indiquait être en incapacité de travail totale depuis le 3 octobre 2010 en raison d'une agression au couteau dont il avait été victime sur son lieu de travail. Il s'en est suivi le 30 mai 2012 la rédaction d'un rapport initial de détection précoce, dans lequel l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou intimé) relevait au titre d'atteinte à la santé des angoisses, migraines et douleurs dorsales et proposait le dépôt d'une demande ayant pour objectif la réintégration professionnelle.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 11 juin 2012.

Dans un rapport du 25 octobre 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr A.C._____, spécialiste en psychiatrie, consulté la première fois par l'assuré le 20 octobre 2010, a posé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique avec cauchemar, flash-back, conduites d'évitement, perte de confiance en soi et en autrui. Il a indiqué avoir traité le syndrome en proposant une rapide reprise du travail à 50 %, malheureusement sans succès puisque son patient avait développé progressivement un état dépressif sans symptômes psychotiques. Il indiquait de surcroît la péjoration de l'état de santé psychique de son patient suite à une rupture

conjugale en février 2011, avoir noté en cours de traitement des signes et symptômes dénotant d'un trouble de la personnalité (personnalité émotionnellement labile) et informé l'OAI de son impossibilité de se prononcer sur l'incapacité de travail actuelle de ce patient dans la mesure où il ne l'avait plus revu depuis le 21 mars 2011.

Dans un rapport initial d'intégration professionnelle du 29 octobre 2012, l'OAI a proposé comme mesure d'intégration, un stage d'un mois d'observation à la fondation [...] pour évaluer la capacité de travail dans plusieurs ateliers et objectiver l'impact des limitations fonctionnelles décrites par l'assuré.

Le 8 novembre 2012, dans un document intitulé « Evaluation pré-stage », le secteur atelier de la fondation [...] par l'intermédiaire de son moniteur répondant, a indiqué ce qui suit :

« Monsieur L. _____ (recte : L. _____) a bien débuté la mesure le 5 novembre comme convenu. Il s'est bien familiarisé avec les travaux de tri qui lui ont été confiés. Il apprend vite et la qualité de sa prestation est bonne. Toutefois, il doit modérer son dynamisme, car il ressent des douleurs au niveau du dos ainsi que sur le nerf sciatique (jambe gauche) et ceci dès le premier jour. Après le troisième jour, les douleurs sont en augmentation et il boîte. Le bruit le rend irritable et M. L. _____ dit que cela lui provoque des migraines.

Il est rentré plus vite le mercredi 7 novembre (à 14h00) car les douleurs n'étaient plus supportables. »

L'entretien de fin de mesures d'intégration professionnelle a été relaté dans une note de suivi de l'OAI du 4 décembre 2012. L'assuré a indiqué à cette occasion qu'il n'existait toujours aucun suivi médical adéquat ni psychique ni physique. Le maître socioprofessionnel a souligné les difficultés physiques de l'assuré dans les différentes positions, relevant qu'il était obligé d'en changer souvent et que ses migraines l'avaient empêché d'être présent régulièrement, quand bien même le travail fourni était d'excellente qualité. Compte tenu de ses observations, il admettait un rendement diminué et signalait des idées suicidaires de plus en plus présentes.

Ces observations ont été confirmées dans le rapport final de stage à l'attention de l'OAI du 4 février 2013, dans lequel un rendement faible, de l'ordre de 20 % a été relevé pour des activités simples, de même qu'une implication limitée dans la mesure de réinsertion en raison de problèmes d'ordres privés et médicaux.

Le 5 mars 2013, les Drs K._____, spécialiste en médecine du travail et G._____, spécialiste en médecine interne générale, médecins auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont recommandé la mise sur pied d'un examen SMR rhumatologique et psychiatrique afin d'éclaircir la situation médicale, faute de renseignements récents de la part des médecins traitants.

Le rapport du 18 octobre 2013 établi à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire par le Dr M._____, chef de clinique au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du [...], a conclu à une protusion discale à base étroite foraminale L4-L5 gauche pouvant être responsable d'un conflit discoradiculaire avec la racine L4 gauche, associée à une fissuration de l'annulus fibrosus dans la même zone.

Dans un rapport d'examen clinique bi-disciplinaire (rhumato-psychiatrique) du 19 mars 2014, les Drs F._____, spécialiste en rhumatologie et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecins auprès du SMR, ont posé les diagnostics suivants avec répercussion durable sur la capacité de travail :

« LOMBOSCIATALGIES BILATÉRALES À PRÉDOMINANCE G DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC HERNIE DISCALE L4-L5. M 54.4.

- COXARTHROSE BILATÉRALE À NETTE PRÉDOMINANCE G AVEC PÉRIARTHRITE DE LA HANCHE G. M 16.
- SYNDROME ROTULIEN G. M 22.2.
- ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE EN RÉMISSION PARTIELLE F43.1.

- SYNDROME DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL, UTILISATION ÉPISODIQUE F10.26. »

Ils ont en outre conclu à une incapacité totale dans ses activités habituelles de vigile de boîte de nuit, et de commercial et à une capacité totale depuis août 2013 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes :

« *Rachis* : nécessité de pouvoir alterner 2 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Membres inférieurs : pas de genuflexion répétée. Pas de franchissement d'escabeau ou échelle. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de position debout de plus d'une heure. Pas de marche de plus de 25 minutes. Pas de travail en hauteur.

Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles résultent des diagnostics incapacitants retenus : il s'agit de l'incapacité à travailler en direct avec la clientèle ».

Pour le surplus, les médecins ont relevé ce qui suit :

« [...] l'assuré se plaint de céphalées sous orbitaires droite, péri oculaires droite et temporales droites ainsi que, de temps en temps, de céphalées temporales gauche moins fréquentes. Ces céphalées ont parfois un caractère de type continu, parfois un caractère de type pulsatile. Elles peuvent s'accompagner parfois de nausées. Elles s'accompagnent de photophobie et de phonophobie. Quinze jours après l'agression, l'assuré a développé des douleurs lombaires avec irradiation des douleurs, d'abord au membre inférieur G, puis également au membre inférieur D depuis octobre 2013. Les douleurs des membres inférieurs irradient au pli inguinale G et de manière diffuse aux cuisses jusqu'aux genoux et parfois jusqu'à mi tibias. Il s'agit de douleurs permanentes mais d'intensité fluctuante.

[...] Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais l'on note un signe de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique. Il existe également une importante discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen. La mobilité cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part celle des deux hanches qui est limitée surtout à G. On note par ailleurs la présence de manœuvres de périarthrite de la hanche positives à G. Il existe également un syndrome rotulien G. L'assuré présente par ailleurs des douleurs à la palpation de 5 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant bien insuffisant pour poser ce diagnostic. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence de discrets troubles statiques du rachis. Ils mettent en évidence une petite hernie discale L4-L5 et une discopathie avec protrusion discale L5-S1. Au niveau de la hanche G, on a une image de géodes multiples de la tête fémorale avec collerette ostéophyttaire et discret pincement de l'interligne coxo-fémoral. Cette image pourrait correspondre à une coxarthrose, bien qu'elle soit un peu atypique par la grandeur des géodes. Au niveau de la hanche D, on note également des lésions moins franches. Dans cette situation, nous laissons le soin au médecin traitant de l'assuré, le Dr W. _____, médecin à la PMU, de décider si une IRM du bassin et des hanches ne serait pas indiquée pour exclure une autre pathologie qu'une simple coxarthrose.

[...] L'examen psychiatrique de ce jour objective un état de stress post-traumatique en rémission partielle. En effet, il persiste une certaine hypervigilance : l'assuré se sent angoissé quand quelqu'un arrive derrière lui dans la rue, il se sent aussi angoissé quand il entend quelqu'un parler avec l'accent latino (les quatre agresseurs de l'assuré étaient sud-américains). Il craint aussi des représailles. Par contre, d'après l'assuré lui-même, les reviviscences envahissantes, en particulier les souvenirs et les cauchemars en relation avec l'agression ont quasiment disparu depuis six à huit mois. Il n'existe pas non plus d'hyperactivité neurovégétative ni d'anesthésie psychique ou d'émoussement émotionnel. Ce diagnostic présente donc encore actuellement un caractère incapacitant, mais seulement dans l'activité habituelle de commercial ou toute autre profession imposant un contact avec la clientèle.

Par ailleurs, si la consommation de vin quotidienne peut être considérée comme normale (deux à trois verres par jour), la consommation d'alcool fort (1/2 bouteille de vodka le week-end) est clairement pathologique. L'assuré précise qu'il consomme ainsi « pour s'évader, se détendre ». Il s'agit donc clairement d'un alcoolisme secondaire, qui n'existait d'ailleurs pas avant l'agression. Toutefois, la consommation excessive étant cantonnée au week-end, elle ne présente pas de caractère incapacitant.

