

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu et Métral, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jacques Micheli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** R._____, né en 1978, a suivi une formation élémentaire en tant qu'ouvrier de garage (automobiles). En dernier lieu, il travaillait en qualité de mécanicien et de collaborateur à la mise en bouteille pour le compte de la société spécialisée dans le commerce de vin K._____ SA à T._____ ; il était assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

b) Le 11 mars 2013, R._____ a été victime d'un accident de travail. Alors qu'il était occupé à déplacer une cuve mobile avec des collègues de travail, l'élément qui tenait la cuve surélevée s'est abaissé et la barre de maintien du système de levage des roues a heurté sa tête. A la suite du choc, l'assuré a été projeté au sol, mais n'a pas subi de réelle perte de connaissance objectivée. Transféré aux urgences de V._____, il a bénéficié d'une suture du cuir chevelu ; aucun bilan radiologique n'a alors été effectué.

Au cours de la nuit suivante, l'assuré a présenté des nausées, des vomissements et des vertiges, avec de violentes céphalées en casque. Les examens radiologiques mis en œuvre par son médecin traitant, le docteur Z._____, n'ont pas mis en évidence de lésions traumatiques. L'assuré a été adressé ensuite à un neurologue (rapport du docteur H._____ du 3 avril 2013), puis à un neuropsychologue (rapports de K._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, des 25 mai et 6 juin 2013).

Face à la persistance des symptômes (céphalées en casque, vertiges, phono- et photophobie, fatigue, irritabilité, troubles du sommeil ainsi que troubles de la mémoire et de la concentration), l'assuré a été adressé à la Clinique B._____ pour une évaluation interdisciplinaire. Dans le rapport établi à la suite du séjour de l'assuré (du 24 au 27 juin 2013), les docteurs Q._____, spécialiste en neurologie, et N._____,

spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ont retenu les éléments suivants :

[...]

L'**examen clinique** nous met face à un homme de 34 ans, soigné et collaborant, ne démontrant aucun comportement douloureux. Il se plie sans rechigner aux tests à effectuer sur ordre. Objectivement, on ne retrouve pas de limitation des amplitudes articulaires tant périphériques que du rachis. L'examen neurologique spécialisé ne démontre pas de signe d'une atteinte centrale post traumatique ni de signe de latéralisation. Le résultat de l'**examen neuropsychologique** réalisé avant le présent séjour doit être interprété avec prudence en raison des signes compatibles avec un trouble développemental. En plus, les céphalées ont probablement diminué ses capacités attentionnelles raison pour laquelle cet examen ne reflète probablement pas les réelles performances du patient.

Le patient collabore un peu moins bien à l'**évaluation des capacités fonctionnelles** qu'il ne l'a fait au cours de l'approche médicale. Le score de 99 atteint au PACT donne à penser qu'il ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits, on peut relever qu'il sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Il est en effet capable de manutentionner des charges allant jusqu'à 17,5 kg. Et encore s'autolimité-t-il, c'est-à-dire qu'il met fin à la tâche avant que l'évaluatrice n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Par conséquent, les performances réalisées représentent ce qu'il a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques réelles. La volonté de donner le maximum aux tests a donc été incertaine et le niveau de cohérence pendant l'évaluation est jugé moyen.

Les **examens d'imagerie** en particulier l'IRM cérébrale du 17 avril 2013 sont rassurants, et ne démontrent pas de lésion traumatique.

A ce stade, on retient le diagnostic de TCC de degré léger avec des céphalées post traumatiques, et troubles cognitifs d'intensité modérée à sévère.

L'**examen psychiatrique** nous met face à un patient dont la cognition semble dans la norme, l'orientation bonne, sans troubles de mémoire, ralentissement psychomoteur ni agitation et un discours cohérent. On ne retrouve pas de symptomatologie dépressive significative avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, fatigabilité anamnétique, sans trouble de concentration ou de mémoire, rumination existentielle sans idée noire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil qualifié de mauvais en fonction de retards d'endormissement et de réveils récurrents, appétit diminué. Il n'y a pas de symptomatologie anxieuse significative ni de symptomatologie floride de la série psychotique ou de critère de trouble de la personnalité. On ne retient pas le diagnostic de

syndrome post traumatique. En conclusion, sur le plan psychiatrique l'examen ne met pas en évidence de symptomatologie évocatrice d'un diagnostic significatif.

Le **pronostic** peut être ici considéré comme bon : l'accident du 11 mars n'a pas entraîné de lésion objective, ni laissé de trace au plan psychiatrique. En revanche il y a des troubles neuropsychologiques objectivés attribués d'une part à des troubles des apprentissages et d'autre part aux suites du TCC. Cependant le patient a pu mener à bien une formation de mécanicien malgré ces troubles préexistants et fonctionner professionnellement normalement jusqu'à la date de l'accident. On ne retrouve pas de facteur personnel ou contextuel de mauvaise évolution, mais l'on souligne une participation moyenne à l'évaluation des capacités fonctionnelles.

Concernant le **traitement**, l'adjonction d'un anti-inflammatoire pourrait être bénéfique en ce qui concerne les céphalées, avec une physiothérapie de renforcement cervical. Le ralentissement psychomoteur étant en partie induit par la prise de Surmontil le soir, nous proposons de diminuer ce traitement, un effet iatrogène paraissant clairement envisageable. Du Remeron à faibles doses le soir (7,5 mg par exemple) pourrait être proposé afin d'améliorer le sommeil. La concentration pourrait être améliorée enfin par l'introduction de Symfona forte un comprimé le matin, à augmenter après 1 semaine à 2 comprimés matin et midi. Au final, on peut s'attendre à ce que le patient reprenne progressivement ses activités habituelles, y compris professionnelles, au cours du prochain trimestre.

Compte tenu de la persistance des symptômes, l'assuré a séjourné une seconde fois à la Clinique B._____ du 12 novembre au 17 décembre 2013 afin de procéder à une évaluation multidisciplinaire et professionnelle. Dans leur rapport du 6 janvier 2014, les docteurs M._____, spécialiste en neurologie, et X._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de traumatisme cranio-cérébral léger, de syndrome somatoforme douloureux et de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante, puis expliqué ce qui suit :

Ce patient de 34 ans, qui travaille dans le commerce d'eaux minérales comme collaborateur à la mise en bouteilles a présenté un accident au travail le 13.03.2013, avec les diagnostics susmentionnés. Il est adressé pour une évaluation multidisciplinaire et professionnelle.

Au cours de ce séjour, nous avons mis en évidence les problèmes suivants:

En ce qui concerne le TCC léger, notre neuroradiologue confirme l'absence de fracture du crâne sur le RX standards et toutes lésions extra- et intradurales sur la RMN cérébrale.

Nous avons donc tenté de rassurer le patient en lui expliquant qu'il n'y avait aucune lésion dans son cerveau, contrairement à ce qu'il avait compris.

Sur le plan **cognitif**, chez ce patient à l'attitude extrêmement tendue, on observe des résultats déficitaires aux épreuves attentionnelles (attention partagée), exécutives (incitation, programmation, flexibilité), et mnésiques.

Globalement, les résultats sont plutôt abaissés par rapport au bilan du mois de mai, ce qui reflète probablement l'inquiétude croissante de ce patient. Les performances en attention divisée sont par contre légèrement améliorées, en lien probable avec une meilleure tolérance au bruit (les temps de réponse excédaient 2 secondes pour la modalité auditive lors du 1^{er} bilan, et ce test avait été particulièrement mal vécu).

