

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Silva, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; 17 et 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966 en Serbie, où il a effectué une formation de mécanicien automobile, est arrivé en Suisse en 1987. Il a présenté une totale incapacité de travail dans son emploi de chauffeur-livreur à partir du 19 juillet 2010 en raison de douleurs au dos et aux cervicales, qui l'ont amené à déposer une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 octobre 2010. Son contrat de travail a été résilié pour le 31 décembre 2010.

Dans un rapport médical du 15 novembre 2010, le Dr H._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a constaté que l'assuré présentait un syndrome cervicovertébral chronique sévère sur troubles dégénératifs étagés ainsi que plusieurs hernies discales cervicales. Selon l'avis médical du 25 janvier 2011 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et le certificat médical du 12 février 2011 du Dr H._____, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité où il ne devait pas porter de charges supérieures à 5 kg, où il pouvait alterner les positions assise et debout, et où il ne devait pas faire d'effort avec les bras au-dessus de l'horizontale.

Le 20 décembre 2011, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité.

Le 30 janvier 2012, l'assuré s'est opposé à ce projet, produisant des certificats médicaux du Dr H._____ de janvier et février 2012, selon lesquels il ne pouvait qu'exercer un travail léger sur une demi-journée maximum, sans effort avec la nuque et le bras droit.

Dans un rapport médical du 11 février 2012, le Dr H._____ indiquait que l'assuré était également suivi pour un état dépressif par le Dr X._____, psychiatre et psychothérapeute, qui avait introduit un traitement médicamenteux par Trittico. Cet état dépressif entretenait et

amplifiait les douleurs chroniques. Une éventuelle décompensation du point de vue psychique entraînerait une incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée avec impossibilité de réinsérer le patient dans le marché du travail.

Dans un rapport médical complémentaire du 23 mai 2012, le Dr H._____ évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50 %, même si celui-ci ne s'estimait pas capable de travailler en raison de ses douleurs et de sa tristesse. Le Dr H._____ précisait que l'assuré était suivi pour une dépression ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux et évoquait la possibilité d'effectuer une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Dans un courrier du 4 juin 2012, le Dr X._____ a indiqué n'avoir rencontré l'assuré qu'une seule fois, le 16 décembre 2011, avant de l'orienter à la consultation de l'association Y._____ en raison de son peu de connaissances de la langue française.

Selon un courrier de la psychologue M._____ du 26 septembre 2012, l'assuré a été suivi à la consultation psychothérapeutique Y._____ depuis le 5 mars 2012 à raison de deux fois par mois. Il s'était montré peu collaborant en entretien, répondant de manière évasive aux questions et souhaitait mettre fin au suivi. Son état de santé s'était légèrement amélioré et il devait bientôt être en état de reprendre une activité professionnelle.

Par décision du 2 octobre 2012, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que celui-ci bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Procédant au calcul de son revenu d'invalidité sur la base des données statistiques et en appliquant un taux d'abattement de 10 %, l'OAI arrivait à la conclusion que le degré d'invalidité de l'assuré ne s'élevait qu'à 4,06 %.

Le 11 juin 2013, différents documents médicaux ont été transmis à l'OAI. Selon un rapport médical du 2 décembre 2011 de la Dresse F._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, l'assuré

présentait un syndrome métabolique avec dyslipidémie, surcharge pondérale et dysglycémie, ainsi que des lombalgies. L'IRM lombaire, effectuée le 6 novembre 2012 suite à une récurrence de lombosciatalgies gauches, était dans les limites de la norme, sans lésion pouvant expliquer la symptomatologie du patient.

B. Par courriers des 3 décembre 2013 et 18 janvier 2014, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé. Il a produit notamment un certificat médical du Dr H._____ du 8 janvier 2014, indiquant qu'il était en totale incapacité de travail du 1^{er} janvier 2014 au 28 février 2014, et un certificat médical du Dr W._____, médecin praticien, confirmant que son état de santé était en voie d'aggravation.

L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité le 23 juin 2014, invoquant souffrir d'une affection psycho-physique.

Suite à un malaise avec perte de connaissance de trois minutes, l'assuré a été examiné au service des urgences du Centre hospitalier N._____ le 3 juillet 2014.

Dans un rapport médical du 20 août 2014, le Dr H._____ posait comme diagnostics un syndrome cervicovertébral chronique sur troubles dégénératifs étagés, un syndrome myofascial avec trigger points chroniques ainsi qu'un état dépressif chronique. Il n'y avait eu aucune amélioration des douleurs chroniques et de l'état psychique malgré les traitements. Le Dr H._____ estimait que l'incapacité de travail était totale, dans toute activité, et qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable ; il évoquait une éventuelle activité d'une demi-journée dans laquelle l'assuré pourrait alterner les positions.

Selon un rapport médical du 19 janvier 2015 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré présentait une schizophrénie indifférenciée (F20.3) depuis plusieurs années et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) depuis 1998, ayant des

effets sur sa capacité de travail. Le Dr R. _____ mentionnait comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail des lombalgies et une hernie discale. Il notait ce qui suit :

« Il faut d'abord préciser qu'il a été très difficile de faire l'anamnèse en raison de la pauvreté du discours du patient, et ceci malgré la présence du traducteur. Cette difficulté avait aussi été rencontrée par les psychiatres et psychologues précédents.

M. P. _____, né en Serbie, a rejoint son père en Suisse à l'âge de 21 ans. Chauffeur-livreur il ne travaille plus depuis quatre ans. Les relations de travail semblent avoir été mauvaises depuis longtemps déjà et le patient signale quelques bagarres avec ses collègues. A noter que le patient ne sait que quelques mots de français.

Marié, il a deux enfants, âgés actuellement de 18 et 16 ans. La naissance de cette dernière (une fille) semble avoir joué un rôle important dans la dégradation de la santé psychique de M. P. _____. Celle-ci est en effet née avec une malformation congénitale (absence de main gauche), ce qui a profondément affecté le patient, d'autant plus que le handicap est perçu en Serbie différemment de chez nous. Depuis lors, M. P. _____ s'est passablement refermé sur lui-même et sa famille s'est passablement isolée, avec un sentiment de honte.

Il y a quatre ans, M. P. _____ a interrompu son travail, suite dit-il à des lombalgies + douleurs à la nuque (une hernie discale cervicale a été mise en évidence par le Dr H. _____), couplées de la survenue de difficultés conjugales (séparation temporaire du couple qu'il est difficile de dater). Il est toutefois probable que les raisons véritables soient autres (cf. constat médical).

Le patient a consulté la Consultation Psychothérapeutique Y. _____ en 2012. Mis sous Seroquel, il restait cependant la plupart du temps mutique, se levant fréquemment et demandant si l'entretien est bientôt terminé. Il demande lui-même l'interruption du traitement en septembre de la même année. Il consulte alors Mme L. _____, psychologue d'origine serbe travaillant au cabinet du Dr S. _____, et parlant donc sa langue. Il montre cependant la même attitude et Mme L. _____ rapidement me le réfère dans l'espoir que je parvienne davantage à établir une relation avec lui.

M. P. _____ a énormément de peine à rester assis et [à] participer à la conversation. Il se lève au bout de dix minutes, marche, sort du cabinet de consultation, revien[t] et ne di[t] que quelques mots (malgré la présence d'un interprète et le fait que je parle un peu sa langue). Il n'exprime pas vraiment de plaintes. Par ailleurs, il ne parvient jamais à se souvenir ce qui s'est passé au cours de la séance précédente. Il ne se souvient d'ailleurs même pas de ce qu'il a fait le jour précédent ou de ce qu'il a mangé. Il vit très seul et n'a pratiquement pas de conversation avec les membres de sa famille, et ceci depuis au moins quatre ans. A noter que lors des vacances d'été 2013 (en Serbie), il est parti un matin, reprenant le bus pour la Suisse, sans même avertir son épouse et ses enfants.

Nous pouvons observer des interruptions et des altérations du cours de la pensée, une pauvreté du discours, une apathie, un émoussement affectif, un retrait social, une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité. Nous n'avons pu confirmer ou infirmer la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations. Cependant, s'il y a très certainement eu à l'origine une composante dépressive dominante, nous sommes convaincus aujourd'hui que le patient présente (aussi) une schizophrénie. »

Selon le Dr R. _____, l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans son activité habituelle depuis quatre ans. S'agissant des limitations fonctionnelles, il avait des difficultés relationnelles, n'ayant pratiquement aucune relation ni conversation, y compris avec son entourage ; il présentait des bizarreries du comportement (allers et venues incessants), un apragmatisme, des difficultés liées aux tâches administratives et à maintenir un rythme diurne/nocturne. Ses capacités d'orientation dans le temps, de concentration, de compréhension étaient limitées, de même que ses capacités mnésiques. Ses capacités d'organisation et d'adaptation ne pouvaient être jugées en raison de l'absence d'activité et de changement dans sa vie. La reprise d'une activité professionnelle n'était pas possible.

Le 20 janvier 2015, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations pour moyens auxiliaires en vue d'obtenir un appareil acoustique.

Un rapport médical du 18 février 2015 du Dr A. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, déterminait la perte auditive selon l'audiogramme tonal à 74,7 % à droite et 76,1 % à gauche et selon l'audiogramme vocal à 80 % à droite et 83,3 % à gauche. Il s'agissait d'une surdité en U de type familial, éventuellement congénitale, empêchant certainement un bon apprentissage de la langue française.

Dans un avis médical du 20 mars 2015, le SMR a pris position comme suit :

« Du fait d'un accident domestique, l'assuré a été observé durant la journée du 3 juillet 2014 aux urgences du N. _____. Aucune maladie psychiatrique n'est annoncée par l'assuré ou ses proches et aucun trouble du comportement, du langage et/ou des idées ne sont rapportés après une journée d'observation (IN RM du 20 août 2014).

Le RM [rapport médical] du 19 janvier 2015 du Dr R. _____ évoque une schizophrénie indifférenciée existant depuis plusieurs années, diagnostic qui aurait échappé au médecin de famille de l'assuré et qui n'a pas été évoqué par les médecins du N. _____ 6 mois plus tôt. Le Dr R. _____ décrit un assuré qui a du mal à participer à la conversation, et des difficultés à établir une relation. Il n'y a pas de troubles du comportement, ni d'hospitalisation en milieu psychiatrique à notre connaissance.

Par contre l'assuré souffre d'une surdité bilatérale avec perte de l'audition de 75 % des deux côtés dans les fréquences vocales, surdité en cours d'appareillage.

Ce dossier a été discuté avec le psychiatre SMR [...] qui estime qu'il n'y a pas d'éléments suffisant[s] pour retenir une aggravation durable de l'état de santé psychique[...] de l'assuré et pas d'élément suffisant pour retenir ou même rendre plausible un diagnostic chez un assuré sourd et non appareillé.

La capacité de travail est donc inchangée depuis la dernière décision AI. »

Invité par l'OAI à indiquer depuis quand l'assuré aurait eu besoin d'un appareillage acoustique, le Dr A. _____ a précisé ce qui suit dans un courrier du 24 mars 2015 :

« J'ai repris l'anamnèse de M. P. _____ qui dit, effectivement, qu'il lui semblait qu'il entendait mal depuis assez longtemps et ceci doit durer depuis plusieurs années. Il ne s'en est jamais trop formalisé dans son pays d'origine. Il est très possible que celle-ci remonte même à l'enfance. M. P. _____ admet avoir souvent une gêne sociale. Je ne peux donc répondre de manière précise à votre question, si ce n'est que cette surdité est certainement ancienne. »

Par projet de décision du 7 avril 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter la nouvelle demande de prestations qu'il avait déposée tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente.

L'assuré a, par l'intermédiaire de son mandataire, déposé ses objections au projet de décision de l'OAI le 2 mai [recte : juin] 2015. Il a fait valoir une aggravation durable de son état de santé et un changement de sa capacité de travail depuis la dernière décision de l'OAI, se basant notamment sur des courriers des Drs R. _____ et W. _____ de mai 2015, confirmant qu'il présentait une schizophrénie indifférenciée et un trouble dépressif récurrent durables qui rendaient sa capacité de travail nulle.

Dans un avis médical du 17 juin 2015, le SMR a maintenu qu'il ne voyait pas d'aggravation durable de l'état de santé psychique de l'assuré, précisant que le barrage à la communication verbale était expliqué par la surdité bilatérale de l'assuré et que la dépression était connue de longue date, celle-ci étant déjà mentionnée dans le rapport médical du Dr H. _____ du 11 février 2012.

Par projet de décision du 17 juin 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait rejeter sa demande de contribution pour appareillage acoustique, au motif qu'il ne remplissait pas les conditions d'assurance, cette invalidité étant survenue avant son arrivée en Suisse.

Par courrier du 25 juin 2015, l'assuré a contesté ce projet de décision, invoquant que sa surdité remontait à 3-5 ans en arrière et non à sa naissance.

Par décision du 31 août 2015, l'OAI a confirmé son refus de contribuer à l'appareillage acoustique, du fait qu'il était fort possible que la nécessité de recourir à un tel appareillage se soit manifestée durant l'enfance, période à laquelle l'assuré vivait encore dans son pays d'origine. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

Par décision du 5 octobre 2016, l'OAI a refusé la nouvelle demande de prestations de l'assuré au motif qu'aucun élément suffisant ne permettait de retenir une aggravation durable de son état de santé et que sa capacité de travail était inchangée depuis la décision du 2 octobre 2012.

C. P. _____ a recouru contre cette décision le 9 novembre 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Il a invoqué qu'un trouble psychotique était compliqué à détecter, d'autant plus lorsque l'évaluation médicale était rendue complexe en raison d'une surdité, ce qui expliquait pourquoi les médecins

qui l'avaient pris en charge aux urgences n'avaient pas focalisé leur attention sur une atteinte psychiatrique, ceux-ci s'étant concentrés sur la cause de son malaise avec perte de connaissance et étant d'ailleurs partis du principe qu'il avait un trouble psychiatrique puisqu'il était sous traitement de Seroquel. Il mentionnait que le Dr H._____, qui l'avait principalement suivi pour ses problèmes cervicaux, avait également évoqué une dépression et un éventuel trouble douloureux dans son rapport du 23 mai 2012, et suggéré une expertise rhumatologique et psychiatrique. Il concluait qu'il présentait des atteintes sensorielle et psychiatrique qui constituaient des éléments médicaux nouveaux.

Le recourant a produit un rapport médical du Dr R._____ du 8 novembre 2016, lequel maintenait le diagnostic de schizophrénie indifférenciée et d'état dépressif récurrent malgré la surdité partielle bilatérale découverte entre-temps, celle-ci ne pouvant expliquer à elle seule l'ensemble des symptômes présentés par l'assuré. La découverte si tardive de cette surdité, de même que le fait que le patient n'ait pas encore procédé à un appareillage s'expliquait très probablement, outre des raisons financières, par le « bénéfice » qu'il retirait de sa surdité, soit un retrait du monde presque total. La symptomatologie exposée dans le rapport du 15 [recte : 19] janvier 2015 était toujours présente et les limitations fonctionnelles étaient les mêmes. Le Dr R._____ précisait en outre : « Le diagnostic et le traitement de M. P._____ se sont toujours révélés très difficiles à déterminer. Plusieurs thérapeutes ont montré à ce propos beaucoup d'hésitation (Y._____, cabinet du Dr S._____). Il n'est dans ce contexte pas surprenant que le Dr H._____ n'ait pu le déterminer. Le passage le 3 juillet 2014 au Service des Urgences dans des circonstances très particulières (chute et perte de connaissance) n'était pas du tout propice à la pose d'un diagnostic si difficile. »

Dans ses déterminations du 19 décembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il estimait que l'invalidité de l'assuré ne s'était pas modifiée de façon significative depuis la décision d'octobre 2012, relevant notamment que le Dr R._____ retenait une incapacité de travail déjà présente avant cette décision, ce qui démontrait l'absence

d'évolution. L'assuré avait en outre bénéficié de quelques consultations sur le plan psychique à cette époque déjà et son suivi avait pris fin en septembre 2012 suite à l'amélioration de son état.

Le recourant a répliqué le 5 janvier 2016 que sa situation de santé continuait à empirer.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-invalidité, à savoir le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 23 juin 2014.

3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la maintenir ; les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18c LAI (art. 8 al. 3 let. b LAI).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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.

b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

c) En l'occurrence, il s'agit de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision de l'OAI du 2 octobre 2012.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, il faut tout d'abord relever que sur le plan somatique, aucune aggravation n'est alléguée ni constatée s'agissant des atteintes cervicales. Dans son rapport médical du 20 août 2014, le Dr H._____ confirme la persistance d'un syndrome cervicovertébral chronique sur troubles dégénératifs étagés et mentionne également un syndrome myofascial avec trigger points chroniques. Les limitations fonctionnelles qu'il retient, de même que la capacité de travail sur une demi-journée qu'il évoque, sont similaires à celles figurant dans ses rapports des 12 février 2011 et du 11 janvier 2012, antérieurs à la décision du 2 octobre 2012.

Il ressort du rapport de l'IRM lombaire effectuée le 6 novembre 2012 que l'assuré a également présenté des lombosciatalgies récidivantes. Dans son rapport médical du 2 décembre 2011, la Dresse F._____ évoquait déjà la présence de lombalgies. Rien n'indique toutefois que cette atteinte ou que ses effets se soient aggravés depuis la décision du 2 octobre 2012. L'IRM était en effet dans les limites de la norme, sans lésion expliquant la symptomatologie, et le Dr H._____ ne fait pas mention de cette atteinte dans ses rapports médicaux. Enfin, le Dr R._____ mentionne des lombalgies, mais estime qu'elles ne sont pas incapacitantes (rapport médical du 19 janvier 2015).

b) Début 2015, l'assuré a fait valoir qu'il présentait une surdité bilatérale et a requis de l'OAI la prise en charge d'un appareillage acoustique à titre de moyens auxiliaires. Selon le Dr A._____, cette atteinte était ancienne, datait peut-être même de l'enfance, mais l'assuré

ne s'en était jamais trop formalisé dans son pays d'origine. Le recourant invoquait au contraire, dans son courrier du 25 juin 2015, que sa surdité était présente depuis trois à cinq ans.

aa) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 (qui ne concerne pas le cas d'espèce), aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix années de résidence ininterrompue en Suisse (cf. ATF 126 V 5 consid. 1a). Les conditions d'assurance mentionnées à l'art. 6 al. 2 LAI peuvent être assouplies en faveur de certains ressortissants étrangers, notamment par le biais de conventions bilatérales. En l'occurrence, la Convention entre la Confédération suisse et l'(ancienne) République Populaire Fédérative de Yougoslavie relative aux assurances sociales conclue le 8 juin 1962 (RS 0.831.109.818.1), qui continue à s'appliquer dans les relations avec la Serbie (ATF 139 V 263 consid. 3 et 5.4), ne contient toutefois pas de dispositions qui permettraient au recourant de faire valoir des prétentions plus larges que celles résultant de l'application du seul droit suisse.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 36 al. 1 LAI énonce qu'a droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisation. Précédemment, soit jusqu'au 31 décembre 2007, l'ancien art. 36 al. 1 LAI portait à un an la durée minimale de cotisation.

Il convient ici de bien distinguer l'art. 6 al. 2 LAI, disposition qui fixe les conditions supplémentaires auxquelles doivent répondre les ressortissants étrangers pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, de l'art. 36 al. 1 LAI, disposition qui fixe une condition spécifique pour l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Ainsi, l'assuré doit en tout état de cause pouvoir se prévaloir de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité s'il entend

prétendre à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (cf. TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment ne dépend ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise (ATF 126 V 5 consid. 2b).

bb) Dans le cadre de la demande de moyens auxiliaires déposée par le recourant, l'OAI a considéré, sur la base des rapports médicaux du Dr A._____, que la surdité de l'assuré s'était manifestée alors qu'il se trouvait encore dans son pays d'origine, si bien qu'il ne remplissait pas les conditions minimales de cotisations pour pouvoir prétendre aux prestations de l'assurance-invalidité suisse. La décision du 31 août 2015 étant entrée en force et n'ayant pas été contestée par le recourant, le Tribunal ne peut pas revenir sur l'appréciation de l'OAI. En effet, si l'art. 53 al. 2 LPGA permet à l'assureur de revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 ; 119 V 475 consid. 1b/cc ; 117 V 8 consid. 2a). Or, pour examiner la question de la surdité du recourant et de son caractère invalidant dans le cadre de la présente procédure, il faudrait tout d'abord déterminer si cette atteinte est couverte par l'assurance-invalidité suisse, ce qui reviendrait à juger une question sur laquelle l'OAI s'est déjà prononcé dans une décision entrée en force et qu'il serait forcé, le cas échéant, de reconsidérer.

On peut au demeurant relever que la surdité du recourant ne l'a pas empêché de régulièrement travailler depuis son arrivée en Suisse en 1987 jusqu'en 2010, comme cela ressort de son compte individuel auprès de la caisse de compensation.

c) Sur le plan psychique, il convient d'admettre que le trouble dépressif dont souffre le recourant existait déjà à l'époque de la première décision. Ce diagnostic a en effet été posé par le Dr H. _____ dans son rapport médical du 11 février 2012, puis confirmé par le Dr R. _____, qui date son apparition de 1998. Dans ses rapports, celui-ci classe certes ce trouble dans les diagnostics incapacitants mais n'évoque pas d'aggravation depuis la dernière décision ; il qualifie l'épisode actuel de moyen sans se prononcer sur l'effet intrinsèque de ce trouble sur la capacité de travail et ne mentionne pas la survenance d'épisodes sévères depuis la dernière décision.

S'agissant du diagnostic de schizophrénie indifférenciée, le Dr R. _____ date de plusieurs années l'apparition de ce trouble sans pouvoir être plus précis, ce qui s'explique par les difficultés à procéder à l'anamnèse et le fait qu'il n'est consulté que depuis octobre 2013. Le SMR quant à lui considère que les éléments sont insuffisants pour retenir ce diagnostic. Il s'étonne notamment de ce que le Dr H. _____, respectivement les médecins du N. _____ ayant pris en charge le recourant lors du traitement ambulatoire du 3 juillet 2014, n'aient rien observé. Outre que cette dernière prise en charge l'était pour des motifs somatiques, avec pour corollaire que les médecins ne vont pas nécessairement investiguer l'état psychique, la clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées chez les schizophrènes (cf. CIM-10, F20), ce qui peut expliquer qu'une telle atteinte soit passée inaperçue du Dr H. _____ et des médecins du N. _____, sans compter que les consultations pourraient avoir eu lieu dans une éventuelle phase de rémission. Les explications fournies par le Dr R. _____ dans son rapport médical du 8 novembre 2016 quant à la difficulté de poser un tel diagnostic chez le recourant apparaissent par ailleurs convaincantes. Le SMR n'indique en outre pas quels éléments feraient défaut pour exclure le diagnostic. Selon lui, la surdité expliquerait le « barrage à la communication verbale » mais cette affirmation n'a pas été vérifiée, faute d'appareillage. Par ailleurs, le Dr R. _____ considère que la surdité ne saurait expliquer à elle seule l'ensemble des symptômes

présentés par le patient. Il évoque également qu'au lieu d'exclure le diagnostic de schizophrénie indifférenciée, cette surdité profiterait en quelque sorte au recourant dans le cadre de ses troubles psychiques, dans la mesure où elle favorise un retrait du monde presque total. Il n'y a certes pas eu d'hospitalisation psychiatrique mais le recourant est sous traitement thérapeutique et médicamenteux, auparavant par Seroquel et actuellement à base d'Abilify, à savoir des neuroleptiques pour le traitement des schizophrénies et troubles bipolaires. Le SMR relève encore l'absence de troubles du comportement, ce qui n'apparaît toutefois pas décisif puisque le Dr R._____, dans ses réponses du 20 mai 2015, confirme le diagnostic de schizophrénie indifférenciée et de trouble dépressif récurrent tout en précisant que l'assuré ne présente pas de troubles du comportement. Au vu de ce qui précède, l'avis du SMR ne l'emporte nullement sur celui du Dr R._____ et ne permet pas d'écarter totalement le diagnostic de schizophrénie indifférenciée posé par ce dernier. Il existe ainsi une incertitude sur la nature exacte des troubles présentés actuellement par le recourant et leur influence sur sa capacité de travail.

6. 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 (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit

procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'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).

b) En l'occurrence, l'instruction s'avère lacunaire dans la mesure où les faits médicaux pertinents n'ont pas été établis de manière convaincante. Plus particulièrement une expertise psychiatrique est nécessaire en vue de déterminer la nature des atteintes à la santé du recourant et leurs effets sur sa capacité de travail. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant, au regard de l'art. 17 LPGA.

7. 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 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. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Par ailleurs, il ne se justifie pas d'allouer des dépens, puisque le recourant n'a pas agi avec l'assistance d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 5 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. P. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :