

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 juillet 2016

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
MM. Berthoud et Riesen, assesseurs  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyat, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, ressortissant [...] au bénéfice d'un permis C, garagiste indépendant, a présenté une incapacité de travail de 50% dès le 10 avril 2012.

Le 25 mai 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), exposant souffrir de « migraines handicapantes et acouphènes ».

Par communication du 28 juin 2012, l'OAI a convié l'assuré à un entretien d'évaluation d'orientation professionnelle intervenant dans le cadre de la phase d'intervention précoce, qui a eu lieu le 4 juillet 2012. Il ressort du rapport y relatif du spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI que la pathologie décrite par l'intéressé se mêlait étroitement avec une forme de démotivation professionnelle, une de ses demandes étant une aide pour une reconversion professionnelle.

Dans un rapport du 10 juillet 2012, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie traitant l'assuré depuis le 3 mai 2011, a posé les diagnostics, avec effet sur sa capacité de travail, de migraine chronique depuis 2004, de surdité de perception droite discrète et déficit otolytique isolé d'origine idiopathique avec vertiges et acouphènes ainsi que de récurrence d'une chorioretinopathie sévère centrale avec baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit, relevant que l'examen neurologique était normal et émettant un pronostic réservé dans le cadre d'une migraine chronique de longue date. Elle a attesté une incapacité de travail de son patient de 50% du 23 avril au 17 juin 2012 et totale depuis lors, exposant qu'il présentait des céphalées chroniques quotidiennes, actuellement sans abus médicamenteux, aggravées par les mouvements de la tête, les efforts, le bruit et les efforts de concentration, même pour le travail administratif, qui l'empêchaient d'exercer toute activité pour le moment. Cette praticienne a précisé que l'activité de mécanicien dans un garage n'était plus possible

car les efforts physiques, les mouvements de la tête, le bruit, les odeurs et le stress aggravaient les céphalées, relevant qu'il n'y avait pour le moment aucune amélioration sous traitement. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a préconisé des activités dans différentes positions n'exigeant pas de soulever ou porter des charges supérieures à 5 kg et a indiqué que la résistance au stress de l'intéressé était limitée en raison des céphalées. Elle a décrit une « place de travail calme, plutôt de type administratif, sans effort dans un environnement où il n'y a pas de stress, d'odeur ». En annexe à ce document, figuraient :

- un rapport d'angio-IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale pratiquée le 20 mai 2011 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluant à des anomalies de signal de la substance blanche des hémisphères cérébraux, de disposition non spécifique posant le diagnostic différentiel large, ainsi qu'à l'absence de processus expansif intracrânien et de lésion vasculaire ;

- un rapport du 21 juin 2011 établi par les Drs [...], spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et [...], qui ont diagnostiqué une « surdité de perception légère droite sur les médiums et déficit otolithique d'origine idiopathique » et ont exposé la conclusion suivante :

« Le status otoneurologique montre un déficit otolithique isolé associé à une légère surdité de perception droite sur les fréquences moyennes en scotome, d'origine idiopathique. Ceci peut expliquer ces vertiges, qui sont majorés dans le contexte d'une surcharge de stress au travail. Actuellement, il est très peu gêné par ses vertiges, qu'il ressent plutôt comme un malaise ou mal-être permanent, et il ne pense pas être amélioré par de la physiothérapie vestibulaire. Il est plus gêné par ses céphalées et acouphènes, pour lesquels nous lui avons proposé une approche psychologique en plus du traitement déjà instauré par le Dr V.\_\_\_\_\_, qu'il souhaite discuter avec son médecin traitant. Nous lui avons proposé une consultation spécialisée pour les acouphènes, pour laquelle il nous recontactera au besoin. Nous n'avons pas prévu de revoir le patient, mais restons à disposition si nécessaire. » ;

- un rapport du 25 juin 2012 du Dr [...], spécialiste en ophtalmologie, aux termes duquel ce praticien n'a pas trouvé de cause ophtalmologique aux céphalées de l'assuré, la diminution de sa vue à

droite étant expliquée par une récurrence d'une chorioretinopathie séreuse centrale ;

- un rapport d'angio-IRM cérébrale pratiquée le 6 juillet 2012 par le Dr P.\_\_\_\_\_, dont la conclusion est la suivante :

« Petites altérations de la substance blanche des hémisphères cérébraux, déjà relevées précédemment, probablement d'origine vasculaire ou dégénérative, des lésions de la substance blanche pouvant également se voir chez les patients migraineux. ».

Dans un rapport du 24 juillet 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré depuis le 9 octobre 2001, a diagnostiqué chez son patient, avec effet sur sa capacité de travail, des céphalées et des troubles anxio-dépressifs depuis mi-avril 2011. Il a attesté une incapacité de travail de 50% depuis le 10 avril 2012, puis totale dès le 18 juin 2012.

Par communication du 28 septembre 2012, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il prenait en charge, à titre de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un coaching, les frais pour un accompagnement en vue d'une réinsertion proche de l'économie effectué par L.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 29 octobre 2012, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de troubles anxio-dépressifs sévères, de céphalées tensionnelles quotidiennes, de migraine sans aura, de surdité de perception droite discrète et déficit otolithique isolé d'origine idiopathique avec vertiges et acouphènes ainsi que de chorioretinopathie séreuse centrale de l'œil droit d'évolution favorable. Elle a émis un pronostic « réservé en présence de troubles anxio-dépressifs actuellement graves », précisant qu'une prise en charge médicamenteuse et en psychothérapie débutait actuellement. S'agissant des restrictions, elle a relevé des troubles anxio-dépressifs sévères, des troubles du sommeil, des crises d'angoisse et des céphalées tensionnelles, une baisse de la résistance au stress, ainsi qu'une accentuation des céphalées et des troubles anxieux lors de toutes les stimulations, tant dans les efforts physiques que de concentration, indiquant que l'intéressé était incapable d'assumer une activité professionnelle dans l'état de santé

actuel, que l'activité de mécanicien n'était plus exigible, que les restrictions ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Cette praticienne a en outre répondu comme suit aux questions complémentaires qui lui ont été posées par l'OAI :

**« Quelle est l'évolution clinique de l'assuré depuis votre rapport du 10.07.2012 ainsi que de sa capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.**

Le patient présente des troubles anxio-dépressifs sévères avec des troubles du sommeil et des céphalées quotidiennes d'origine tensionnelle probable actuellement. Toute stimulation, que ce soit un effort physique ou un effort de concentration, augmente les céphalées. Il ne parvient même pas à faire des activités ménagères simples. Lorsqu'il tente de s'occuper des affaires administratives de son garage, il n'arrive pas à se concentrer et les céphalées augmentent rapidement ainsi que les troubles anxieux. Les migraines sont plutôt au 2<sup>ème</sup> plan actuellement, plus espacées. Une prise en charge psychiatrique est organisée actuellement avec un suivi régulier. Le patient est sous traitement de Reméron 15 mg le soir et Citalopram 20 mg le matin, Temesta Expidet en réserve.

**Limitations fonctionnelles actuelles ?**

Les troubles anxio-dépressifs et les céphalées tensionnelles l'empêchent actuellement de faire même des activités simples, ménagères ou administratives. On doit considérer que l'état de santé du patient entraîne une incapacité de travail à 100 % dans toute activité professionnelle pour le moment. On peut espérer que la situation s'améliorera avec la prise en charge au plan psychiatrique et qu'il pourra par la suite reprendre une réadaptation professionnelle dans une activité adaptée. ».

Par communication du 9 novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible car sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Dans son « bilan du coaching » du 14 novembre 2012, L. \_\_\_\_\_ a rédigé la conclusion suivante :

« La reprise du travail n'est encore pas possible pour M F. \_\_\_\_\_ pour l'instant au vue (sic) de son état de santé. Son objectif prioritaire étant de prendre soin de lui, de sa santé psychique et physique, ne pouvant pour l'instant « se mettre la pression ».

M F. \_\_\_\_\_ a toujours mis en place des objectifs à court terme à sa mesure et a pu s'y tenir, investissant beaucoup dans ceux-ci pour

les atteindre. Toutefois le temps a (sic) disposition pour ce coaching n'a pas permis d'observer à plus long terme les résultats des objectifs fixés. ».

Dans un rapport du 11 janvier 2013, la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie traitant l'assuré depuis le mois d'octobre 2012, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen, d'anxiété généralisée, d'acouphènes et vertiges ainsi que de céphalées récidivantes et, sans effet sur la capacité de travail, de surdité de perception légère droite sur les m diu s et déficit otolithique isolé d'origine idiopathique. S'agissant du pronostic, elle a exposé que l'évolution des symptômes psychiques était pour le moment stationnaire, qu'une augmentation du traitement médicamenteux antidépresseur venait d'être effectuée et qu'au vu de ce contexte, il lui semblait judicieux de procéder à une réévaluation dans 6 mois. Elle a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressé dans sa profession de garagiste indépendant depuis le mois de juin 2012, énumérant comme restrictions des symptômes anxio-dépressifs d'intensité moyenne à sévère, des troubles de la concentration et une incapacité à gérer le quotidien qui se manifestaient par des difficultés dans la gestion administrative et financière de son activité, par des difficultés à gérer plusieurs tâches en même temps et par du stress majorant les vertiges, acouphènes et migraines.

L'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR). Dans son avis du 1<sup>er</sup> mai 2013, la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a constaté que la situation médicale n'était pas stabilisée et a recommandé de demander un nouveau rapport psychiatrique pour juin 2013.

Le 10 mai 2013, l'assurance perte de gain maladie de l'assuré a transmis à l'OAI un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 novembre 2012 réalisé à sa demande par les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous trois médecins à Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA. Sur le plan neurologique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé le

diagnostic de migraines en phase stable et a indiqué qu'il était sans incidence sur la capacité de travail. Il a relevé que cette affection exposait à des interruptions de travail inopinées en raison de fortes crises de céphalées, mais qu'il n'y avait pas de restriction professionnelle permettant d'en limiter la fréquence, qu'il était recommandé d'éviter les horaires variables et de nuit et qu'un environnement calme était souhaitable, précisant que le garage n'était pas un lieu idéal de ce point de vue mais que l'intéressé travaillait dans ce milieu depuis plusieurs dizaines d'années sans que la migraine eût été un handicap. Il a ainsi conclu à une capacité de travail de 100% en termes d'horaire et de rendement dans l'activité habituelle dès le 7 novembre 2012, relevant que les arrêts de travail pour une migraine pouvaient être occasionnellement des demi-journées voire des journées passées au calme. Sur le plan oto-rhino-laryngologique (ORL), la Dresse X. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de déficit otolithique léger en phase de rémission ainsi que d'acouphènes en phase stable et a indiqué qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail. Elle a exposé que le problème de vertiges sur un très léger déficit otolithique était déjà en rémission et qu'il n'y avait donc pas de limitation en relation avec cette pathologie, précisant cependant que par mesure de sécurité, le travail en hauteur était déconseillé par crainte de récurrence inopinée. Quant aux acouphènes, elle a relevé que les symptômes étaient tolérables en ambiance bruyante, comme dans son emploi de garagiste, qu'ils avaient été tolérés depuis l'adolescence et n'avaient pas empêché l'intéressé d'intégrer le marché du travail et que l'intolérance ne s'était produite que lors de l'apparition d'angoisses en milieu professionnel, de sorte qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles dans l'emploi habituel. Elle a ainsi conclu à une capacité de travail de 100% en termes d'horaire et de rendement dans le dernier emploi de garagiste indépendant depuis le 22 août 2012. Sur le plan psychiatrique, le Dr B. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte en cours de rémission et a indiqué qu'il était sans incidence sur la capacité de travail. Il a notamment expliqué qu'il n'avait pas retrouvé véritablement de pathologie anxio-dépressive, mais beaucoup plus une sensibilité, un surcroît de vigilance et des préoccupations, plutôt que des signes physiques d'anxiété. Il a conclu en exposant que cette pathologie

n'engendrait aucune limitation fonctionnelle, de sorte que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% en termes d'horaire et de rendement dans son activité habituelle depuis le 9 novembre 2012. Ces praticiens ont par ailleurs fait état des discussions et synthèse pluridisciplinaire suivantes :

« (...)

**b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible**

Le jour de l'expertise, l'intéressé ne présente pas de vertiges et le bilan est normal. On parle donc de phase de rémission pour le déficit otolithique léger. Ces vertiges sont majorés dans le contexte d'une surcharge de stress de travail et d'un état d'angoisse. Toutefois, les acouphènes sont toujours présents, évoluant vers une rémission partielle probable. Quant aux migraines, elles sont en phase de maintenance, avec une fréquence en décroissance actuellement sous son traitement. En effet, l'exploré bénéficie d'un traitement de crise efficace, on peut donc espérer une stabilisation de sa migraine, laquelle est actuellement à une fréquence acceptable d'environ une fois tous les 15 jours.

Par ailleurs, les acouphènes et les vertiges sont fortement liés à son état d'anxiété actuel, aggravés par le stress ou les angoisses. Leur évolution devrait se faire positivement avec un retour à l'état antérieur, c'est-à-dire un acouphène acceptable dans la vie quotidienne et remise en place des mécanismes d'habituation. Concernant les vertiges liés au très léger déficit otolithique, ils ont été décrits comme étant très peu invalidants et l'investigué n'a pas jugé nécessaire de réaliser une physiothérapie adaptée. L'évolution est donc favorable, la rémission est même déjà acquise lors de l'expertise.

Enfin, pour les migraines, l'évolution devraient (sic) aller vers une rémission difficile à prévoir. Comme dans le cas des acouphènes, le terrain d'anxiété est responsable de la majoration des crises. Il y a donc une interaction entre les angoisses, les acouphènes, ainsi que les migraines de l'examiné. L'évolution est ainsi fonction de la disparition de la symptomatologie psychiatrique.

Globalement, un trouble anxieux et dépressif mixte (ICD-10, F 41.2), au stade de rémission retardée, est retenu au jour de l'expertise. L'évolution se fait cependant vers une amélioration, une certaine amplification des plaintes étant relevée lors de l'expertise, le trouble pouvant également être majoré, voir[e] entretenu par des habitudes de consommations de boissons éthanolées nocives pour la santé.

La symptomatologie de l'expertisé est peu bruyante et modérée. Il n'y a pas de grands retentissements dans la vie quotidienne ni dans la vie sociale. Les divers paramètres sont indemnes de toute altération. Toutefois, on note un débat interne de l'assuré vis-à-vis de son emploi, lequel n'a pas été tranché et ceci est à la source de la persistance de la situation. En effet, l'intéressé rapporte que cette fonction est à la source d'une grande amplitude de temps de travail,

ainsi que de surcharge de stress et il dit ne pas savoir comment le réguler actuellement. Ceci aurait donc été à la source d'une préoccupation anxieuse, d'un état de vigilance et de blocage, vis-à-vis de son emploi. Compte tenu de sa personnalité, laquelle demanderait certes à être investiguée avec plus de précision, celle-ci ne paraît pas compatible avec les exigences et les nécessités d'organisation d'une profession en indépendant.

L'expertise met également en évidence une situation de vie privée, affective, de son choix et asymptotique selon l'exploré, mais bien plus problématique qu'il n'y paraît et qui peut être à la source des préoccupations anxieuses.

L'évolution générale ou plutôt la prévention de la récurrence est ainsi suspendue à la résolution de ce carrefour de contraintes existentielles somme toute assez classiques qu'une personne peut rencontrer au cours de sa vie : décision à prendre vis-à-vis de son statut professionnel, de sa vie privée et affective.

Le maintien de l'investigué dans cette situation de contraintes de diverses natures constitue un élément de surcharge psychogène, reconnu aggravant l'intensité et la fréquence de survenue des crises migraineuses. Il y a création d'une boucle de rétroaction d'entretien[s] réciproques des « pathologies », la psychologie sur la migraine, la migraine sur le psychologique, l'affectif et/ou le professionnel sur le psychologique et la migraine et réciproquement. Ces cercles vicieux devraient être rompus. Rappelons que l'éthyle peut constituer une épine irritative déclenchant des crises d'anxiété et migraineuses et il est à ce titre contre indiqué (probablement cela lui a-t-il déjà été dit par son médecin traitant vu l'amélioration de la valeur de la COT entre les examens de psychiatrie du mois d'août et de novembre 2012). Cette situation n'est pas inéluctable, sous la dépendance de décisions responsables de l'examiné vis-à-vis de lui-même, c'est-à-dire des décisions propres à assurer son mieux vivre sur tous les plans qui ne peuvent être que de sa seule et unique volonté, notamment la modification du statut professionnel et l'arrêt de tout apport d'éthyle.

Ce ne sont pas médicalement des causes d'incapacitation de travail.

Compte tenu de la personnalité de Monsieur F.\_\_\_\_\_, de sa tendance amplificatrice, de ses propos généraux et peu explicites, il est peu fiable de se rapporter à ses notions d'angoisse et d'insomnies, lesquelles auraient existé depuis plus de 30 ans. D'après l'expérience clinique, objectivement, des troubles insomniaques cliniquement vrais et réels de l'adolescence sont peu fréquents en dehors des troubles psychiatriques graves que l'anamnèse de l'expertisé dément. Un sentiment d'insomnie ou des périodes de sommeil troublés et pris dans une dynamique psychogène excessive de mise en relief sont beaucoup plus fréquemment rencontrés.

Enfin, l'état actuel paraît reproduire une atmosphère psychique comparable à celle de l'adolescence qui évoquait déjà l'angoisse et l'insomnie, mais il ne faut pas oublier qu'une longue période asymptotique est retrouvée lorsque l'assuré était sous statut salarié. La notion de pusillanimité ancienne vis-à-vis du symptôme

est d'autant plus patente qu'il est parfaitement contradictoire et irresponsable pour l'intéressé d'être un migraineux ancien et de poursuivre une consommation d'éthyle déjà conséquente.

### **3. LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI**

#### **Limitations somatiques**

Par souci de sécurité, le travail en hauteur est déconseillé.

Quant aux acouphènes, un environnement bruyant est déconseillé sans le port de protection contre les bruits.

Pour la migraine, entre les crises, il n'y a pas lieu de retenir une limitation.

Aussi, avec le port de protection contre les bruits, il n'y a pas de conséquence des limitations sur le travail de garagiste à temps plein.

#### **Limitations des fonctions psychiques**

Du point de vue psychiatrique, aucune limitation n'est retenue.

#### **Capacité de travail, relevant des indemnités journalières en cas de maladie**

La capacité de travail est de 100%, horaire et rendement, dans son dernier emploi de garagiste indépendant à l'issue de l'ensemble des entretiens, soit au 9 novembre 2012.

En cas de récurrence de crises migraineuses, une incapacité ponctuelle de quelques jours reste possible.

### **4. LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE**

#### **Limitations**

Les limitations sont les mêmes que pour l'emploi habituel.

#### **Capacité de travail relevant des indemnités journalières en cas de maladie**

La question est sans objet vu que l'exploré peut reprendre son activité habituelle.

**Commentaire :** Nihil. ».

Dans un rapport du 24 juin 2013, la Dresse A. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par l'OAI :

« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail?

Episode dépressif moyen F32.1  
Anxiété généralisée F41.1  
Migraines et céphalées de tension chroniques  
Acouphènes et vertiges

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport?

On note une aggravation des symptômes neurologiques et ORL. Le patient se plaint d'acouphènes quotidiens d'intensité moyenne à forte, de céphalées en casque quotidiennes et de migraines 2-3 fois par semaine. Ces symptômes sont résistants aux différents traitements entrepris et entravent autant par rapport à une éventuelle reprise de l'activité professionnelle du patient que dans la gestion du quotidien. Un récent bilan neurologique (03.06.2013) du Dr [...] fait état des limitations dans les propositions thérapeutiques de cette problématique. Il suggère une modification du traitement antidépresseur en cours (du Saroten retard plutôt que le Citalopram). Le patient est d'accord avec ce changement médicamenteux et le switch est en cours. Sur le plan ORL un récent bilan n'a pas permis de faire une proposition thérapeutique. Par ailleurs, la persistance de ces symptômes et les limitations qu'ils occasionnent ont un impact considérable sur le moral du patient. D'un autre côté, l'état anxio-dépressif est fortement lié aux acouphènes et aux céphalées qui s'en trouvent amplifiées. Ainsi, les troubles psychiatriques n'ont pas connu d'amélioration au cours des six derniers mois malgré une bonne compliance du patient au traitement. Le décès brutal de la mère du patient des suites d'un cancer foudroyant au mois de mars 2013 a contribué à l'accentuation des symptômes anxio-dépressifs. Le patient doit également s'occuper de son père, âgé et très démuni depuis le décès de son épouse, ce qui crée des tensions chez le patient se traduisant par une exacerbation d'angoisses et une accentuation des acouphènes et des céphalées.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle? Depuis quand?

L'incapacité de travail persiste à 100%.

4. Quelle est l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée?

Aucune.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical?

Les limitations sont en lien, d'une part avec les acouphènes et les céphalées chroniques et d'autre part avec l'épisode dépressif moyen et l'anxiété généralisée qui ont des répercussions négatives de part (sic) l'humeur triste, les difficultés de concentration et de mémoire, les épisodes d'angoisse paroxystique au moindre stress, la perte d'espoir et le découragement devant la persistance des acouphènes et des céphalées malgré plusieurs investigations par des spécialistes. Ainsi, le patient est susceptible de générer des erreurs dans son travail et ne pas être fiable. La fatigue chronique, le ralentissement psychomoteur et les conséquences diurnes des troubles du sommeil diminuent son rendement. Les cognitions négatives, la difficulté à gérer les émotions et l'anhedonie interfèrent de façon importante dans la gestion des responsabilités et dans la capacité d'élaborer de nouveaux projets. Le patient se sent bloqué dans toute démarche personnelle ou professionnelle et son statut d'indépendant ne fait que complexifier la situation. Dans

ce contexte, une aide de l'AI à travers des mesures de réinsertion professionnelle s'avère nécessaire.

6. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail?  
Du 10 avril au 17 juin 2012 incapacité de travail à 50%, puis à 100% depuis le 18 juin 2012.

7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers?

Le patient est compilant (sic) au suivi psychothérapeutique ainsi qu'au traitement médicamenteux. ».

Dans un rapport du 11 juillet 2013, la Dresse N.\_\_\_\_\_ du SMR a conclu qu'au vu de la présence de nouveaux éléments et le changement récent du traitement antidépresseur, l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé.

Le 30 septembre 2013, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par l'OAI :

« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail?

Episode dépressif moyen F32.1

Anxiété généralisée F41.1

Migraines et céphalées de tension chroniques

Acouphènes et vertiges

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé sous la nouvelle thérapie depuis le 24 juin 2013?

En effet un switch du Citalopram au Saroten ret a été mis en place fin juin 2013. Le changement médicamenteux a été difficilement supporté par le patient malgré une transition lente. Nous sommes toujours dans une période d'adaptation de la dose et d'évaluation de l'efficacité du traitement car malgré un dosage de 200mg par jour de Saroten ret (dernier ajustement effectué le 26.09.2013) les symptômes anxio-dépressifs persistent. Le patient n'a pas remarqué de changements par rapport aux acouphènes ni aux céphalées, qui au contraire sont plus fréquentes dernièrement.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle? Depuis quand?

L'incapacité de travail persiste à 100%.

4. Quelle est l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée?

Aucune.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical?

Il n'y a pas de changement depuis mon dernier rapport.

6. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail?

Du 10 avril au 17 juin 2012 incapacité de travail à 50%, puis à 100% depuis le 18 juin 2012.

7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers?

Le patient est compilant (sic) au suivi psychothérapeutique ainsi qu'au traitement médicamenteux (Saroten ret 2x100mg par

jour, Temest exp 1 mg, max 3x/jour en réserve, Remeron cp 15mg, 1x au coucher).

8. Si l'incapacité de travail est maintenue merci de nous indiquer les raisons.

Persistance des symptômes anxio-dépressifs, des acouphènes et céphalées avec une répercussion directe sur la capacité de travail. ».

Dans son rapport du 24 janvier 2014, la Dresse N.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté une discordance des diagnostics psychiatriques entre l'expertise pluridisciplinaire du 26 novembre 2012 (trouble anxieux dépressif mixte non incapacitant) et le diagnostic retenu par la Dresse A.\_\_\_\_\_ (épisode dépressif moyen et anxiété généralisée comme atteintes incapacitantes de longue durée) et a en conséquence suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par communication du 9 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise médicale psychiatrique était nécessaire.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 22 juillet 2014, basé sur un entretien avec l'assuré du 16 juin 2014, un dosage plasmatique et le dossier de l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte secondaire aux céphalées et de somatisation. Il a en outre exposé ce qui suit :

« 5. *Appréciation du cas et pronostic*

Rien dans l'anamnèse ni dans les dires de l'assuré ne me fait penser à une maladie psychiatrique ou à un trouble de la personnalité durant l'enfance ou l'adolescence.

Il a fait l'école, puis un apprentissage, il a toujours travaillé comme mécanicien, ayant un garage indépendant, et depuis deux ans environ, il le loue, ce qui lui fait un revenu régulier.

Signalons que cet assuré parle de céphalées depuis son adolescence qui sont devenues plus graves avec le temps et qui ont été investiguées par le neurologue avec des IRM normales. Le diagnostic de migraine a été posé.

Signalons aussi que l'assuré, pendant l'entretien, base son discours sur ses symptômes physiques, en ayant l'impression qu'il pourrait avoir une maladie grave et il doit faire des examens pour pouvoir se calmer.

Je n'ai pas pu retenir au moment de l'entretien, ni du point de vue anamnestique, des signes ou symptômes d'un épisode dépressif car il n'y a pas d'idéation suicidaire, l'assuré n'a jamais fait de tentative de suicide, il n'y a pas d'humeur dépressive ni de symptômes d'un ralentissement psychomoteur et l'élan vital est relativement conservé. Je retiens donc plutôt le diagnostic qui a été retenu en 2012 de trouble anxieux et dépressif mixte, avec plutôt des signes anxieux liés aux céphalées et acouphènes qui sont vécus par l'assuré comme étant des symptômes invalidants qui l'empêchent de travailler. Si nous observons les activités journalières, nous constatons qu'il peut tout de même se concentrer en regardant la télévision, il dit aimer le football, il conduit également en ville et il s'occupe de son père.

Les céphalées et les acouphènes prennent la forme de somatisations qui selon la CIM-10 se caractérisent par des symptômes physiques récurrents et variables dans le temps qui s'accompagnent souvent de symptômes dépressifs ou d'une anxiété importante. A signaler qu'il s'agit d'un trouble chronique et fluctuant qui peut entraîner une altération du comportement social, interpersonnel et familial.

Etant donné que la somatisation fait partie des troubles somatoformes (F45), nous devons considérer **les critères de gravité de Mayer-Blaser** et nous constatons qu'il n'y a pas de véritable maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité. Le psychisme n'est pas cristallisé bien que l'assuré soit focalisé uniquement sur des symptômes physiques. Il n'y a pas d'isolement social. L'assuré est suivi par un psychiatre et il prend les médicaments. Nous constatons que les *benzodiazépines* sont négatives, donc l'assuré ne prend pas le *Temesta*, le *Seropram* est à la limite de la norme, par contre le *Remeron* est en dessous des limites normales. Ce qui est surprenant pour cet assuré qui dit souffrir de maux de tête, c'est que l'*Ibuprofène* et le *Paracétamol* sont très largement en dessous de la valeur thérapeutique. Je rappelle que selon l'expertise pluridisciplinaire effectuée à [...] en 2012, une composante psychogène avait été relevée avec une exagération de la part de l'assuré.

En l'absence de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité, le trouble anxiodépressif étant secondaire aux somatisations présentées par l'assuré, celui-ci est capable de travailler à 100% du point de vue psychiatrique dans une activité adaptée.

Le pronostic reste réservé.

## **B. Influences sur la capacité de travail**

### *1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés*

Du point de vue physique : céphalées et acouphènes vécues comme handicapantes par l'assuré.

Du point de vue psychique : aucune limitation fonctionnelle ; mais lors de crises de céphalées, la concentration et l'attention peuvent être diminuées.

Du point de vue social : aucune limitation.

2. *Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici*

Compte tenu de ce qui précède et après examen et étude du dossier, cet assuré présente un trouble anxieux et dépressif secondaire à des somatisations (céphalées et acouphènes) présentes depuis l'adolescence avec une aggravation ces dernières années, dont les investigations n'ont rien montré de pathologique.

En l'absence de maladie psychiatrique grave et de trouble de la personnalité, cet assuré est capable de travailler à 100%.

Il semblerait que s'il y a une incapacité de travail, elle soit plutôt liée à d'éventuels troubles neurologiques qui ne sont pas apparus jusqu'à présent, qu'à une problématique psychiatrique.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Voir dans le texte.

**C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

1. *Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?*

Etant donné qu'il n'y a pas d'atteinte du point de vue psychiatrique, il n'y a pas d'indication pour une reconversion professionnelle et si celle-ci devait avoir lieu, elle serait plutôt liée à des problèmes neurologiques.

2. *Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?*

Voir dans le texte.

3. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?*

Voir dans le texte. ».

Dans son rapport du 2 septembre 2014, la Dresse N. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu, comme atteinte principale à la santé, un déficit otolithique en rémission d'origine idiopathique ainsi que des céphalées tensionnelles et, comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI, un trouble anxieux et dépressif mixte secondaire aux céphalées, des somatisations, des acouphènes, une chorio-rétinopathie séreuse centrale récidivante en amélioration (baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit) et des migraines

chroniques depuis 2004. Elle a exposé que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 50% du 10 avril au 17 juin 2012, puis de 100% du 18 juin au 6 novembre 2012, concluant à une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 7 novembre 2012 et précisant qu'à titre de limitation fonctionnelle, il fallait éviter les horaires variables et de nuit. Elle a également indiqué ce qui suit :

« Les conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_, l'expert actuel rejoint (sic) les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de 2012 et retient la capacité de travail à 100%, horaires et rendement dans son dernier emploi de garagiste indépendant En cas de récurrence de crises migraineuses, une incapacité ponctuelle de quelques jours restent (sic) possible étant donné que la somatisation fait partie du trouble somatoforme (F45), non incapacitant au sens de l'AI

En résumé, sur la base de cette expertise détaillée, fouillée et convaincante, en absence de toute nouvelle atteinte à la santé attestée médicalement, nous n'avons pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre, et nous retenons comme diagnostic non incapacitant, un trouble anxieux dépressif secondaire aux somatisations présentées par l'expertisé et nous estimons sa capacité de travail à 100% dans toute activité adaptée à ses motivations et ses qualifications ».

Dans un projet de décision du 11 septembre 2014, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité et un reclassement professionnel, selon la motivation suivante :

**« Résultat de nos constatations :**

Votre mandant, Monsieur F. \_\_\_\_\_ exerce l'activité de garagiste indépendant.

Pour des raisons de santé, il a présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 10 avril 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

Selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que dès le 7 novembre 2012, une pleine capacité de travail peut à nouveau être exigible de lui dans toute activité lucrative qui respecte un horaire régulier et ne nécessite pas de travailler de nuit.

Dès lors, des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires. Par ailleurs, la durée de son incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'est pas ouvert. ».

Le 8 octobre 2014, l'assuré, représenté par Me Alexandre Guyaz, a formulé des objections à ce projet de décision. Il a en particulier critiqué les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_ sur sa capacité de travail, qui s'écartaient de celles des autres spécialiste ayant examiné le dossier.

Par courrier du 18 février 2015, l'assuré a confirmé ses objections au projet de décision susmentionné, concluant à l'allocation d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2013. Il a produit un rapport d'expertise établi le 5 février 2015 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de W.\_\_\_\_\_ Sàrl, soutenant que les conclusions de ce praticien devaient l'emporter sur celles du Dr R.\_\_\_\_\_. Selon ce document, établi sur la base du dossier médical de l'intéressé, d'un examen clinique du 19 décembre 2014 et d'un dosage du taux plasmatique de l'antidépresseur prescrit, le Dr J.\_\_\_\_\_, après avoir résumé les documents à disposition et examiné l'anamnèse, a retenu les diagnostics de trouble panique, d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission partielle, précisant que le cumul des deux troubles anxieux donnait une pathologie anxieuse sévère. Il a exposé ce qui suit s'agissant des diagnostics posés par les autres praticiens ayant examiné l'assuré :

**« Discussion des autres appréciations diagnostiques présentes dans le dossier**

Médecins traitants (Drs H.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_, [...], L.\_\_\_\_\_)

Les diagnostics que nous avons retenus correspondent à peu près aux descriptions cliniques données par les médecins traitants, même si ceux-ci n'utilisent pas toujours les diagnostics standards en rapport avec la pathologie décrite.

Il est toutefois regrettable que le *trouble panique* n'ait pas été clairement identifié par les médecins traitants comme une pathologie anxieuse en soi, distincte de l'anxiété généralisée. La démarche diagnostique est en effet un préalable à la mise en place d'un traitement spécifique du *trouble panique*, qui existe mais qui n'a été appliqué que partiellement jusqu'à maintenant (cf. *infra, Perspective thérapeutique et pronostic*).

Expertise Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA (Dr B.\_\_\_\_\_)

Nous nous écartons de l'appréciation de l'expert psychiatre de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA, le Dr B.\_\_\_\_\_. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de *trouble anxieux et dépressif mixte F41.2* pour

étiqueter l'ensemble des manifestations anxieuses et dépressives. Ce diagnostic ne nous paraît pas correspondre à la réalité clinique de l'expertisé depuis le début de l'affection actuelle, y compris au moment de ses propres observations.

Pour mémoire, le *trouble anxieux et dépressif mixte* est une affection mineure, rencontrée davantage en médecine de premier recours qu'en soins psychiatriques. Ce trouble n'a généralement pas de répercussions sociales ou professionnelles majeures, il nécessite rarement un traitement spécialisé, ni à plus forte raison un traitement « lourd » et/ou de longue durée. S'il nécessite une interruption de travail, elle est généralement limitée à quelques jours, éventuellement une ou deux semaines au plus. Enfin ce diagnostic ne peut être retenu que si les symptômes anxieux et dépressifs ne relèvent pas d'un trouble anxieux ou dépressif spécifique.

Nous sommes loin de ce cas de figure dans le cas de l'expertisé. Lorsque le Dr B. \_\_\_\_\_ l'a examiné pour la première fois, l'expertisé recevait un traitement antidépresseur et anxiolytique depuis quatre mois et il était en arrêt de travail partiel puis complet depuis le même laps de temps. Il avait modifié son comportement dans le sens de la restriction et de l'évitement, et il s'était résolu à remettre son entreprise, qu'il avait investi avec passion pendant plusieurs années. Des troubles psychiques sévères et durables étaient attestés aussi bien par les médecins traitants non psychiatres (interniste et neurologue) que par le premier psychiatre qui a examiné l'expertisé entre juillet et septembre 2012, le Dr [...]. Le second psychiatre intervenu en octobre 2012, le Dr A. \_\_\_\_\_, attestait lui aussi de troubles psychiques sévères. De ce point de vue, affirmer comme le fait l'expert psychiatre de Clinique Z. \_\_\_\_\_ SA (p. 54), que « la symptomatologie de l'expertisée est peu bruyante et modérée. Il n'y a pas de grands retentissements dans la vie quotidienne ni dans la vie sociale » nous paraît pour le moins peu réaliste.

L'expertise Clinique Z. \_\_\_\_\_ SA n'a pas repéré l'épisode de panique d'avril 2011 et n'a pas discuté le diagnostic différentiel du trouble panique. Pourtant elle rapportait elle-même une anamnèse de type *panique* lors de l'épisode anxieux aigu d'avril 2012, qui avait conduit l'expertisé à se faire admettre aux urgences du Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_. L'expert psychiatre relevait en effet dans son rapport les symptômes suivants (p. 14): « palpitations, précordialgies, sensation de mort imminente maux de tête, peur d'avoir une maladie, une tumeur... ». Au Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_, « l'administration d'un tranquillisant (Temesta) l'a calmé ». L'expert psychiatre relatait ensuite qu'en août 2012, la psychiatre consultée, le Dr [...], faisait état d'une « forte anxiété, de tremblements, de difficultés de concentration et d'une inquiétude d'avoir une maladie grave ». Ce dernier symptôme e[s]t fréquent dans le trouble panique, aussi bien dans les phases aiguës qu'entre les crises, et alimente la peur de nouvelles crises.

En ce qui concerne l'*anxiété généralisée*, l'expertise Clinique Z. \_\_\_\_\_ SA relate là aussi des signes et symptômes anxieux significatifs qui justifieraient, de notre point de vue, le diagnostic d'*anxiété généralisée*. L'expert ORL note (p. 13) la présence d' « un

vertige associé à des nausées. Cependant l'interrogatoire reste extrêmement flou et peu précis. Il décrit plusieurs symptômes : une sensation de tête qui tourne, d'une durée de quelques secondes, une sensation de tête floue associée aux angoisses, sans facteur déclenchant particulier. (...) Selon lui, il met fin aux vertiges en allant s'allonger au calme, dans son bureau, et également en arrêtant toute activité ». Ces vertiges ne sont pas expliqués, ou en tout cas pas complètement, par une atteinte organique. Or on sait que les vertiges et les nausées sont des symptômes fréquemment rencontrés dans l'anxiété généralisée. Il en va de même pour divers autres symptômes mentionnés par l'expert psychiatre de Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA: l'insomnie, la fatigue, la dispersion, l'appréhension anxieuse (« J'étais bloqué devant les papiers-Je n'osais plus répondre au téléphone ni ouvrir le courrier » ou encore les ruminations soucieuses: à un questionnaire d'anxiété l'expertisé répond qu'il est « presque toujours » préoccupé par des « pensées sans importance qui me trottent dans la tête et me tracassent ». Sur le plan objectif, l'expert psychiatre note (p. 40) que « l'investigué apparaît très tendu et très anxieux » et l'expert neurologue relève un tremblement des membres supérieurs (p. 19). A notre avis, ces éléments subjectifs et objectifs confortent l'hypothèse qu'au moment de l'expertise Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA l'expertisé présentait une anxiété diffuse importante, compatible avec le diagnostic d'*anxiété généralisée*, et que ce status était comparable en gravité à celui décrit par les médecins traitants au même moment. Nous regrettons donc que, comme pour le *trouble panique*, l'expert n'ait pas inclus dans son diagnostic différentiel l'*anxiété généralisée*, et qu'il n'ait pas précisé pourquoi il s'écartait des observations concordantes des trois médecins traitants.

Pour ce qui est de l'amélioration alléguée par l'expert B.\_\_\_\_\_, justifiant la bénignité des troubles et l'absence de répercussion sur la capacité des troubles, rien dans le dossier ni dans l'examen de l'expert ne permet de l'attester. Les rapports des médecins traitants (Dr H.\_\_\_\_\_ 28.08.2012 et 11.10.2012, Dr V.\_\_\_\_\_ 22.08.2012, Dr [...] 06.09.2012, Dr A.\_\_\_\_\_ 11.01.2013) signalaient tous la persistance d'une forte anxiété avant et après l'expertise Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA. Et l'expert lui-même écrivait (p. 15) qu'« actuellement l'investigué est en arrêt de travail à 100 % surtout à cause d'une péjoration de ces crises d'angoisse et de son stress, aggravant par conséquent l'acouphène et donnant l'apparition de quelques vertiges dans la journée. Il affirme éprouver de très grandes difficultés avec les actes relatifs à la gestion de l'entreprise, de son intimité, ainsi que des relations avec la clientèle (...) Il paraît très anxieux et très tendu ».

#### Expertise Dr R.\_\_\_\_\_

Lorsque le Dr R.\_\_\_\_\_ a examiné l'expertisé, un laps de temps de plus de deux ans s'était écoulé depuis le début des troubles, sans évolution notable et durable du tableau clinique, aussi bien selon l'expertisé que selon sa psychiatre traitante (cf. son rapport des 24.06 et 30.09.2013, et notre entretien téléphonique). En effet la sémiologie apparue au printemps 2012 reste présente pour l'essentiel à l'heure actuelle lors de notre examen et correspond selon nous aux trois diagnostics spécifiques que nous avons retenus. L'anamnèse de l'expertise (*données subjectives de l'assuré*) est très

succincte (5 lignes, p. 10). Le status (*statut clinique*) comprend un mélange de plaintes subjectives et de constatations objectives dont il ressort un certain nombre de symptômes et de signes objectifs orientant vers la présence de manifestations anxieuses et dépressives à notre avis significatives. Il est indiqué par exemple que l'expertisé dit qu'il ne plus travaille plus (sic) depuis deux ans à cause de ses angoisses, qu'il a eu « très peur » après la syncope de 2011, qu'il ne conduit plus qu'en ville; qu'il commence sa journée en prenant un Temesta ; que quand il est sous pression il s'angoisse et prend un autre Temesta qui le calme ; qu'il présente objectivement certains troubles cognitifs (de la concentration et de la mémoire à court terme) ; que l'humeur est légèrement dépressive, qu'il existe des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement. Ces éléments nous semblent suffisamment significatifs, du fait de leurs répercussions sur la vie quotidienne et professionnelle, pour au moins discuter le diagnostic différentiel en incluant des diagnostics spécifiques de troubles anxieux et de l'humeur, et pas seulement un « banal » *trouble anxieux et dépressif mixte*, diagnostic retenus par les experts Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA en 2012 et auxquels l'expert déclare se rallier. L'expert déclare ne pas avoir assez d'éléments pour poser le diagnostic d'épisode dépressif. On remarquera toutefois que la sémiologie anxieuse et la sémiologie dépressive ne sont pas présentées de manière suffisamment systématique pour permettre au lecteur de savoir si les éléments non mentionnés manquent effectivement ou n'ont pas été recherchés (p.ex. baisse de la libido, baisse du plaisir et des intérêts). Par ailleurs les mêmes arguments que nous avons opposés au diagnostic de *trouble anxieux et dépressif mixte* à propos de l'expertise Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA s'appliquent aussi à l'expertise R.\_\_\_\_\_. Nous regrettons que l'expert n'ait pas établi un diagnostic différentiel plus complet et présenté les arguments qui lui permettaient de se distancier de l'opinion unanime des divers médecins traitants.

Nous ne partageons pas non plus l'opinion du Dr R.\_\_\_\_\_ sur le diagnostic de *somatisation*. Pour mémoire cette affection est faite de plaintes multiples et étalées sur de nombreuses années concernant plusieurs domaines du fonctionnement corporel, mais avant tout les systèmes gastro-intestinal, génito-urinaire et cutané. Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, les céphalées et les acouphènes correspondraient à des « somatisations ». Ce point de vue est discutable. D'une part parce que ces troubles ne sont pas habituellement considérés comme des somatisations. En ce qui concerne les céphalées, une partie d'entre elles au moins a une base organique, les migraines (phénomènes neurovasculaire). Ce qui est vrai en revanche, c'est que l'anxiété s'exprime en grande partie par des manifestations d'allure physique et contribue certainement à favoriser les migraines, les acouphènes et les céphalées de tension auxquelles l'expertisé est sujet.

L'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ soulève un autre problème lié au diagnostic retenu de somatisation. L'expert considère que l'anxiété est « secondaire » à la somatisation, sans étayer cette hypothèse. Et à partir du moment où il a retenu le diagnostic de somatisation, il quitte le champ médical et adopte une attitude juridique. Ce changement de registre se traduit par l'annulation de la prise en compte de la pathologie anxieuse et dépressive pour évaluer la capacité de travail. Il estime celle-ci totale en prenant les critères juridiques de Meyer-Blaser pour apprécier la gravité des (sic) de la

somatisation. Il y a là à notre sens un retournement de logique d'autant plus infondé que nous ne retenons pas le diagnostic de somatisation. ».

Dans ce rapport d'expertise, le Dr J.\_\_\_\_\_ a en outre exposé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis juin 2012, son état clinique ne s'étant pas durablement amélioré depuis cette date, et a indiqué que les diverses limitations fonctionnelles engendrées par la pathologie psychiatrique le rendaient incapable de fournir des prestations professionnelles efficaces et régulières, et cela probablement quel que soit le domaine professionnel car les limitations psychogènes n'étaient pas exclusivement liées à une activité ou à un environnement professionnel donné. Selon lui, le pronostic était bon dans la mesure où l'intéressé devrait être en état, à terme, de surmonter les troubles anxieux et dépressifs et de récupérer progressivement une capacité de travail. Dans les réponses aux questions qui lui ont été posées, il a expliqué que les diagnostics que l'on pouvait raisonnablement poser en novembre 2012 étaient les mêmes que ceux qu'il a retenu, que l'assuré ne présentait pas, et n'avait pas présenté au cours des deux dernières années, des phénomènes de somatisation, qu'il ne retenait pas le diagnostic de trouble somatoforme et que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis juin 2012.

Le 4 mars 2015, le Dr J.\_\_\_\_\_ a complété son rapport précité en ajoutant ce qui suit :

« Les manifestations physiques sont multiples et fréquentes chez la plupart des sujets anxieux. L'anxiété peut notamment aggraver des douleurs pré-existantes en provoquant des tensions musculaires. Il est probable que les *céphalées de tension* (dues à des crispations des muscles entourant le crâne) ont été aggravées par la présence d'une anxiété sévère. Le diagnostic de *syndrome douloureux somatoforme persistant* ne se justifie pas car la pathologie anxieuse explique mieux l'ensemble du tableau clinique, qui n'est ni primairement ni principalement d'ordre douloureux. ».

Dans son rapport du 10 mars 2015, la Dresse N.\_\_\_\_\_ du SMR a exposé ce qui suit :

« Notre avis : après une lecture attentive de ces trois expertises, nous constatons qu'il s'agit de *trois évaluations psychiatriques à trois moments différents*, avec des versions de l'assuré qui varient d'un expert à l'autre ; *c'est surtout l'appréciation de la gravité de l'anxiété et trouble panique qui est différente dans l'avis de décembre 2014 par rapport aux deux autres (juin 2012 et juin 2014)* ; en absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux, nous ne pouvons que constater *qu'il s'agit principalement d'une analyse et d'une appréciation diagnostique différente de la même situation clinique, par les trois spécialistes psychiatres*. L'expert J.\_\_\_\_\_ se prononce sur les faits de l'expertise de juin 2012 (Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA), mais il n'a pas examiné l'assuré à ce moment-là ; il ne conteste pas les éléments objectifs des expertises de 2012 et juin 2014, mais il les interprète différemment ; étrangement dans la lettre du 04.03.2015, l'expert J.\_\_\_\_\_ parle du *syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)*, tandis que l'expert R.\_\_\_\_\_ parle de *somatisation (F45.0)*; l'expert J.\_\_\_\_\_ conteste l'expert R.\_\_\_\_\_ quand il parle des critères de gravité Meyer- Blaser, mais ne les remet pas en question ; à notre avis c'est normal pour l'expert R.\_\_\_\_\_, d'évoquer ces critères, afin de se prononcer sur la gravité du diagnostic de somatisation.

Après avoir pris connaissance de[s] conclusions de ces trois expertises, une contradictoire (décembre 2014) aux deux autres (2012 et juin 2014), à notre avis, *après avoir discuté le cas à la permanence de psychiatrie, il s'agit d'une interprétation différente d'un même état de fait* ; étant donné que les expertises de 2012 et juin 2014 retiennent les mêmes diagnostics et les mêmes conclusions sur la CT [capacité de travail], en absence d'éléments objectifs nouveaux pour justifier une aggravation de l'état de santé de l'assuré, depuis juin 2012, nous restons sur notre appréciation exprimée dans le rapport SMR du 02.09.2014 ».

Par décision du 27 mars 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 11 septembre 2014, refusant d'octroyer à l'assuré une mesure de reclassement professionnel et une rente d'invalidité.

**B.** Par acte du 8 mai 2015, F.\_\_\_\_\_, représenté par Me Alexandre Guyaz, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2013, intérêts légaux en sus, subsidiairement à ce qu'il soit mis au bénéfice des prestations AI que justice dira, plus subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé. En substance, il a exposé que l'expertise des médecins de Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA du 26 novembre 2012 et celle du Dr R.\_\_\_\_\_ du 22 juillet 2014 étaient dépourvues de caractère probant, que les

différents rapports du SMR étaient contradictoires et que l'expertise du 5 février 2015 du Dr J.\_\_\_\_\_ était en tous points convaincante, les conclusions de ce praticien quant à sa capacité de travail devant être suivies. Il a requis, autant que de besoin, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire portant sur les plans neurologique et psychiatrique.

Dans sa réponse du 31 juillet 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 27 mars 2015. Il a relevé que les expertises de Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA et du Dr R.\_\_\_\_\_ étaient probantes et suffisamment motivées. Il a produit un avis du 30 juin 2015 du Dr [...] du SMR, dont il résulte ce qui suit :

« Notre décision de refus de prestation du 10 mars 2015 fait l'objet d'un recours de l'assuré du 22 mai 2015. Nous avons pris connaissance avec attention de l'acte de recours qui ne contient aucun élément médical nouveau. Il porte sur une analyse critique des deux premières expertises réalisées (l'une en novembre 2012 par la Clinique Z.\_\_\_\_\_ SA et l'autre en juillet 2014 par le Dr R.\_\_\_\_\_ ) et se fonde sur les conclusions d'une troisième expertise psychiatrique réalisée à la demande de l'assuré par le Dr J.\_\_\_\_\_ du W.\_\_\_\_\_ Sàrl en décembre 2014. Nous avons présenté ce dossier à la permanence psychiatrique du SMR. S'agissant de 3 avis d'experts nous ne rentrerons pas dans une analyse polémique de l'une ou de l'autre. En particulier la discussion diagnostique sur la somatisation évoquée longuement dans l'acte de recours ne nous paraît pas être un point essentiel à ce stade. Ce n'est en effet pas le point pertinent sur lequel se fonde l'estimation de la capacité de travail par les différents experts. A la lecture de l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ nous sommes convaincus par son analyse et ses conclusions qui plaident en faveur d'une aggravation, ce qui ne remet pas fondamentalement en cause les expertises précédentes. Il s'agit en effet d'une même situation clinique globale sur fond de dépression et d'anxiété généralisée qui est susceptible d'avoir fluctué au fil du temps, d'autant plus que le trouble anxieux et dépressif mixte était jugé en rémission partielle en 2012. Il existe en effet une latence importante qui sépare les différents examens (en particulier plus de deux années avec la première expertise). Il peut donc s'agir d'appréciations différentes d'une même situation clinique vue à des moments différents, ce qui peut entraîner des conclusions divergentes. ».

Par réplique du 19 octobre 2015, le recourant a confirmé ses conclusions et a notamment exposé avoir été hospitalisé en clinique psychiatrique du 8 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2015. Il a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 17 août 2015 des Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, et [...], respectivement médecin-chef et médecin interne à la Clinique T.\_\_\_\_\_, selon lequel le recourant a séjourné à cet endroit du 8 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2015 en vue d'une stabilisation thymique, d'une gestion des angoisses et d'une structuration du quotidien ; ces praticiens ont posé le diagnostic principal de trouble anxieux généralisé et le diagnostic secondaire d'entorse bénigne de la cheville gauche intervenue dans le cadre d'un exercice de physiothérapie, indiquant comme comorbidités un trouble dépressif récurrent épisode actuel modéré à sévère, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, des céphalées de tensions avec utilisation chronique d'antalgiques et des migraines ;

- une attestation médicale du 7 septembre 2015 des Drs [...], spécialiste en neurologie, et [...], spécialiste en médecine interne générale, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_, rédigée comme suit :

« Nous suivons Monsieur F.\_\_\_\_\_ au Centre du Sommeil du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_ depuis avril 2014 en raison d'une insomnie sévère associée à un trouble du rythme circadien avec décalage de phase et un syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré.

Ces différents problèmes somnologiques contribuent à la symptomatologie actuellement présentée par Monsieur F.\_\_\_\_\_, à savoir une fatigue intense diurne et une possible somnolence excessive. Les investigations somnologiques sont en cours avec une polysomnographie et un test de latence à l'endormissement prévus début décembre 2015. » ;

- un rapport du 5 octobre 2015 du Dr [...], spécialiste en cardiologie, selon lequel les diagnostics d'état dépressif anxieux et d'absence d'évidence d'une faveur d'une cardiopathie ont été posés et indiquant que le recourant ne présentait pas d'évidence de cardiopathie et que les malaises parfois syncopaux décrits étaient très vraisemblablement de mécanisme vasoplégique ;

- un rapport du 16 octobre 2015 de la Dresse [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont il résulte ce qui suit :

« 1. Quels sont à votre connaissance les traitements suivis actuellement par M. F. \_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique ? Comment se déroulent ces traitements ?

Le patient bénéficie d'un traitement antidépresseur, dont le dosage est vérifié régulièrement, associé à une thérapie comportementale et cognitive. Le patient se montre compliant à son traitement médicamenteux et dans la régularité de ses séances.

Par ailleurs, le patient se rend à l'Hôpital de [...] dans le service de Jour, trois fois par semaine, où l'on a mis en évidence ses difficultés à faire face à des situations trop stimulantes (groupe de patients, problème de concentration, fatigabilité). Ils confirment un état dépressif sévère.

A noter que l'état de santé du patient a justifié une hospitalisation du 8 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2015 dans le service psychiatrique de la Clinique T. \_\_\_\_\_ (sic).

Le trouble est aussi favorisé par un syndrome d'apnée sévère du sommeil pour lequel le patient subit des bilans réguliers au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS) au Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_.

2. Savez-vous si M. F. \_\_\_\_\_ doit prochainement suivre d'autres examens, que ce soit en psychiatrie ou dans d'autres domaines ? Si oui, lesquels ?

Voir avec le Centre sur le sommeil du Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_.

3. A l'heure actuelle, quel diagnostic pouvez-vous poser à propos de M. F. \_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique ?

- Etat dépressif sévère et trouble panique. ».

Dans sa duplique du 24 novembre 2015, l'intimé a exposé avoir soumis ces nouvelles pièces à son SMR et a produit un avis du 23 novembre 2015 de la Dresse N. \_\_\_\_\_, dont la conclusion est la suivante :

« *En résumé*, suite aux derniers documents médicaux mis à disposition, on peut conclure que l'atteinte incapacitante de longue durée c'est l'atteinte psychiatrique, confirmée par les conclusions de l'expertise psychiatrique du 19.12.2014 (Dr J. \_\_\_\_\_) ;

- l'ampleur des empêchements décrits par nos confrères de la Clinique T. \_\_\_\_\_ sont d'une ampleur similaire décrite par

l'expert J. \_\_\_\_\_, de même que le traitement spécifique pour ce type de pathologie psychiatrique ;

- il convient d'ajuster les conclusions du SMR sur les conclusions de l'expert psychiatre précité, en retenant une incapacité de travail totale dès juin 2012 ;

- le traitement est exigible et nous estimons qu'il doit être suivi ;

- l'incapacité de travail estimée à 50% dès avril 2012 et à 100% dès juin 2012, reste inchangée jusqu'à ce jour.

*Une nouvelle évaluation psychiatrique est proposée pour avril 2016. ».*

Par courrier du 28 décembre 2015, le recourant a requis du juge instructeur qu'il interpelle l'intimé en lui demandant de se déterminer sur chacune de ses conclusions, au vu du contenu de l'avis du SMR précité.

Le 13 janvier 2016, le juge instructeur a requis de l'intimé qu'il lui indique s'il suivait les conclusions du SMR du 23 novembre 2015.

Dans une écriture du 8 février 2016, l'intimé a informé la cour de céans qu'il se ralliait aux conclusions du SMR du 23 novembre 2015.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

**c)** Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à une rente d'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.

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).

**b)** 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 fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère

incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**5. a)** En l'espèce, sur les plans neurologique et ORL, les Drs G.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, dans leur rapport d'expertise du 26 novembre 2012, ont posé les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail du recourant, de migraines en phase stable, respectivement de déficit otolithique léger en phase de rémission et d'acouphènes en phase stable. Ils ont exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles ces affections n'impactaient pas la capacité de travail. Leurs appréciations sont corroborées par les résultats des examens neurologiques réalisés les 20 mai 2011 et 6 juillet 2012, qui ont été qualifiés de normaux par la Dresse V.\_\_\_\_\_, et par le rapport du 21 juin 2011 des Drs [...] et [...] qui ne fait pas état de restrictions en lien avec le déficit otolithique léger.

A l'instar de l'intimé, il y a donc lieu de retenir que sur ces plans, le recourant ne présente aucune incapacité de travail, ce que l'intéressé ne conteste d'ailleurs pas.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le Dr B.\_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du 26 novembre 2012, a posé le diagnostic non incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte en cours de rémission, concluant à une pleine capacité de travail du recourant dès le 9 novembre 2012. Ce diagnostic a été confirmé par le Dr R.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 22 juillet 2014, qui a précisé qu'il était secondaire aux céphalées et a

ajouté celui de somatisation, concluant également à une pleine capacité de travail.

A l'inverse, la Dresse A.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 11 janvier 2013, a diagnostiqué chez le recourant, avec effet sur sa capacité de travail, un épisode dépressif moyen et une anxiété généralisée, concluant à une incapacité de travail totale dans la profession habituelle depuis juin 2012. Elle a relaté des symptômes anxio-dépressif d'intensité moyenne à sévère, des troubles de la concentration et une incapacité à gérer le quotidien. Cette praticienne a confirmé ces diagnostics dans ses rapports complémentaires des 24 juin et 30 septembre 2013, précisant que l'incapacité de travail était de 50% du 10 avril au 17 juin 2012 et persistait à 100% depuis le 18 juin 2012. Elle a relevé que les troubles psychiatriques n'avaient pas connus d'amélioration et que les symptômes anxio-dépressifs persistaient. Le diagnostic incapacitant depuis juin 2012 de troubles anxio-dépressifs avait également été retenu par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 juillet 2012 et par la Dresse V.\_\_\_\_\_ le 29 octobre 2012, cette dernière ayant d'ailleurs précisé que ces troubles sévères, accompagnés de céphalées tensionnelles, entraînaient une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans son rapport d'expertise du 5 février 2015, le Dr J.\_\_\_\_\_ a confirmé l'analyse des trois praticiens précités. Il a posé les diagnostics de trouble panique, d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission partielle et précisé qu'ils auraient pu raisonnablement être posés en novembre 2012, concluant à une incapacité de travail totale dans toute activité depuis juin 2012. Il a exposé les raisons pour lesquelles il s'écartait du diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte retenu par les Drs B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ au profit des trois diagnostics précités, relevant qu'il ne correspondait pas à la réalité clinique du recourant à l'époque de l'expertise de novembre 2012. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a expliqué à cet égard que l'intéressé recevait alors un traitement antidépresseur et anxiolytique et était en arrêt de travail depuis quatre mois, qu'il avait modifié son comportement dans le sens de la restriction et de l'évitement, s'étant même résolu à remettre son

garage pour lequel il s'était beaucoup investi durant de nombreuses années, et que les Drs V.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ avaient attestés des troubles psychiques sévères et durables, ce qui allait à l'encontre de la pathologie de trouble anxieux et dépressif mixte, affection mineure n'ayant généralement pas de répercussions sociales ou professionnelles majeures et ne nécessitant pas de traitement lourd et/ou de longue durée ou une incapacité de travail supérieure à deux semaines au plus. Il a également relevé que lorsque le recourant a été examiné par le Dr R.\_\_\_\_\_, plus de deux ans après l'examen du Dr B.\_\_\_\_\_, le tableau clinique n'avait pas connu d'évolution notable, ce qui était confirmé par les rapports des 24 juin et 30 septembre 2013 de la Dresse A.\_\_\_\_\_ et tendait à infirmer ce diagnostic. Il a encore exposé que le fait que l'intéressé ne travaillait plus depuis 2 ans à cause de ses angoisses, qu'il avait eu très peur après la syncope de 2011, qu'il commençait sa journée en prenant un Temesta et en reprenait un lorsqu'il était sous pression et qu'il s'angoissait, qu'il présentait certains troubles cognitifs (de la concentration et de la mémoire à court terme), que l'humeur était légèrement dépressive et qu'il existait des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, étaient des éléments suffisamment significatifs, de par leur répercussion sur la vie quotidienne et professionnelle, pour au moins discuter le diagnostic différentiel en incluant des diagnostics spécifiques de troubles anxieux et de l'humeur et pas seulement un trouble anxieux et dépressif mixte. On peut par ailleurs relever à ce sujet que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte en cours de rémission posé par les Drs B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ à deux ans d'intervalle apparaît en contradiction avec les avis du SMR des 1<sup>er</sup> mai et 11 juillet 2013 qui décrivent une situation médicale pas encore stabilisée. Quant au diagnostic de somatisation retenu par le Dr R.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_ l'a écarté en expliquant que les céphalées et les acouphènes n'étaient pas habituellement considérés comme des somatisations - lesquelles sont faites « de plaintes multiples et étalées sur de nombreuses années concernant plusieurs domaines du fonctionnement corporel, mais avant tout les systèmes gastro-intestinal, génito-urinaire et cutané » -, relevant qu'une partie des céphalées au moins avait une base organique, soit les migraines. On peut en outre constater que le fait que les Drs

G.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ aient diagnostiqué des migraines respectivement des acouphènes contredit l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_ qui voit dans ces troubles l'expression d'une somatisation.

Comme le SMR l'a lui-même admis dans son avis du 23 novembre 2015, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ et de le faire prévaloir sur celui des Drs B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation complète et rigoureuse des documents à disposition, a discuté et infirmé les diagnostics posés par les deux praticiens précités et a exposé des conclusions claires, dénuées de contradiction et motivées à satisfaction, correspondant à celles des Drs V.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_. Il a fait état d'éléments objectivement vérifiables qui ont permis de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des autres rapports d'expertise. A l'inverse, le diagnostic non incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte retenu par les Drs B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ainsi que le diagnostic de somatisation retenu par ce dernier apparaissent en contradiction avec les autres éléments médicaux du dossier. Les avis de ces praticiens ont d'ailleurs été écartés par le SMR dans son avis du 23 novembre 2015, au profit de celui du Dr J.\_\_\_\_\_.

**c)** Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, à l'instar du SMR dans son avis du 23 novembre 2015 auquel l'intimé s'est finalement rallié, que sur le plan psychiatrique, le recourant a présenté une incapacité de travail de 50% du 10 avril au 17 juin 2012 et présente une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 18 juin 2012.

Il faut dès lors constater qu'à l'issue du délai de carence d'une année durant laquelle il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI), soit le 10 avril 2013, le recourant était totalement incapable de travailler dans toute activité, ce qui lui donne droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2013. En effet, en l'occurrence, le degré d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail (*cf.* TF 9C\_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6 ; TFA I 605/01 du 8 juillet 2002 consid. 3).

**6.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une expertise neurologique et psychiatrique. La requête en ce sens du recourant doit ainsi être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2013.

Il appartiendra dès lors à l'intimé, respectivement à la Caisse de compensation compétente, de calculer le montant de la rente et de déterminer d'office si des intérêts moratoires sont dus sur les arriérés, leur point de départ, ainsi que leur montant.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais 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<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**c)** Enfin, obtenant gain de cause en étant assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens, dont le

montant doit en l'espèce être arrêté à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 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 27 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que F.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013.
- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alexandre Guyaz (pour F.\_\_\_\_\_)
- 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 :