Notre attitude face à ce patient que nous avons suivi à raison de 3 séances de rééducation par semaine, a été:

- d'expliquer la nature des céphalées et tenter de balayer les fausses croyances,
- de le rassurer quant à ses compétences cognitives réelles,
- d'amener le patient à constater que ne rien faire n'améliore pas la situation, et qu'une activité telle qu'il l'a expérimentée à la Clinique B. _____ n'est pas dangereuse ou néfaste pour lui,
- de l'amener à faire un programme des différentes activités qu'il pourrait reprendre progressivement en apprenant à gérer et apprivoiser les céphalées.

Le patient a écouté avec attention mais un certain pessimisme les informations données. Ses propos laissent cependant espérer qu'il a fait un certain chemin dans cette direction. Une prise en charge spécifiquement neuropsychologique n'est pas indiquée.

Dans le cadre de troubles du sommeil et de baisse du moral, nous demandons une évaluation **psychiatrique**, par la Dresse. D.D. _____. Comparativement à l'évaluation psychiatrique exhaustive du Dr C. _____ datée de fin juin 2013, l'état du patient n'a pas beaucoup évolué, si ce n'est en se référant à ses plaintes, une augmentation de l'irritabilité et une tolérance diminuée aux céphalées. Aucun élément contextuel de surcharge n'est clairement mis en évidence.

Un suivi psychothérapeutique a été poursuivi en fournissant des explications et des mesures de réassurance appropriées au patient, qui espère beaucoup une réduction des douleurs. Un suivi psychologique individuel lui a aussi été offert, axé sur la gestion des douleurs et de la nervosité. Il a été aussi question de techniques de respiration et de cohérence cardiaque. M. R. _____ semble avoir de la peine à constater les changements et les effets bénéfiques de ces méthodes, pourtant bien visibles.

Un téléphone avec son psychiatre, le Dr J. _____ ([...]), nous a informé des antécédents psychosomatiques du patient, déjà traité pour des céphalées voici 2 ans. Le service de psychiatrie de liaison de l'Hôpital P. _____ l'a vu l'été dernier et posé un diagnostic d'état dépressif sévère et trouble somatoforme indifférencié. Un rendez-vous est fixé avant Noël.

Nous avons demandé également une évaluation ORL par le Dr L. _____, qui a vu le patient le 19.11.2013. L'examen oto-

neurologique est normal. Il faut soulever la problématique de la constance des déclarations du patient, pouvant effectivement être déstabilisantes. Cependant, les examens paracliniques supra-liminaires montrent qu'il n'y a pas d'atteinte résiduelle de l'appareil stato-cinétique et périphérique.

La posturographie dynamique montre un faible taux de stabilité (85 %), mais une bonne fonction d'équilibration générale. Les 3 entrées sensorielles sont utilisées, cependant, l'entrée somesthésique a été stimulée avec succès en physiothérapie.

A la sortie, il est capable de se déplacer en marchant en sécurité sans limitations. Aucun moyen auxiliaire n'est nécessaire.

Nous lui avons proposé de poursuivre le traitement physiothérapeutique à raison de 2 x/semaine, à visée d'amélioration des fonctions de coordination et d'antalgie lombaire et de reconditionnement général.

Concernant les céphalées tensionnelles, nous avons essayé un traitement de neurostimulation avec l'appareil Céphaly, durant deux semaines mais qui n'a pas eu d'effet. De même l'introduction d'un traitement de Saroten à 25 mg a été aussi inefficace, raison pour laquelle nous l'avons augmenté à 50 mg. Pour l'instant cette médication semble être bien tolérée. Nous vous proposons de l'augmenter à 75 mg si l'effet antalgique est insuffisant. A ceci nous avons maintenu un traitement de paracétamol d'office 3x/j.

Sur le plan **professionnel**, l'état de santé de Mr R._____ est essentiellement pénalisé par des céphalées permanentes. Ces douleurs génèrent un trouble de l'adaptation sur un mode anxieux. Les capacités attentionnelles sur un poste de travail sont de fait limitées dans le temps (moins de 2 heures consécutives). Nous soulignons qu'aucune lésion cérébrale n'a été démontrée et que ce sont essentiellement les aspects psychologiques qui sont un frein à la guérison et au retour au travail. Nous pensons donc que le retour au travail est une mesure thérapeutique pour redonner confiance au patient, d'autant plus que le soutien psychiatrique est maintenu. Une reprise progressive sur son ancien poste a donc été convenue. Nous préconisons une reprise à 20 % du temps plein. Malgré les conditions peu favorables (environnement bruyant), nous espérons que le retour sur le poste de travail pourra permettre un retour à la normale.

Au terme de ce séjour, nous ne retenons plus de limitations à mettre en rapport avec l'accident, mais essentiellement des symptômes psychologiques.

Une tentative de reprise du travail au début du mois de janvier 2014 a échoué après une seule journée.

La CNA a complété l'instruction en requérant des renseignements complémentaires auprès du psychiatre traitant de l'assuré, le docteur J._____. Dans un rapport du 17 mars 2014, ce médecin a fait état d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes

psychotiques, et de somatisations versus trouble somatoforme indifférencié ; il a souligné en particulier que son patient ne présentait pas, avant l'accident de mars 2013, de symptomatologie dépressive ou douloureuse active, celle-ci s'étant développée dans les suites de l'accident.

Le dossier a été soumis pour appréciation au Centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA, lequel a, par le biais du docteur A._____, spécialiste en neurologie, pris les conclusions suivantes (rapport du 9 juillet 2014) :

Pour résumer, je parviens à la conclusion que dans le cadre de l'accident, l'assuré a subi un choc à la tête, éventuellement une légère lésion cérébrale traumatique sans complications (c'est-à-dire non accompagnée par des lésions cérébrales structurales). Selon les critères de l'International Headache Society, l'accident a provoqué des céphalées post-traumatiques aiguës. Il s'agit de céphalées qui apparaissent dans les sept jours suivant un traumatisme crânien et durent jusqu'à trois mois.

L'évolution après une lésion cérébrale traumatique légère sans complications est très prévisible et auto-limitante (spontanément curable). Des études montrent que trois semaines après le traumatisme, les symptômes tels que les céphalées et les vertiges apparaissent certes plus fréquemment chez les personnes blessées que dans la population générale, mais les performances neuropsychologiques des deux groupes ne sont pas différentes.

Chez Monsieur R._____, des antécédents de céphalées sont documentés depuis 1999. Avant l'accident du 11.03.2013, l'assuré a été qualifié d'anxieux/dépressif par des spécialistes à de nombreuses reprises.

Il est donc très probable que l'accident du 11.03.2013 ait aggravé l'état antérieur pendant trois mois de manière temporaire, mais non durable. Par la suite, ce sont des facteurs préexistants, liés au développement et pathologiques, c'est-à-dire indépendants de l'accident et de nature fatidique, qui ont influencé le tableau clinique de manière déterminante.

Par décision du 10 juillet 2014, confirmée sur opposition le 12 septembre 2014, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 10 juillet 2014.

L'assuré a formé recours contre la décision sur opposition du 12 septembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Ce recours est traité dans la procédure parallèle AA 110/14.

c) Le 21 novembre 2013, R. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a fait verser à la cause le dossier constitué par la CNA, puis a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire - neurologie, psychiatrie et médecine interne générale - au Centre d'Expertise Médicale D. _____. Dans leur rapport du 16 janvier 2015, les docteurs G. _____, spécialiste en médecine interne générale, E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S. _____, spécialiste en neurologie, ont posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble somatoforme indifférencié, de status après fracture de l'auriculaire droit avec flexum résiduel et de troubles digestifs fonctionnels légers. Sur un plan somatique, il n'y avait pas d'atteinte justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail, même partielle, dans l'activité exercée antérieurement, ainsi que dans toute activité potentiellement exigible ; s'agissant de la causalité avec l'événement accidentel, il y avait lieu de penser que les suites à caractère purement somatique s'étaient épuisées au terme d'une période de trois mois au plus, la persistance des troubles étant clairement de nature non traumatique et liées à des facteurs psychologiques. Sur le plan psychique, le tableau clinique, lequel associait des plaintes somatiques multiples (céphalées, sensations vertigineuses mal systématisées, troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que lombalgies) et une symptomatologie dépressive directement liée à la symptomatologie douloureuse et non objectivée à l'examen psychiatrique, évoquait en premier lieu un trouble somatoforme indifférencié ; alors même que ce trouble n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère et qu'il n'existait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas

d'état psychique cristallisé et pas d'échec des traitements ambulatoires, l'assuré semblait s'être enfermé dans un rôle de handicapé, comportement qui était renforcé par l'attitude protectrice de son entourage.

Se fondant sur les conclusions de cette expertise, l'office AI a, par décision du 4 mai 2015, rejeté la demande de prestations.

B. **a)** Par acte du 9 juin 2015, R._____ a déféré la décision rendue le 4 mai 2015 par l'office AI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} mars 2014, subsidiairement au renvoi de la cause audit office pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Compte tenu des contradictions existant entre les différents rapports médicaux versés au dossier et de la valeur probante limitée qu'il convenait d'accorder à l'expertise réalisée par le Centre d'Expertise Médicale D._____, l'assuré estimait que l'office AI avait violé le droit fédéral en se fondant sur les conclusions de cette expertise. À titre de mesure d'instruction, il requérait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre (neurologique, psychiatrique et neuropsychologique).

b) Dans sa réponse du 14 juillet 2015, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il estimait que le rapport d'expertise du Centre d'Expertise Médicale D._____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, soulignant en particulier que le trouble somatoforme diagnostiqué ne pouvait en tout état de cause être qualifié d'invalidant. Il ressortait du rapport du Centre d'Expertise Médicale D._____ que l'assuré disposait d'une grande marge de progression, moyennant une psychothérapie axée sur la confiance en soi et la défocalisation du rôle d'handicapé. L'assuré avait par ailleurs une vie quotidienne relativement bien structurée, conservait des centres d'intérêts, ne vivait pas reclus et

était au bénéfice d'une vie sociale relativement conservée ainsi que d'un soutien familial non négligeable.

c) Dans sa réplique du 11 septembre 2015, R._____ a confirmé les conclusions de son recours du 9 juin 2015. Il reprochait notamment à l'office AI de ne pas tenir compte du rapport - produit à l'appui de son recours - établi le 25 mars 2015 par le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital P._____, lequel faisait pourtant état d'une diminution de la capacité de travail pour des raisons neuropsychologiques. Contrairement à ce que soutenait l'office AI, il ressortait par ailleurs du dossier qu'il disposait de ressources restreintes, limitées aussi bien pour les activités professionnelles que pour les autres domaines de la vie.

d) Par courrier du 29 février 2016, R._____ a produit un nouveau rapport du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital P._____ daté du 11 janvier 2016, lequel faisait état de résultats légèrement fluctuants sur le plan cognitif et d'une aggravation des plaintes subjectives. Au vu de la symptomatologie, la reprise de l'activité professionnelle antérieure ne paraissait pas envisageable.

e) En réponse au courrier de l'assuré, l'office AI a produit un avis médical du SMR du 10 mars 2016, lequel suggérait d'interpeler le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital P._____ afin qu'il se prononce sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

f) A l'appui de ses déterminations du 6 juin 2016, R._____ a produit un rapport du 27 mai 2016 établi par la cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital P._____, la professeure W._____, dont il ressortait que les troubles cognitifs constatés étaient compatibles avec une activité - à temps partiel - très simple, bien cadrée et exercée

dans un milieu calme. Il était précisé que ce type d'activité devrait, dans un premier temps au moins, être exercé à titre thérapeutique ou occupationnel.

g) Par courrier du 29 juin 2016, complété le 2 août 2016, l'office AI a produit un rapport d'observation ainsi que des vidéos des observations réalisées entre le 30 octobre et le 29 novembre 2015 par un détective mandaté par I. _____ Assurances SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur de l'assuré. De l'ensemble des documents produits, il ressortait que l'assuré était en mesure de se déplacer en voiture et se rendait dans des lieux publics (bars, restaurants, commerces, casino de V. _____) et des administrations (services sociaux, office des poursuites et des faillites). Il menait par ailleurs une vie amoureuse et conservait de nombreux liens sociaux. D'après l'office AI, ces éléments venaient confirmer les conclusions de l'expertise réalisée par le Centre d'Expertise Médicale D. _____ et, partant, la décision du 4 mai 2015. A titre subsidiaire, il était proposé d'interpeler la professeure W. _____ afin qu'elle prenne position sur les différents éléments produits.

h) Dans ses déterminations du 2 août 2016, R. _____ a estimé que les éléments réunis par I. _____ Assurances SA ne mettaient rien en évidence de particulier en ce qui concernait la vie quotidienne. Il a rappelé que ses médecins traitants lui avaient conseillé d'éviter l'isolement et, dans ces conditions, il ne voyait pas pourquoi il ne pouvait pas participer de temps en temps à un anniversaire ou sortir dans un établissement public avec son amie. Cela étant, il se ralliait à la proposition de l'office AI de soumettre les éléments produits à la professeure W. _____.

i) A la demande du Juge instructeur, la professeure W. _____ a été invitée à prendre position sur les nouveaux éléments produits et à indiquer si le fonctionnement au quotidien de l'assuré était compatible avec les limitations qu'elle avait mises en évidence et, de manière plus générale, si ces éléments étaient de nature à remettre en cause son

appréciation. Dans sa réponse du 31 octobre 2016, la professeure W._____ a expliqué ce qui suit :

[...]

Nos deux évaluations concernaient uniquement le status neuropsychologique. L'évaluation neuropsychologique du 23 mars 2015 a mis en évidence de nombreuses plaintes de type post-traumatique, des troubles sévères en mémoire épisodique antérograde verbale, une dysfonction exécutive modérée (notamment des difficultés d'incitation verbale et non verbale, d'inhibition, de flexibilité et de planification) ainsi que des troubles attentionnels relativement sévères. En parallèle, nous avons constaté une symptomatologie anxio-dépressive probable que nous n'avons pas évaluée en détail étant donné que le patient était suivi par le Dr J._____, psychiatre à Y._____. Nous avons interprété ce tableau dans le cadre des séquelles des TCC que le patient a subis en 2010 et 2013, probablement aggravé par les troubles de l'humeur. Nous avons estimé que les troubles cognitifs observés étaient de nature à limiter la capacité de travail.

Nous avons effectué une deuxième évaluation neuropsychologique le 6 janvier 2016 qui a mis en évidence des troubles mnésiques, un fléchissement exécutif, des troubles attentionnels sévères, ainsi que de nombreuses plaintes somatiques et cognitives. Nous avons constaté des scores hautement significatifs à une échelle de dépression et d'anxiété ainsi qu'une échelle d'état de stress post-traumatique. Lors de cet examen, nous avons eu un entretien avec la mère du patient qui a rapporté une irritabilité et une agressivité accrues, une thymie abaissée, des difficultés de concentration, ceci sans amélioration depuis 2013. Comparativement à notre évaluation précédente (mars 2015) et aux évaluations précédentes effectuées à la consultation de neurologie (2 février 2011) et à la Clinique B._____ à [...] (19 au 21 novembre 2013), nous avons donc constaté des résultats aux tests cognitifs légèrement fluctuants tandis que les plaintes subjectives se sont nettement aggravées. Nous avons proposé d'interpréter ce tableau dans un contexte multifactoriel (contexte douloureux chronique, une thymie abaissée, un possible état de stress post-traumatique avec répercussion sur la qualité du sommeil, une fatigabilité accrue). A cause des troubles cognitifs et notamment attentionnels importants, nous avons posé la contre-indication à la conduite automobile. Dans ce contexte, la prise en charge psychiatrique était primordiale. Nous avons recommandé le maintien d'une activité physique quotidienne (marche par exemple) et de reprendre certaines activités à titre occupationnel afin d'éviter l'isolement. Ceci devait être un premier pas vers l'insertion professionnelle.

Dans notre lettre à Maître Adrienne Favre, datée du 27 mai 2016, nous avons estimé que du point de vue neuropsychologique, une activité pouvait être exercée entre 40 et 50 %, mais que ce taux devait être apprécié lors de stages de réorientation.

La période d'observation qui a été effectuée à la demande de I._____ Assurances SA porte sur la période du 30 octobre au 29 novembre 2015 donc entre nos deux évaluations.

Le quotidien du patient tel qu'il est décrit dans ce rapport ne correspond pas aux plaintes que nous avons récoltées lors de nos deux évaluations neuropsychologiques. Nous ne retrouvons pas non plus les éléments décrits par la mère du patient.

Par rapport à la conduite automobile, nous avons conclu à une contre-indication, puisque les troubles attentionnels augmentent significativement le risque d'erreur, surtout dans les situations complexes. Ceci ne veut pas dire que le patient était incapable de faire rouler un véhicule.

N'ayant pas suivi régulièrement le patient, nous ne pouvons pas estimer dans quelle mesure le tableau et notamment les troubles de l'humeur étaient fluctuants. Ainsi nous ne pouvons pas exclure que nos deux évaluations, de mars 2015 et de janvier 2016, correspondaient à des périodes difficiles tandis que le rapport d'observation concerne une période relativement favorable. Très probablement, le Dr J._____ qui suivait le patient régulièrement pourrait vous donner des renseignements à ce sujet.

Les éléments rapportés dans l'observation d'octobre et novembre 2015 suggèrent très fortement qu'une réinsertion professionnelle devrait être envisageable.

Je souhaite soulever que, lors des deux évaluations que nous avons effectuées le 23 mars 2015 et le 6 janvier 2016, on ne relevait pas d'élément qui parlaient en faveur d'une simulation. Certains de nos tests effectués lors de ces examens auraient pu, de par leur nature, révéler une telle attitude.

En résumé, nous sommes en présence d'une situation relativement complexe. Le patient a été victime de deux TCC, relativement peu sévères, et il a été suivi pour des troubles anxio-dépressifs depuis 2008. Les troubles neuropsychologiques qui sont constatés depuis 2011 peuvent s'inscrire dans les séquelles des TCC du 1er et ensuite du 2e TCC, probablement amplifiés par la présence des troubles de l'humeur. Du point de vue purement neuropsychologique, la reprise professionnelle aurait été envisageable. A noter que nous n'avons pas évalué objectivement des aspects motivationnels pour une telle reprise.

Du point de vue purement neuropsychologique, nous réitérons notre appréciation d'une capacité de travail probable de 40 à 50 %, mais qui resterait à être évaluée par des stages.

j) Dans ses déterminations du 16 novembre 2016, R._____ a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, tout en priant le Juge instructeur de fixer une audience afin de définir de manière plus précise les modalités d'une telle mesure d'instruction.

k) Dans ses déterminations du 30 novembre 2016, l'office AI a mis en exergue le fait que l'assuré possédait, contrairement à ce qu'il soutenait, une capacité à la réinsertion professionnelle. En l'absence d'éléments médicaux qui justifiaient de revenir sur l'évaluation de l'exigibilité reconnue par le Centre d'Expertise Médicale D._____, il ne pouvait que confirmer ses précédentes écritures.

l) A la suite de l'audience d'instruction qui s'est déroulée le 17 février 2017, les parties ont convenu de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, neuropsychologique et psychiatrique).

m) La mise en œuvre de cette expertise a été confiée au docteur O._____, spécialiste en neurologie, lequel a requis une évaluation psychiatrique auprès du docteur U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 juillet 2017, le docteur O._____ a fait mention des diagnostics de status après traumatisme crânien mineur le 11 mars 2013, sans séquelle neurologique/neuropsychologique organique mais avec les diagnostics psychiatriques d'état de stress post-traumatique, d'anxiété généralisée, d'épisode dépressif moyen, d'autre modification durable de la personnalité, de somatisation (probable) et de trouble dissociatif (de conversion) mixte (probable). D'après ce médecin, l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail particulière d'origine neurologique, neuropsychologique et psychiatrique pour une activité simple et répétitive, étant précisé que les éléments de surcharge psychogène risquaient de s'exprimer d'une façon négative lors de toute tentative de reprise d'activité.

n) Dans ses déterminations du 6 septembre 2017, l'office AI a, en se fondant sur un avis médical du SMR du 21 août 2017, contesté les conclusions de l'expertise, en tant qu'elles concernaient l'impossibilité de l'assuré de poursuivre son activité habituelle. En substance, le SMR estimait que le dossier laissait apparaître de nombreux éléments en faveur d'une exagération de symptômes (discordances entre les plaintes de l'assuré et les faits objectifs relevés à plusieurs reprises dans les rapports

médicaux/expertises au dossier ; un manque de fiabilité dans les déclarations de l'assuré ; les résultats des tests de validation de symptômes au bilan neuropsychologique ; les observations réalisées à l'insu de l'assuré en 2015). A cela s'ajoutait un rapport d'enquête du Centre social régional de Y._____ daté du 23 mars 2017 portant sur les prestations servies à l'assuré entre 2007 et actuellement. Compte tenu de l'ensemble des éléments, l'assuré faisait manifestement preuve de plus de ressources psychiques et personnelles que ce qu'il décrivait. Cet état de fait n'était donc pas cohérent avec une quelconque incapacité de travail pour trouble fonctionnel et psychiatrique majeur dans son activité habituelle comme dans toute activité.

o) Dans ses déterminations du 15 septembre 2017, R._____ a également fait part de ses réserves quant au contenu de l'expertise déposée par le docteur O._____.

p) Par ordonnance du 21 septembre 2017, le Juge instructeur a requis de l'office AI la production du rapport d'enquête du Centre social régional de Y._____ daté du 23 mars 2017.

q) A la demande du Juge instructeur, le docteur U._____ a complété son expertise à la lumière des derniers éléments médicaux versés au dossier. Dans son rapport du 25 avril 2018, complété par un examen psychologique réalisé par la psychologue A.A._____, l'expert a, après avoir revu le recourant à deux reprises, corrigé sa première appréciation et retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - d'autre trouble spécifique de la personnalité (personnalité psychotique), de retard mental léger, d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif moyen, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de somatisation, de phobie spécifique (peur de la chute) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques. Il a notamment expliqué que l'approfondissement de l'examen avait permis de mettre en évidence l'existence d'une pathologie de la personnalité, trouble qui avait valeur de maladie et était responsable de l'incapacité totale de travail observée depuis l'accident. La gravité du trouble, présent

de longue date comme une vulnérabilité personnelle importante mais non décompensée jusqu'à l'accident, expliquait l'impact majeur de l'accident sans qu'il y ait de conséquences physiques ou neurologiques objectivées. Si l'aspect post-traumatique existait et avait existé, le traumatisme n'était pas le seul responsable de la décompensation. Le trouble était peu accessible à des mesures thérapeutiques, le traitement étant adapté mais inévitablement insuffisant au vu de l'ancrage des troubles au plus profond de la personnalité. Le manque de ressources personnelles, le caractère fixé de la pathologie, la difficulté à traiter l'anxiété et les conséquences de la pathologie sur la famille rendaient le pronostic défavorable. D'éventuelles mesures pourraient permettre d'évaluer si une activité professionnelle en milieu adapté - de type atelier protégé - était encore possible ou s'il fallait orienter l'assuré vers l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

r) Dans ses déterminations du 16 mai 2018, R._____ a indiqué n'avoir pas de remarques particulières à formuler au sujet du complément d'expertise du docteur U._____. Il a également produit un rapport du 9 mai 2018 du Service de chirurgie plastique et de la main de l'Hôpital P._____, aux termes duquel l'assuré nécessitait un reclassement dans une activité légère en raison de séquelles aux deux mains.

s) Dans ses déterminations du 29 mai 2018, l'office AI a estimé, en se fondant sur un avis du SMR du 28 mai 2018, qu'il n'était pas possible de se rallier à l'appréciation du docteur U._____, tant en ce qui concerne les diagnostics retenus que les répercussions de ces derniers sur le fonctionnement de l'assuré. Il a notamment relevé que l'expert n'excluait pas une capacité de travail résiduelle. Au vu de la complexité du dossier, où les incohérences étaient manifestes et relevées par plusieurs biais (par exemple les expertises médicales, l'enquête d'un détective ou encore l'enquête menée par le Centre social régional), la mise en œuvre d'un nouvel examen psychiatrique auprès d'un expert psychiatre rompu aux notions propres à l'assurance-invalidité semblait opportune.

t) Dans ses ultimes déterminations du 25 juin 2018, R. _____ a expliqué que l'avis du SMR du 28 mai 2018 ne pouvait être suivi au regard des nombreuses erreurs qu'il contenait. Le rapport complémentaire du docteur U. _____ résultait incontestablement d'une analyse impartiale, sérieuse et approfondie du cas ; il ne se justifiait certainement pas d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique comme le demandait l'office AI. Il a également profité de l'occasion qui lui était donnée pour faire part de son intérêt à la mise en œuvre d'une mesure d'ordre professionnel sous forme d'un stage d'évaluation en milieu adapté.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 (art. 8 al. 1 LPGA ; 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 (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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

5. Depuis la survenance de son accident, le recourant s'est plaint ou se plaint encore de problèmes de plusieurs natures, soit :

- des troubles somatiques ;
- des troubles psychiques.

6. Sur la plan somatique, le recourant a présenté ou présente principalement, à la suite d'un traumatisme crânien qualifié de léger par le corps médical, des céphalées, des sensations vertigineuses, des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que des lombalgies.

a) Les divers examens neurologiques auxquels le recourant s'est soumis au fil des années n'ont pas permis de rattacher ses plaintes à

un substrat objectif. Dans son rapport du 3 avril 2013, le docteur H._____ faisait déjà état d'un status neurologique normal. Dans le cadre de l'examen qu'il a réalisé au cours du premier séjour du recourant à la Clinique B._____, le docteur Q._____ n'a pas non plus observé de signes plaçant pour une atteinte centrale post-traumatique, précisant, d'une part, que les radiographies conventionnelles du crâne du 13 mars 2013 ne relevaient pas de signe de fracture et, d'autre part, que l'IRM cérébrale du 17 avril 2013 ne démontrait aucun signe de lésion post-traumatique (rapport du 3 juillet 2013). Pour sa part, le Centre d'Expertise Médicale D._____ a constaté, à la suite de son examen, qu'il n'y avait aucun élément permettant de conclure à l'existence d'une atteinte significative de nature post-traumatique ou malade du système nerveux central ou périphérique, hormis une hypoesthésie tactile et douloureuse facio-troncocrurale gauche, atteinte nouvelle qui était très certainement d'origine psychogène (rapport d'expertise du 16 janvier 2015, p. 15). Quant au docteur O._____ (rapport d'expertise du 14 juillet 2017, p. 9), il a indiqué que le recourant ne présentait aucun trouble neurologique détectable (voir également le rapport du docteur B.B._____ du 24 janvier 2014 et l'appréciation neurologique du docteur A._____ du 9 juillet 2014).

b) En ce qui concerne les troubles qui relèvent plus particulièrement de la sphère neuropsychologique, K._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a, dans un rapport du 25 mai 2013, fait état de troubles cognitifs, d'intensité modérée à sévère, d'origine vraisemblablement neuro-développementale d'une part (probables troubles combinés des apprentissages avec dyslexie et dysgraphie, voire dysphasie et troubles attentionnels) et traumatique d'autre part. Dans son rapport d'évaluation du 3 juillet 2013, la Clinique B._____ a indiqué que le résultat de l'examen neuropsychologique précité devait être interprété avec prudence en raison de la présence de signes compatibles avec un trouble développemental. Dans son rapport d'évaluation du 6 janvier 2014, la Clinique B._____ a néanmoins fait état de résultats plutôt abaissés par rapport au bilan effectué au mois de mai 2013, ce qui, à son avis, reflétait probablement l'inquiétude croissante du

recourant. Pour sa part, le Centre d'Expertise Médicale D._____ a considéré, s'agissant des anomalies neuropsychologiques mises en évidence lors du bilan de mai 2013, que les troubles dysexécutifs, attentionnels et mnésiques étaient des constatations aspécifiques correspondant très vraisemblablement, au vu du caractère objectivement modeste du traumatisme de mars 2013 et compte tenu du contexte psychologique global, à des facteurs de somatisation plutôt qu'à des éléments post-traumatiques, étant précisé qu'un manque de scolarisation jouait vraisemblablement un rôle dans les déficits constatés (rapport d'expertise du 16 janvier 2015, p. 15).

Par la suite, le recourant a été adressé au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital P._____. Dans un rapport du 25 mars 2015, la professeure W._____ a mis en évidence un défaut sévère de mémoire épisodique antérograde verbale, un dysfonctionnement exécutif modéré (difficultés d'incitation verbale et non verbale, d'inhibition, de flexibilité et de planification) ainsi que des troubles attentionnels (ralentissement léger observé cliniquement et sévère lors de certaines tâches chronométrées, fatigabilité modérée, défaut d'attention divisée et sélective, mémoire à court terme verbale déficitaire, nombreuses erreurs de calcul oral) ; le tableau clinique était compatible avec les séquelles possibles d'un traumatisme cranio-cérébral, probablement aggravées par des troubles de l'humeur. Dans un rapport subséquent daté du 11 janvier 2016, la professeure W._____ a observé des résultats légèrement fluctuants sur le plan cognitif, alors que les plaintes subjectives s'aggravaient ; à son avis, il convenait d'interpréter le tableau dans un contexte multifactoriel (contexte douloureux chronique probablement au premier plan, thymie abaissée, possible état de stress post-traumatique, avec répercussions sur la qualité du sommeil, la fatigue et la cognition [cercle vicieux]). Invitée à prendre position sur la question de savoir si le fonctionnement au quotidien de l'assuré, tel qu'il ressortait du rapport d'observation rédigé ainsi que des vidéos des observations réalisées entre le 30 octobre et le 29 novembre 2015 par un détective mandaté par I._____ Assurances SA, était compatible avec les limitations mises en évidence, la professeure W._____ a, dans un

rapport du 31 octobre 2016, constaté que le quotidien du recourant ne correspondait pas aux plaintes qui avaient été récoltées lors des deux évaluations neuropsychologiques ; tout en soulignant la relative complexité de la situation, elle ne pouvait toutefois exclure que ses propres évaluations étaient contemporaines à des périodes difficiles, tandis que la mesure d'observation avait eu lieu au cours d'une période relativement favorable.

Les tests neuropsychologiques réalisés dans le cadre de l'expertise neurologique diligentée par le docteur O. _____ ont mis en évidence, par rapport au second examen réalisé par la professeure W. _____, la persistance d'un déficit en mémoire épisodique verbale, un dysfonctionnement exécutif et des scores hautement significatifs à divers questionnaires d'auto-évaluation, une accentuation des troubles attentionnels, ainsi que l'apparition d'un déficit en mémoire à court terme verbale ; l'ensemble des résultats devait être interprété en rapport avec l'échec répété des tests de validation de la collaboration dans l'effort mental et de l'introduction d'une exagération fonctionnelle des troubles, ce d'autant que certains résultats étaient caricaturaux et évoquaient une très importante surcharge fonctionnelle (rapport d'expertise du 14 juillet 2017, p. 8).

c) Il convient de signaler que le recourant a présenté, postérieurement à la décision litigieuse, une fracture comminutive de l'extrémité distale du radius droit et de la styloïde cubitale, dont les séquelles ne permettent pas d'envisager la reprise d'une activité de mécanicien et justifient objectivement un reclassement dans une activité légère (rapport de la doctoresse C.C. _____ du 9 mai 2018). Ce fait échappe toutefois à l'examen de la Cour de céans, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

d) Sur le vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant ne présente, à la suite de l'accident dont il a été la victime,

aucune atteinte à la santé qui peut être attribuée à un substrat clairement objectivé, hormis des limitations relevant de la sphère neuropsychologique (atteinte des fonctions mnésiques, exécutives et attentionnelles) dont l'origine peut être attribuée, pour partie du moins, à une personnalité intellectuellement déficiente (QI total de 62 [selon rapport de la psychologue A.A. _____ du 28 février 2018]) et à des troubles de l'apprentissage.

7. Sur le plan psychique, il convient de constater que la situation a donné lieu à des appréciations divergentes parmi les différents médecins qui ont été consultés au cours de la procédure.

a) A la suite de l'examen psychiatrique qu'il a réalisé le 27 juin 2013 dans le cadre de l'évaluation interdisciplinaire qui s'est tenue à la Clinique B. _____, le docteur C. _____ n'a pas mis en évidence de symptomatologie évocatrice d'un diagnostic psychiatrique significatif. Dans un rapport établi dans le cadre du deuxième séjour du recourant à la Clinique B. _____, la doctoresse D.D. _____ a, tout en retenant le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante, indiqué que l'état du recourant n'avait pas beaucoup évolué depuis le premier examen réalisé par le docteur C. _____.

b) Le point de vue retenu par les médecins de la Clinique B. _____ contraste fortement avec les observations faites par le département de psychiatrie de l'Hôpital P. _____. Dans un rapport du 4 novembre 2013, le docteur E.E. _____ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de trouble somatoforme indifférencié et fourni les explications suivantes :

Il s'agit d'un patient qui frappe d'emblée par l'état de régression important dans lequel il se trouve depuis l'accident. Il se présente accompagné de sa mère à chacun des rendez-vous, mère qui insiste pour être présente lors du début du premier entretien et relate que son fils passe ses journées à la maison, ne s'occupe plus de ses affaires administratives et est devenu fortement irritable depuis son accident. Le patient confirme les propos de sa mère et se montre compliant durant l'investigation mais adoptant une position passive nécessitant de la part de l'interlocuteur une position active afin

d'obtenir des renseignements et nécessitant une énergie importante pour penser avec le patient.

Sur l'axe I, nous retenons un épisode dépressif majeur sans symptôme psychotique (diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée presque tous les jours, insomnie, ralentissement psychomoteur, fatigue et perte d'énergie, diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer), des symptômes anxieux sont également présents et à mettre en lien avec l'état dépressif (attaques de panique récurrentes et inattendues avec la crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique). Ces symptômes sont accompagnés d'un changement de comportement important en relation avec les attaques et présence d'agoraphobie ainsi qu'un trouble somatoforme indifférencié. Le patient présente plusieurs plaintes somatiques, notamment des sentiments d'oppression et de douleurs au niveau de la tête qui ne peuvent pas s'expliquer par une affection médicale générale, ni par les effets directs d'une substance. Ces troubles sont apparus de manière concomitante au traumatisme crânio-cérébral.

Sur l'axe II, nous ne retenons pas de trouble de la personnalité.

Sur le plan du fonctionnement, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un patient qui a eu des difficultés d'autonomisation et de séparation de sa famille (n'a jamais vécu seul, dépendait de sa famille au niveau administratif), l'accident entraînant la cristallisation d'une position régressive chez un patient présentant peu de capacités pour élaborer la problématique dans laquelle il se trouve. La situation étant relativement récente et le patient encore jeune, nous recommandons une approche pluridisciplinaire afin de favoriser une éventuelle reprise d'activité professionnelle ainsi que l'élaboration de la problématique d'autonomisation de ce patient. Il nous semble nécessaire qu'un traitement médicamenteux composé d'un antidépresseur et d'anxiolytique (à convenir avec le Dr J._____) puisse être mis en place tant pour les symptômes dépressifs et anxieux. D'autre part, il nous semble qu'un suivi de type psychiatrique (suivi actuellement en cours par le Dr J._____ à Y._____) est également nécessaire et nous recommandons également une approche corporelle (physiothérapie, ergothérapie). Ce dispositif important semble à l'heure actuelle nécessaire afin de stimuler les ressources dont dispose encore ce patient et ce afin de tenter de prévenir une chronicisation de la situation qui n'est pas exclue au vu de la symptomatologie et du fonctionnement de ce patient.

Dans son rapport du 17 mars 2014, le docteur J._____, psychiatre traitant, a indiqué faire siennes les conclusions du département de psychiatrie de l'Hôpital P._____, ajoutant que son patient était connu de longue date pour une fragilité psychologique permettant l'émergence de somatisations et qu'il avait développé un nouvel épisode dépressif dans les suites de son accident du printemps 2013.

c) Pour sa part, le Centre d'Expertise Médicale D._____ a constaté que le tableau clinique, associant des plaintes somatiques multiples (céphalées, sensations vertigineuses mal systématisées, troubles de la mémoire et de la concentration et lombalgies) et une symptomatologie dépressive directement liée à la symptomatologie douloureuse et non objectivée à l'examen psychiatrique, évoquait en premier lieu un trouble somatoforme indifférencié existant depuis l'accident ; alors même que ce trouble n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère et qu'il n'existait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé et pas d'échec des traitements ambulatoires, l'assuré semblait s'être enfermé dans un rôle de handicapé, comportement qui était renforcé par l'attitude protectrice de son entourage (rapport d'expertise du 16 janvier 2015, p. 16 et 17).

d) A la suite de l'examen psychiatrique qu'il a réalisé à la demande du docteur O._____ et qui a donné lieu au rapport du 12 juillet 2017, le docteur U._____ a, après s'être entretenu à trois reprises avec le recourant, posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'anxiété généralisée, d'épisode dépressif moyen, d'autre modification durable de la personnalité, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques, de somatisation (probable) et de trouble dissociatif (de conversion) mixte (probable), D'après ce médecin, le recourant présentait un tableau psychiatrique complexe associant des troubles dans plusieurs registres ; le diagnostic d'état de stress post-traumatique permettait de rassembler dans un ensemble cohérent cette pathologie polymorphe, laquelle avait pour origine des traits de personnalité prédisposants.

e) A la demande de la Cour de céans, le docteur U._____ a complété son expertise à la lumière des derniers éléments médicaux versés au dossier. Dans son rapport du 25 avril 2018, l'expert a, après avoir revu le recourant à deux reprises, corrigé sa première appréciation et retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - d'autre trouble spécifique de la personnalité (personnalité psychotique),

de retard mental léger, d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif moyen, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de somatisation, de phobie spécifique (peur de la chute) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques. Il a notamment expliqué que l'approfondissement de l'examen avait permis de mettre en évidence l'existence d'une pathologie de la personnalité, trouble qui avait valeur de maladie et était responsable de l'incapacité totale de travail observée depuis l'accident. La gravité du trouble, présent de longue date comme une vulnérabilité personnelle importante mais non décompensée jusqu'à l'accident, expliquait l'impact majeur de l'accident sans qu'il y ait de conséquences physiques ou neurologiques objectivées. Si l'aspect post-traumatique existait et avait existé, le traumatisme n'était pas le seul responsable de la décompensation. Le trouble était peu accessible à des mesures thérapeutiques, le traitement étant adapté mais inévitablement insuffisant au vu de l'ancrage des troubles au plus profond de la personnalité. Le manque de ressources personnelles, le caractère fixé de la pathologie, la difficulté à traiter l'anxiété et les conséquences de la pathologie sur la famille rendaient le pronostic défavorable.

f) De l'ensemble des éléments rapportés ci-dessus, il ressort que le recourant présente un tableau clinique complexe sur le plan psychiatrique. Dans ce contexte, les avis rendus par la Clinique B. _____ et par le Centre d'Expertise Médicale D. _____ peinent à emporter la conviction, dès lors qu'ils ont été rendus à l'issue d'un seul entretien clinique et sans que les médecins concernés n'aient pris contact avec les médecins traitants du recourant. S'agissant de l'examen psychiatrique effectué par le Centre d'Expertise Médicale D. _____, on relèvera en particulier que les constatations cliniques sont relativement pauvres, que l'aspect diagnostique ne fait pas l'objet d'un examen circonstancié et que le rapport ne contient aucune explication sur les raisons pour lesquelles le raisonnement retenu par le département de psychiatrie de l'Hôpital P. _____ ne pouvait être suivi. En revanche, les conclusions auxquelles est parvenu le docteur U. _____ sont particulièrement convaincantes. En effet, celles-ci résultent d'une analyse complète de la situation, consécutive à six entretiens cliniques qui se sont espacés pendant un long

intervalle (du 21 juin 2017 au 11 avril 2018), et reposent sur une anamnèse complète dressée sur la base des déclarations du recourant, des renseignements issus de l'ensemble des documents versés à la procédure et d'une hétéroanamnèse. Contrairement à ce que soutient l'office intimé, ces conclusions ne sont nullement isolées, puisqu'elles viennent confirmer une hypothèse évoquée par le docteur O. _____ dans son rapport du 14 juillet 2017 (p. 10), selon laquelle le tableau clinique présenté par le recourant pouvait s'expliquer, si l'on était en présence d'une personnalité psychologique préexistante pathologique ou une surcharge psychogène consciente ou inconsciente manifeste.

g) Au surplus, il convient d'admettre que le trouble psychique dont souffre le recourant présente un caractère invalidant au sens de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (ATF 143 V 409 ; 143 V 418 ; 141 V 281). L'expertise du docteur U. _____ fournit des explications détaillées sur le caractère cohérent du tableau clinique, expliquant notamment que les différents syndromes présentés (somatique, anxieux et dépressif) devaient être compris et pouvaient s'inscrire dans l'évolution du trouble de la personnalité chez un assuré possédant des capacités de compréhension et d'adaptation limitées en raison de ses troubles cognitifs. Il a jugé, sur la base de l'ensemble des éléments recueillis que la situation parlait contre une simulation, soulignant en particulier que le recourant n'avait pas les moyens psychiques de se structurer sur un mode psychopathique manipulateur ou sur le mode d'un remaniement tout-puissant de la réalité. Le docteur U. _____ a également mis en évidence des capacités inhérentes à la personnalité qu'il fallait qualifier de manifestations restreintes (repli, régression, émoussement de l'affectivité, tendance aux activités solitaires, perte de plaisir, apathie, aboulie, pauvreté du discours, tendance à la confusion). Comme le mettait en évidence les différents témoignages recueillis, cela se reflétait par un mode de vie très restreint et une qualité de vie très réduite. L'expert a enfin précisé que le trouble psychique était peu accessible à des mesures thérapeutiques, précisant que le traitement actuel était adapté mais inévitablement insuffisant au vu de l'ancrage du trouble au plus profond de la personnalité.

8. Les divers avis émis par le SMR au cours de la procédure ne sont pas susceptibles de remettre en cause le bien-fondé des conclusions du docteur U._____.

a) La Cour de céans ne partage pas les critiques formulées dans son avis du 28 mai 2018 par le SMR à l'encontre de l'expertise du docteur U._____.

aa) En ce qui concerne le diagnostic principal d'« autres troubles spécifiques de la personnalité : personnalité psychotique », rien n'indique qu'il n'a pas été posé conformément aux règles de l'art. Tout en soulignant la difficulté à poser en l'espèce un diagnostic au vu du tableau complexe présenté par le recourant, l'expert a clairement décrit la démarche intellectuelle qu'il a suivie et les raisons qui ont fondé sa conclusion. Au reproche exprimé par le SMR selon lequel ce diagnostic ne reposerait pas sur les critères d'un système de classification reconnu, il convient de préciser que le CIM-10 ne définit pas nécessairement des critères précis pour l'ensemble des diagnostics mentionnés dans la classification. Tel est ainsi le cas pour les atteintes classées sous chiffre « F 60.8 ». Qui plus est, il n'y a pas lieu de remettre en cause le choix des examens mis en œuvre par l'expert. En effet, au regard de la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise – s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer –, le juge doit faire preuve de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée, ce d'autant qu'il convient de tenir compte des difficultés et des incertitudes propres à tout examen psychiatrique (cf. TF 9C_661/2009 du 29 septembre 2009 consid. 3.2 et 9C_447/2009 du 15 juillet 2009).

bb) En ce qui concerne le diagnostic de « retard mental léger », il convient de constater que celui-ci n'est pas nouveau. Dans son rapport du 25 mai 2013, la psychologue K._____ avait fait état de l'origine vraisemblablement neuro-développementale des troubles cognitifs présentés par le recourant. De même, la Clinique B._____, dans

son rapport d'évaluation du 3 juillet 2013, avait indiqué que le résultat de l'examen neuropsychologique devait être interprété avec prudence en raison de la présence de signes compatibles avec un trouble développemental. C'est par ailleurs à tort que le SMR se fonde sur le parcours scolaire et professionnel du recourant pour juger de ses capacités intellectuelles. Contrairement à ce que soutient celui-ci, le recourant n'a à aucun moment obtenu un certificat fédéral de capacité, mais s'est simplement vu remettre une attestation de formation élémentaire en qualité d'ouvrier de garage, titre qui constate tout au plus que le bénéficiaire a acquis « l'habileté et les connaissances nécessaires à l'utilisation de procédés simples de fabrication ou de travail » (cf. art. 49 al. 1 de la loi fédérale du 19 avril 1978 sur la formation professionnelle, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003).

cc) En tant que le SMR émet des doutes quant aux compétences du docteur U._____ pour se prononcer sur la problématique psychiatrique du recourant, motif pris que ce médecin ne maîtriserait pas suffisamment le domaine de l'assurance-invalidité, il y a lieu de préciser que le docteur U._____ a œuvré durant de nombreuses années en qualité de juge assesseur auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et qu'il a eu l'occasion durant ce laps de temps de se familiariser au plus près de la pratique avec les notions courantes du droit des assurances.

dd) En l'absence d'indice concret propre à susciter le doute quant au bien-fondé du raisonnement proposé par le docteur U._____, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. A l'évidence, cette requête a pour seul but de pouvoir disposer d'un avis plus conforme aux attentes et aux convictions que le SMR s'est forgé tout au long de la procédure.

b) Ainsi que cela ressort de la plupart des documents médicaux versés au dossier, il n'est pas contesté ni contestable qu'il existe une discordance entre les plaintes alléguées par le recourant et le comportement que celui-ci a pu démontrer à certains moments. Or, comme l'a mis en évidence le docteur U._____, cette discordance

s'expliquait par la pathologie psychiatrique, singulièrement par le besoin du recourant d'avancer des symptômes d'allure somatique afin de se raccrocher à une identité de malade. Selon ce médecin, le statut de malade somatique constituait une tentative de donner sens à des troubles plus profonds que le recourant n'était pas en mesure de saisir (cf. les explications de l'expert au sujet du diagnostic de « majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques »).

c) Il est vrai qu'un rapport d'observation ainsi que des vidéos d'observations réalisées entre le 30 octobre et le 29 novembre 2015 par un détective mandaté par I._____ Assurances SA montrent que le recourant était en mesure de se déplacer en voiture, de se rendre dans des lieux publics (bars, restaurants, commerces, casino de V._____) et des administrations (services sociaux, office des poursuites et des faillites) et de mener une vie sociale et amoureuse. Contrairement à ce que laisse sous-entendre le SMR, lesdites observations permettent tout au plus de démontrer l'existence d'une discordance entre les plaintes somatiques alléguées par le recourant et la réalité clinique (cf. supra consid. 8b). De telles observations n'ont toutefois que peu d'utilité lorsqu'il s'agit de démontrer l'existence ou non de problèmes de nature psychique (cf. TF 9C_342/2017 du 29 janvier 2018 consid. 5). Il ne faut pas oublier qu'une mesure d'observation ne documente que des périodes limitées de la vie de la personne surveillée et que, de ce fait, certaines limitations de son fonctionnement peuvent échapper à l'observation. Au surplus, la jurisprudence a précisé qu'un rapport de surveillance ne permettait pas, à lui seul, de juger l'état de santé et la capacité de travail d'une personne assurée ; il devait être renforcé par des données médicales (cf. ATF 137 I 327 consid. 7.1).

d) Pour finir, le SMR ne saurait rien tirer d'utile du rapport d'enquête établi le 24 février 2017 par le Centre social régional de Y._____ (CSR). La majeure partie des faits reprochés au recourant sont en effet antérieurs à l'accident dont il a été la victime. Les seuls faits qui relèvent de la période postérieure à l'accident concernent un dépassement du seuil de fortune de septembre 2015 à mai 2016 à la suite

de la découverte subséquente de comptes bancaires et postaux non déclarés par le recourant. Des investigations menées par le CSR, rien n'indique cependant que le recourant aurait exercé une activité lucrative - non déclarée - postérieurement à son accident de mars 2013.

9. Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'accident du 11 mars 2013 a décompensé un trouble de la personnalité présent de longue date, lequel est encore responsable à ce jour d'une incapacité de travail totale sur le marché ordinaire du travail.

10. Dans ses conclusions, l'expert a relevé que le recourant avait exprimé la volonté de retrouver une activité et, partant, suggéré d'examiner la pertinence d'une mesure d'ordre professionnel sous forme d'un stage d'évaluation en milieu adapté (activité simple et répétitive de type atelier protégé).

a) Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et pour autant que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital; art. 8 al. 3 let. b LAI; cf. également art. 15 à 18d LAI). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de travail, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TFA I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 et les références, in VSI 2002 p. 112).

b) En l'occurrence, le recourant souffre d'une atteinte à la santé qui entraîne une perte de gain importante et durable, de sorte que le droit à l'obtention d'une mesure de réadaptation – destinée à améliorer sa capacité de gain – lui est théoriquement ouvert. Compte tenu de la volonté exprimée par le recourant et des propositions faites par le docteur U._____ en lien avec l'exercice d'une activité professionnelle en milieu adapté, il convient de transmettre le dossier à l'office intimé pour qu'il examine concrètement le droit éventuel du recourant à des mesures d'ordre professionnel, puis dans un second temps le droit à une rente d'invalidité, avant de rendre une nouvelle décision.

11. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office AI pour complément d'instruction dans le 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 1'000 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer équitablement à 4'000 fr., montant qui couvre l'indemnité d'office à laquelle pourrait prétendre le conseil du recourant au titre de l'assistance judiciaire.

**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 4 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 1'000 fr. (mille francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens, fixée à 4'000 fr. (quatre mille francs).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jacques Micheli, avocat (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :