

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juillet 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Emilie Rodriguez, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 44 LPGA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], titulaire d'une maturité professionnelle, a notamment travaillé comme collaborateur de l'Office des poursuites et faillites de [...] à 100 % de mars à fin août 2019. Il a déposé, le 25 janvier 2021, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de migraines permanentes et de troubles de l'équilibre sporadique depuis le 13 septembre 2019, occasionnant depuis lors une incapacité de travail à 80 % jusqu'au 5 janvier 2020, à 100% du 6 au 17 janvier 2020, puis à 80 % dès le 18 janvier 2020.

Dans un rapport à l'OAI du 15 février 2021, le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de céphalées chroniques depuis mai 2019, occasionnant des incapacités de travail variant entre 50 % et 100 % à compter du 27 mai 2019 et des difficultés de concentration. Il a estimé que la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité adaptée était de 20 % depuis le 18 janvier 2020. Sous la rubrique anamnèse, le Dr W. _____ a exposé ce qui suit :

« Patient connu pour une rhinite et asthme chroniques à nette composante allergique (squames de chat) avec exacerbation saisonnière modérée (allergie aux pollens d'arbres et graminées-céréales) qui avait bénéficié d'une cure de désensibilisation entre 2007 et 2011. Le premier épisode apparu comme simple état grippal a été suivi par des céphalées et des malaises qui ont persisté depuis lors. Les sinusalgies en ont imposé pour une intervention ORL (correction de la paroi nasale), mais elle n'a pas obtenu le bénéfice escompté. Les bilans successifs n'ont pas été conclusifs. Neurologie, Antalgie ».

Le Dr W. _____ a en outre indiqué que le but actuel de la demande était une « prise en charge par une expertise ». Il a joint à son envoi le dossier médical de l'assuré, qui comprend notamment les éléments suivants :

- un rapport du 29 août 2019 du Dr S._____, spécialiste en neurologie, indiquant que l'assuré présentait une céphalée persistante à la suite d'une probable sinusite, que l'examen neurologique était normal et que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale qu'il avait demandée compte tenu de la mauvaise évolution montrait une légère inflammation du sinus sphénoïdal et de quelques cellules ethmoïdales à gauche et précisant qu'il existait également un comblement de cellules mastoïdiennes à droite. Il a préconisé de demander un avis à un spécialiste ORL.

- un rapport du 6 novembre 2019 du Dr X._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, dont il ressort, d'une part, que l'assuré présente une déviation septale carabinée avec obstruction totale de la narine droite qui nécessiterait d'être corrigée mais qui n'améliorerait sûrement pas les céphalées ; d'autre part, le Dr X._____ a indiqué qu'il obtenait d'assez bon succès sur les maux de tête avec des petites doses d'Amitriptyline à raison de 10mg ;

- un rapport du 15 janvier 2021 du Dr T._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin associé du département d'anesthésie et centre d'Antalgie de l'Hôpital de [...], dont il ressort que l'assuré souffrait de céphalées occipito-pariéto-frontales bilatérales survenues brusquement le 15 juin 2019, dont les symptômes étaient aggravés par la marche, le froid et les efforts de concentration, sans facteur apaisant à proprement parler et précisant que les investigations détaillées - neurologiques, ORL et radiologiques - n'avaient jamais pu démontrer une cause à ces symptômes. Selon le Dr T._____, il était toujours possible qu'une cause organique ait échappé aux médecins (fibromyalgie), mais il ne pouvait s'empêcher de penser que les facteurs psychologiques et psychosociaux jouaient un rôle déterminant. Sans entrer dans les détails de l'anamnèse sociale, ce praticien a relevé que l'assuré n'avait plus aucun contact avec ses parents, sa mère étant affectée d'un désordre psychotique ou d'un trouble de la personnalité majeur, le père ayant disparu, installé probablement en Afrique du Nord. Le Dr T._____ a encore indiqué n'avoir aucune proposition thérapeutique qui vaille d'être mentionnée.

Le 10 mars 2021, la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a transmis son rapport à l'OAI, dont il ressort qu'elle suit l'assuré depuis le 25 novembre 2019, pour un suivi psychothérapeutique hebdomadaire. Elle a posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation réaction anxieuse et dépressive (F43.22) en novembre 2019, précisant toutefois que la pathologie psychiatrique n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Elle a notamment relevé que le patient avait entamé un processus psychothérapeutique en lien avec son histoire personnelle, une approche en psychotraumatologie étant appropriée au vu de la situation de traumatisme complexe que l'intéressé avait rapportée. Elle a également indiqué que l'assuré relatait des maux de tête, une baisse de la concentration et une perte de l'équilibre survenus de manière brutale à la suite d'une infection ORL en mai 2019. Elle a précisé que ces symptômes ne réagissaient pas à un état émotionnel ou à des résurgences en lien avec son histoire, de sorte qu'un processus dissociatif ou de conversion était peu probable. Selon cette praticienne, une psychosomatisation était peu vraisemblable. En outre, les activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, une grande autonomie, de la précision, du stress, de la rapidité, une adaptation permanente ou impliquant les tâches complètes pouvaient être préteritées par les maux de tête, les pertes d'équilibre et la peine à se concentrer. Elle a pour le surplus relevé ceci :

« D'un point de vue psychiatrique, les symptômes rapportés sont principalement des troubles du sommeil avec un risque d'inversion du rythme nycthémeral, une fatigue et la peine à se concentrer en lien avec les maux de tête. Il décrivait une souffrance émotionnelle en lien avec son histoire familiale.

Le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction anxieuse et dépressive a été retenu. La baisse de l'humeur et l'anxiété du début de la thérapie ont été mis en lien avec l'histoire de traumatisme et de négligences que le patient a vécu. Face à ces traumatismes à répétitions (traumatisme complexe), un suivi psychothérapeutique a été proposé avec une approche dans l'axe systématique, une approche en psychotraumatologie basée sur les compétences et une approche en EMDR. Le suivi a été proposé à une fréquence hebdomadaire. Le patient a été preneur du suivi et a fait un grand travail sur lui-même. Actuellement, ce suivi reste en cours.

Le patient dit se sentir mieux avec lui-même, plus apaisé, il peut mieux anticiper les choses administratives à faire, être plus attentif à son alimentation (il rapporte une perte de 5 Kg). Il rapporte mettre plus facilement des limites aux personnes de son entourage et ose donner son avis lors de discussion.

Le nom « [...]» lui est venu en cours de processus psychothérapique et après s'être fait appeler ainsi par ses proches depuis l'automne 2020, il a décidé de faire une demande officielle de changement de prénom depuis le mois de février 2021.

[...]

En psychothérapie, un protocole de confrontation à la douleur en EMDR [ndlr : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*] a été proposé sans améliorer les symptômes. Ce protocole m'a fait prendre conscience que le patient a mal en permanence avec des douleurs dans la tête qui oscillent entre 4 et 8/10. Pour oublier cela, il se distrait par les jeux vidéo, jouer avec son chat ou écouter de la musique. Le plus difficile est de pouvoir rester concentré et de supporter les maux de tête ».

Le 4 mai 2021, l'OAI, faisant suite aux conclusions de la permanence de son Service médical régional (ci-après : SMR) du même jour, a demandé au Dr S. _____ un nouveau rapport concernant l'assuré. Ce dernier a toutefois fait savoir qu'il avait remis son cabinet en décembre 2020, de sorte qu'il ne pouvait pas répondre au questionnaire.

Dans un rapport à l'OAI du 12 mai 2021, le Dr X. _____ a posé le diagnostic, sur le plan ORL, de rhinite allergique sévère n'ayant jamais nécessité d'arrêt de travail. Il n'a relevé, sur ce plan, aucune limitation fonctionnelle et a estimé que la capacité de travail était entière dans toute activité, sous réserve d'une incapacité totale de travail entre le 6 et le 17 janvier 2020 à la suite d'une intervention chirurgicale sous la forme d'une septoplastie.

Dans un avis du 9 juin 2021, le Dr F. _____ du SMR, a notamment relevé que l'assuré était autonome dans les activités de la vie quotidienne, relevant qu'il appréciait notamment les jeux vidéo, auxquels il s'adonnait régulièrement et qu'il avait une intelligence globale supérieure à très supérieure à la norme. Il a conclu que les renseignements médicaux ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé

invalidante au sens de l'assurance-invalidité et qu'aucun élément objectif n'indiquait que la capacité de travail de l'assuré soit limitée.

Par projet de décision du 11 juin 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à des mesures professionnelles, au motif qu'il ne présentait pas une atteinte à la santé ayant une répercussion sur la capacité de travail au sens de l'assurance-invalidité.

Par lettre du 28 juin 2021 adressée à l'OAI, le Dr W. _____ a constaté que le projet de décision du 11 juin 2021 ne tenait pas compte de sa demande de mise en œuvre d'une expertise. Il a dès lors demandé à l'office de statuer sur sa demande ou, en cas de refus, de lui expliquer comment procéder pour obtenir une telle expertise.

Par courrier du 6 juillet 2021, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI. Il a en substance fait valoir que son état de santé, en particulier ses maux de tête et ses vertiges, ne lui permettait pas de travailler à plus de 20 % et a indiqué poursuivre les investigations sur le plan médical.

Par décision du 10 septembre 2021, l'OAI a confirmé son projet et nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a en substance considéré que selon les renseignements médicaux en sa possession, l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

Par courrier du même jour, l'OAI a indiqué au Dr W. _____ que le SMR considérait que l'instruction du dossier de l'assuré était exhaustive et les renseignements médicaux suffisants pour prendre position, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place une expertise. Il a renvoyé l'intéressé à s'adresser à un expert indépendant ou à un centre d'expertise pour la mise en œuvre d'une expertise privée.

B. Par acte du 12 octobre 2021, G._____ (ci-après : le recourant) a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise et/ou à l'octroi de mesures professionnelles. Il a ajouté qu'il se réservait le droit de produire des documents concernant les examens en cours effectués auprès de la Dre [...], neurologue.

En date du 6 décembre 2021, le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par décision du 7 décembre 2021, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 décembre 2021, dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires et des avances, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Emilie Rodriguez.

Dans sa réponse du 14 décembre 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse, renvoyant à son argumentation précédente.

Par réplique du 23 février 2022, le recourant, désormais représenté par Me Emilie Rodriguez, a confirmé ses conclusions. Il a en outre produit un courrier du Dr W._____, dont la teneur est la suivante :

« Le diagnostic retenu jusqu'ici est celui de Céphalées chroniques d'origine non déterminée Troubles de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive.

Les limitations fonctionnelles sont d'abord une fatigue, ensuite une difficulté de concentration. Cela diminue fortement le rendement au travail. Il y a parfois des pertes d'équilibre invalidantes et rendant les déplacements souvent trop difficiles.

La capacité de travail actuelle est au mieux de 20% de rendement. Le problème resterait de prédire quels sont les jours de semaine les plus adéquats pour être un jour sans trop de maux de tête pour

pouvoir être au travail. Cette incertitude rend le retour au travail impossible pour le moment.

La question des causes reste difficile à déterminer : neurologue, ORL, psychiatre, antalgiste ont été sollicités sans pouvoir définir plus clairement l'étiologie du problème.

Le problème de l'AI me paraît double : pour un premier point, il s'agirait de définir mieux le problème et ses éventuelles causes. C'est là, la raison de ma demande AI sur les conseils du Professeur T. _____ de C. _____. Les moyens d'expertises médicales de l'OAI devraient être mieux à même de préciser le problème. Cette première demande n'a pas été comprise apparemment par l'OAI. Secondement, l'absence d'étiologie ne suffit pas à justifier le refus de la part de l'OAI. L'incapacité de travail qui dure depuis 2019 entraîne des répercussions financières importantes que l'AI devrait prendre en compte avant sa décision.

L'autonomie du patient n'a pas lieu d'être motif de refus. En effet, il existe des personnes tétraplégiques qui sont parfaitement autonomes, même si elles sont entièrement dépendantes.

Formellement, la conclusion du dernier paragraphe de la décision AI est un raccourci non logique. Les renseignements médicaux, dont dispose l'AI, font état d'une atteinte à la santé invalidante. Pour que ce soit au sens de l'AI, cela nécessiterait probablement la démonstration des causes de cette atteinte et c'est précisément ce que je demande à l'AI.

Compte tenu des éléments en notre possession, la cause de la maladie du patient n'a pas été élucidée. Ce n'est pas pour autant que le patient va bien. De fait, il est en incapacité de travail. Il serait judicieux que l'OAI investisse de façon à clarifier la situation.

Arrivé au bilan des investigations, je n'ai plus de proposition autre à faire, ni du point de vue des investigations ni a fortiori du point de vue thérapeutique.

Remarque : les dernières conclusions de la neurologue Cordier qui devait revoir le patient cet automne ne me sont pas connues ».

Dans sa duplique du 10 mars 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions, précisant que le rapport médical du Dr W. _____ ne contenait pas d'éléments objectifs nouveaux qui n'auraient été pris en compte dans la décision litigieuse. Il a toutefois relevé qu'il examinerait attentivement tout document à venir faisant état du résultat des examens neurologiques effectués ou sur le point de l'être.

Par courrier du 25 avril 2022, la juge instructrice a imparti un délai au 18 mai 2022 au conseil du recourant pour déposer tout rapport médical complémentaire, à défaut sa liste des opérations. L'intéressé n'a pas procédé.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de sa demande du 25 janvier 2021. Est en particulier litigieuse la question de savoir si l'intéressé présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

5. 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 (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourrait plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 V 90 consid. 4b).

6. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires

auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; ATF 137 V 210). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce, dans la mesure où l'ensemble du volet médical du cas n'a pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

7. a) En l'occurrence, l'OAI a fondé sa décision de refus de prise en charge sur l'avis du Dr F. _____ du SMR, dont les conclusions ont été intégralement reprises. Selon ce praticien, les renseignements médicaux au dossier ne font pas état, chez le recourant, d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI et aucun élément objectif n'indiquerait que la capacité de travail de l'intéressé serait limitée. Le recourant lui oppose les rapports des différents praticiens qui se sont déterminés sur son cas.

Sur le plan neurologique, le rapport du Dr S. _____ du 29 août 2019 est peu informatif, dès lors qu'à réception du rapport d'IRM cervicale, ce spécialiste s'est limité à faire état d'un examen neurologique normal et a indiqué qu'il convenait de solliciter l'avis d'un spécialiste ORL compte tenu des constatations radiologiques.

Pour sa part, le Dr X. _____, ORL, a, dans son rapport du 6 novembre 2019, retenu une déviation septale droite sévère avec une obstruction subtotale de la narine droite, ce qui jouait un rôle dans la respiration, mais probablement pas au niveau des céphalées. Sans se prononcer sur la question des céphalées et des vertiges, il a exclu toute incapacité de travail en lien avec le diagnostic de rhinite allergique sévère. Un traitement d'Amitriptyline a été introduit pour les maux de tête ; ce traitement, qui paraissait donner de bons résultats dans un premier temps (cf. rapport du 6 novembre 2019), ne semble pas avoir amélioré la situation sur le long terme, eu égard aux déclarations de l'assuré dans le cadre de sa contestation du 6 juillet 2021.

On relèvera en outre qu'à la suite des conclusions du Dr F._____, dans le cadre de la permanence SMR du 4 mai 2021, l'OAI avait requis du Dr S._____ des informations supplémentaires sous la forme d'un rapport simplifié. Or ce dernier a répondu, le 11 mai 2021, qu'il avait fermé son cabinet à la fin de l'année 2020 et qu'il n'était dès lors pas en mesure de répondre à cette demande. L'intimé n'a cependant pas investigué plus avant et ne s'est en particulier pas enquis d'un éventuel suivi du recourant par un autre spécialiste en neurologie, soit en l'occurrence la Dre [...], spécialiste en neurologie et en médecine du sommeil.

Dès lors, à l'exception des rapports du Dr W._____, qui évalue l'impact des céphalées sur la capacité de travail du recourant - qu'il estime à 20 % tout au plus -, le dossier tel qu'il est constitué ne permet de renseigner avec suffisamment de précision sur l'état de santé de l'intéressé. À l'appui de son rapport détaillé du 10 mars 2021, la Dre Q._____ a toutefois relevé que le protocole de confrontation à la douleur en EMDR, initié dans le cadre du traitement psychothérapeutique en lien avec le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction anxieuse et dépressive, lui avait fait prendre conscience que le patient avait mal en permanence avec des douleurs dans la tête qui oscillaient entre 4 et 8/10 et soulignant chez l'intéressé des difficultés à rester concentré et à supporter les maux de tête. A cela s'ajoute que dans son rapport du 15 janvier 2021, le Dr T._____ a constaté que la palpation du tissu sous-cutané (sous-épineux, dans les bras, sur l'abdomen) déclenchait des douleurs et a évoqué le diagnostic de fibromyalgie, lequel n'a jamais été investigué.

Or, l'assuré a été suivi par le Dr [...], pédopsychiatre, désormais à la retraite, puis à raison d'une fois par semaine depuis le 25 novembre 2019 par la Dre Q._____. La psychiatre traitante rapporte que le diagnostic retenu est en lien avec l'histoire de traumatisme, qualifié de complexe, et de négligence que le patient a vécus, sans plus de précision. Enfin, sur le plan psychiatrique, de manière contradictoire, la Dre Q._____ retient que le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction

anxieuse et dépressive (F43.22) a une influence sur la capacité de travail (cf. rapport du 10 mars 2021, point 2.3) tout en indiquant le contraire au point 2.7.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de statuer sur le plan psychiatrique en se fondant sur le seul rapport du 10 mars 2021 de la Dre Q._____ pour considérer que le recourant ne présente aucune pathologie psychiatrique invalidante.

Le dossier étant insuffisamment instruit, il convient de renvoyer la cause à l'intimé 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 LPGA, afin qu'il complète l'instruction en sollicitant un rapport auprès de la Dre [...], respectivement en mettant en œuvre une expertise comprenant à tout le moins un volet psychiatrique, voire neurologique et rhumatologique. Cas échéant, les experts procéderont eux-mêmes aux examens nécessaires en demandant éventuellement l'élargissement du mandat d'expertise.

8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle statue conformément aux considérants qui précèdent.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr.,

débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office, le conseil de l'assuré ayant renoncé à produire sa liste des opérations. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 11 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Emilie Rodriguez (pour G. _____),
- 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 :