L'examen n'a pas objectivé d'épisode dépressif, en l'absence des trois critères majeurs de la dépression. Il n'y a pas d'abaissement de l'humeur, pas de diminution de l'intérêt et du plaisir comme le montre la vie quotidienne, ni de réduction de l'énergie. Par ailleurs, tous les critères mineurs de la dépression sont absents, hormis une confiance en soi fluctuante. Enfin, tous les symptômes du syndrome somatique de la dépression sont absents, hormis une diminution marquée de la libido.

L'examen n'a pas objectivé de signe caractérisé en faveur de l'existence d'un trouble de la personnalité, raison pour laquelle nous ne retenons pas le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile évoqué par le Dr A.C. _____ dans son rapport psychiatrique du 25.10.2012.

Enfin, l'assuré décrit des épisodes d'anxiété associant boule épigastrique et gêne respiratoire. Ceux-ci cèdent en 45 minutes

après la prise d'Atarax®. Leur survenue est inopinée, mais ni leur fréquence (un épisode toutes les deux à trois semaines) ni leur intensité ne permettent de retenir le diagnostic de trouble panique caractérisé. Ces crises anxieuses accompagnent classiquement l'état de stress post-traumatique.

A la fin de l'entretien, l'assuré déclare : *« je me suis sorti d'une grosse merde, quatre agresseurs, des coups de couteau et je suis là, encore vivant. C'est grâce à mes enfants que je suis encore là »*. L'assuré ajoute : *« c'est maintenant plus difficile pour moi de parler avec les gens, je me méfie. Pour moi, commercial, c'est terminé »*.

Nous estimons, à l'instar de l'assuré, que l'incapacité de travail reste totale dans l'activité habituelle de commercial. Nous devons par contre considérer que les cauchemars et les souvenirs envahissants ayant disparu il y a six à huit mois, la capacité de travail est totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles dès août 2013 ».

Le 12 février [recte : mars] 2014, le Dr K. _____ du SMR a confirmé pouvoir suivre les conclusions des médecins précités dans la mesure où elles apparaissaient justes et convaincantes.

Le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant du recourant, a confirmé dans un rapport médical à l'OAI non daté mais indexé le 17 mars 2014, que la capacité de travail de son patient était nulle dans l'activité exercée habituellement en raison des lombosciatalgies bilatérales et ce pour tout travail physique. Il a en revanche considéré que, suite à un traitement physiothérapeutique et une thérapie cognitivo-comportementale bien menés, la reprise d'une activité partielle et progressive était envisageable.

Le 31 mars 2014, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente limitée dans le temps. L'intimé admettait ainsi le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2012 au 31 octobre 2013, considérant qu'à cette date la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée à son état de santé.

A la suite de trois consultations les 24 mars, 4 et 15 avril 2014, les Drs E. _____, H. _____ et I. _____, médecins auprès de la Polyclinique du département de psychiatrie du [...], ont diagnostiqué, dans un rapport du 29 avril 2014 à l'attention de l'OAI, un état de stress post-

traumatique et un trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen. Ils ont en outre indiqué que les restrictions psychiques existant encore étaient la labilité émotionnelle, la méfiance, l'anxiété, l'irritabilité, un pragmatisme, des difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne en raison de ses symptômes, des difficultés à maintenir le rythme diurne/nocturne, des difficultés d'organisation du temps, une hypersensibilité au stress, des troubles de la concentration, un trouble de l'évocation, des difficultés d'organisation du temps et d'adaptation au changement. Pour ces différentes raisons, ces médecins estimaient que la capacité de travail était nulle. Ils indiquaient avoir adressé l'assuré à la consultation de [...] pour suite de prise en charge.

Interpellé sur cette nouvelle pièce médicale, le Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du SMR, a confirmé dans son avis du 3 juin 2014 les conclusions du rapport médical du 19 mars 2014 effectué par ses confrères en expliquant qu'un simple courrier des médecins traitants, emprunts du sentiment d'empathie, ne pouvait avoir plus de valeur probante que l'examen SMR rhumato-psychiatrique dont les conclusions revêtaient pleine et entière valeur probante.

Dans le formulaire E 213 du 11 août 2014, à l'attention de la commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, les Desses B.____ et P._____, spécialistes en médecine interne générale et médecins auprès de la Polyclinique Médicale Universitaire - Centre de médecine générale (ci-après : PMU), ont attesté des diagnostics suivants :

- Lombosciatalgie chroniques bilatérale, non spécifique, persistante avec :
 - Troubles statiques et dégénératifs rachidiens
 - Probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse
- avec :
 - Insuffisance fonctionnelle du moyen fessier gauche,
 - Probable dysfonction de la sacro-iliaque gauche,
 - Péri-arthrite de la hanche gauche.
- Composante psychique de douleurs chroniques à la suite d'une agression
- Status post réduction et ostéosynthèse du plancher orbitaire droit en 2010
- Sur le plan psychiatrique :

- Etat de stress post-traumatique
- Trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen.

Elles ont en outre admis que l'assuré était susceptible d'exercer de façon régulière des travaux légers, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles (proscription de toute activité nécessitant une exposition à la chaleur, au bruit, au froid et au risque de chute ainsi que la flexion, le levage, le port de charges fréquentes, la montée d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés. Le travail n'est possible qu'à l'intérieur, en faisant alterner les postures de travail, en excluant les contraintes de délais particuliers et moyennant des pauses supplémentaires outre les pauses habituelles) et attesté d'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé.

Le 16 septembre 2014, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a adressé à l'OAI un extrait des notes de la consultation « voie rapide dos » de l'assuré du 12 février 2014, qui faisait état du status suivant :

« Oswestry : 23
Douleurs lombaires et dorsales palpation
Pseudo-lasègue sur raccourcissement à 30° à gauche, négatif à droite
Absence de reflexe de la musculature abdominale et transverse
Hypermobilité simple
Discret signe de la sonette vers la droite
Force, sensibilité, ROT membres inférieurs sp
Doigt sol 40 cm ».

L'OAI, dans une décision du 7 janvier 2015, a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} décembre 2012 au 31 octobre 2013, date de sa suppression. Sur la base du rapport du SMR du 19 mars 2014, l'intimé a en effet retenu qu'à la fin du mois d'août 2013, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré lui permettant la reprise d'une activité adaptée à temps plein.

B. Par acte du 6 février 2015, L._____, représenté par son conseil Me Elisabeth Chapuis, recourt contre cette décision, concluant principalement à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit préliminairement mise en œuvre et qu'au fond, la décision soit réformée

dans le sens des conclusions de l'expertise. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision et son renvoi à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. A l'appui de son recours, il conteste essentiellement les conclusions du rapport du 19 mars 2014 des Drs F._____ et V._____ du SMR sur lequel s'est fondé l'OAI pour rendre la décision contestée. Il allègue en particulier que ce n'est qu'à l'issue d'un seul examen clinique effectué le 18 février 2014 que les médecins du SMR ont conclu à une capacité de travail complète du recourant dès le 31 août 2013, date arrêtée sur la seule base des déclarations du recourant selon lesquelles il n'avait plus de reviviscences envahissantes depuis 6-8 mois. Il oppose à cette appréciation celles des Drs E._____, H._____ et I._____ de la Polyclinique du département de psychiatrie du [...] dans leur rapport du 29 avril 2014, en alléguant que ce dernier fait naître des doutes suffisants pour que soit mise en œuvre une expertise médicale judiciaire, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Il a en outre produit à l'appui de son recours les pièces médicales suivantes ne figurant pas encore au dossier :

- Certificats d'incapacité de travail des 10 décembre 2014 et 14 janvier 2015, établis par le Dr B.C._____, médecin assistante à la PMU.
- Certificat médical manuscrit du Dr Z._____ du 3 mars 2012 établi à la demande de l'assuré attestant de céphalées fronto-orbitaire droite, vertiges, angoisses, trouble de la vue à l'élévation du regard, scapulalgie gauche, lombosciatalgies gauche.
- Certificat médical manuscrit du Dr Z._____ du 13 juin 2013 certifiant de consultations régulières depuis janvier 2011 en raison de céphalées, d'un état anxio-dépressif et de lombosciatalgies gauches. Selon ce document, aucune activité professionnelle n'était envisageable compte tenu de son état de santé.

- Certificat médical dactylographié du Dr Z._____ du 10 juillet 2013, confirmant les symptômes de céphalée, vertiges, douleurs fronto-malaires droites, trouble de la vue, cauchemars, insomnies, anxiété et lombosciatalgies gauches ne lui permettant pas la reprise d'une activité professionnelle.

Dans sa réponse du 11 mai 2015, l'intimé conclut au rejet du recours et conteste la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire estimant que l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR se fonde sur des conclusions claires et exemptes de contradiction. Il produit un avis médical établi le 23 avril 2015 par le DrR._____, médecin auprès du SMR, qui allègue d'une valeur probante prépondérante du rapport médical du SMR du 19 mars 2014 sur les documents produits par le recourant à l'appui de son recours.

Le 19 août 2015, le recourant dans sa réplique maintient ses conclusions et allègue en particulier que les Drs K._____ et J._____ du SMR, auteurs de l'avis médical du 3 juin 2014, ne sont pas spécialisés en psychiatrie. Ils ne sont selon lui pas fondés à se prononcer sur les contradictions importantes entre le rapport médical du 29 avril 2014 et celui des médecins du SMR du 19 mars 2014 qui fonde la demande de mise sur pied de l'expertise psychiatrique.

Dans sa réplique du 15 septembre 2015, l'intimé rappelle la jurisprudence applicable en matière de rapport médical, en particulier celle relative aux rapports médicaux du SMR et aux avis de ce même service qui, même s'ils sont donnés par des non spécialistes, n'en demeurent pas moins valables.

C. Une demande d'assistance judiciaire a été faite pour l'avance de frais uniquement et une décision d'octroi a été rendue le 10 mars 2015.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve des dérogations expresses prévues par la 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 - comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 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 (art. 60 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

b) La question litigieuse est celle de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2013.

En effet, sur la base du rapport médical du 19 mars 2014 des médecins du SMR, l'OAI a considéré que son état de santé s'était amélioré dès le 31 août 2013, date à laquelle il avait récupéré une capacité de travail totale dans une activité adaptée à son état de santé.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable ; un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), 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). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGa ou dans le cadre d'une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4)

Par ailleurs, l'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

4. En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante du rapport médical du 19 mars 2014 du SMR relatif à l'examen clinique de l'assuré effectué le 18 février 2014 et lui oppose les rapports médicaux de ses médecins traitants. Il conteste en particulier les conclusions tendant à

constater l'amélioration de son état de santé et le retour à une capacité totale dans une activité adaptée dès le mois d'août 2013. Il allègue que ce n'est qu'après un examen d'une heure et sur la seule base de ses propres déclarations que cette appréciation a été posée. Il reproche en outre à l'OAI d'avoir écarté à tort les avis médicaux des médecins traitants consultés régulièrement.

A l'instar du recourant, force est d'admettre que le rapport des médecins du SMR sur lequel l'OAI a fondé la décision attaquée, s'écarte notablement de ceux de ses médecins traitants. En particulier, les Drs F._____ et V._____ du SMR ne retiennent, à titre de diagnostic psychiatrique, ni l'état dépressif ni le trouble de la personnalité au contraire des Drs E._____, H._____ et I._____ de la Polyclinique du département de psychiatrie du CHUV (rapport médical du 29 avril 2014). De même, si les premiers admettent une amélioration de l'état de santé dès le mois d'août 2013 conduisant à une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès cette date, les Drs E._____, H._____ et I._____ à l'instar du Dr Cecen (certificat médical du 10 juillet 2013) considèrent que l'incapacité de travail est totale, sans toutefois indiquer si elle ne concerne que l'activité habituelle. Le Dr Kaparos quant à lui prône une reprise partielle et progressive de l'activité (rapport médical à l'OAI non daté mais indexé le 17 mars 2014), alors que les Drs B._____ et P._____ considèrent qu'une activité adaptée pourrait être exercée à 50% (formulaire E 213 du 11 août 2014). L'évaluation des médecins du recourant se rapproche ainsi des constatations faites dans le cadre de la mesure entreprise auprès de la fondation des [...] qui a permis d'observer un rendement de l'ordre de 20%.

S'il est vrai que le rapport médical du SMR est l'un des plus complets figurant au dossier, il n'est toutefois pas exempt de critique. On peine ainsi à saisir les éléments qui ont conduit les médecins à exclure le trouble de la personnalité pourtant observé par les psychiatres traitants. On ignore également la nature des examens effectués, la conduite du raisonnement qui leur a permis d'exclure tout état dépressif et la durée respective des examens rhumatologique et psychiatrique. La lecture du

rapport ne permet en outre pas de se convaincre de ce que l'ensemble des éléments aient fait l'objet d'une évaluation approfondie. Les effets d'une médication importante et prolongée d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (depuis 2011) ne semblent pas avoir été pris en considération, pas plus que les conséquences d'un temps d'endormissement important (1 à 2 heures), d'une estime de soi fluctuante, de la diminution marquée de la libido et d'une consommation pathologique d'alcool fort, pourtant admise comme alcoolisme secondaire. A cet égard, aucune motivation médicale objective ne permet d'expliquer les conclusions auxquelles parviennent les médecins du SMR. Ainsi, le fait que la surconsommation d'alcool fort n'ait aucune incidence sur la capacité de travail au seul motif qu'elle reste cantonnée au week-end est peu crédible, de même que la disparition de cauchemars et de flash-back puisse être le motif d'un retour à une capacité de travail complète dans une activité adaptée, ce d'autant que la fréquence et la durée des troubles anxieux restent importantes (45 minutes toutes les 2-3 semaines). La compliance aux médicaments n'a pas fait l'objet de vérification et la toxicologie en lien avec l'absorption excessive d'alcool ne semble pas avoir été testée, ni même observée cliniquement parlant. On relève encore quelques contradictions qui restent sans explications, quant aux voyages effectués à plusieurs reprises par le recourant et à ses vacances qu'il n'aurait pas prises depuis longtemps. Enfin les ressources du recourant pour faire face et surmonter sa situation n'ont pas non plus été examinées bien que plusieurs médecins aient évoqué une possible origine psychosomatique aux douleurs ressenties.

A cela s'ajoute le fait que les céphalées, au centre des plaintes du recourant, dont l'importance ne peut être négligée, compte tenu des symptômes accessoires provoqués (nausées, photophobie et phonophobie) n'ont pas fait l'objet d'une évaluation et sont écartées sans autre motivation de l'appréciation médicale.

Compte tenu de ce qui précède, il faut admettre que ce rapport ne dispose pas de la valeur probante prépondérante et exclusive qu'entend lui reconnaître l'intimé. En outre, le contenu des rapports

médicaux des médecins traitants qui suivent le recourant de manière régulière, et qui convergent tous vers une estimation partielle du taux de capacité de travail, appréciation encore appuyée par les constatations faites dans le cadre de la mesure mise en place auprès de la fondation [...], jette le doute sur les conclusions des médecins du SMR. Le fait que les médecins traitants pourraient faire preuve d'empathie, que leurs rapports sont plus succincts ou que leur appréciation médicale est peu documentée ne permet pas de penser différemment. Sur ce dernier point, il faut rappeler la situation particulière du recourant dont l'agression n'a pu être prise en charge par un assureur accident faute d'affiliation et qui s'est vu contraint de limiter ses possibilités de traitement faute de moyens.

Ainsi, les rapports médicaux des médecins traitants figurant au dossier jettent un doute suffisant sur le rapport d'examen du SMR, unique document sur lequel s'est fondé l'intimé tout en étant insuffisamment étoffé pour être pris en considération de manière exclusive. L'instruction s'agissant des céphalées, ainsi que sous l'angle psychiatrique doit ainsi être complétée par une nouvelle expertise au sens de l'art. 44 LPGA.

5. Les carences dont souffre le dossier d'un point de vue psychiatrique et neurologique, de même que les éléments contradictoires qui y figurent, ne permettent pas de statuer en toute connaissance de cause sur les possibilités dont disposait réellement le recourant pour mettre en valeur une éventuelle capacité de travail au-delà du 31 août 2013.

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 (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 (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas

suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPG).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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 (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 (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, le recourant a conclu principalement dans son recours à la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire indiquant que cette dernière se justifiait par le fait que les rapports médicaux de ses médecins traitants, produits dans le cadre de la présente procédure laissent planer un doute suffisant quant au bien-fondé de l'examen clinique mis sur pied par le SMR en mars 2014.

Il est cependant du devoir de l'administration d'instruire les faits pertinents de la cause, de sorte que l'instruction du dossier relative à la question des céphalées et de l'hypersensibilité à la lumière et au bruit doit être investiguée dans le cadre de l'instruction administrative, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Le renvoi à l'intimé se justifie pour cette raison déjà en conformité de la jurisprudence fédérale mentionnée.

L'OAI devra en outre compléter également l'évaluation psychiatrique afin de préciser les diagnostics à retenir et leur conséquence sur les possibilités pour le recourant d'exercer une activité au-delà du mois d'août 2013.

Une expertise pluridisciplinaire devra ainsi être mise sur pied en conformité de l'art. 44 LPGA.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours bien-fondé doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

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 (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 par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 2'000 fr., à charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est annulée et l'affaire renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants.

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

- IV. Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) est versée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud à L. _____ 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 Elisabeth Chapuis (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :