

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 août 2016

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Neu et Mme Dessaux, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Georges Reymond, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8 et 44 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1961, divorcé et père d'un enfant aujourd'hui majeur, a déposé le 31 janvier 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Des pièces recueillies dans le cadre de l'instruction, il est ressorti que le l'assuré, qui avait initialement appris la profession d'ingénieur du son sans obtenir de diplôme, travaillait comme concepteur cinématographique indépendant à 30% tout en percevant des prestations de l'aide sociale. Il est également apparu que, par le passé, l'intéressé n'avait que très sporadiquement perçu des revenus d'une activité lucrative, ayant vécu d'un héritage durant plusieurs années.

Sur requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a fait part de ses observations dans un rapport du 11 février 2011, aux termes duquel il a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de migraine invalidante depuis 2004. S'agissant des restrictions, il a fait état de céphalées invalidantes se manifestant par une fatigabilité excessive et un problème de concentration. Il a indiqué que, d'un point de vue médical, l'activité exercée jusqu'alors était exigible à 70% moyennant une diminution de rendement imputable aux difficultés de concentration. Il a ajouté que les limitations de l'assuré pouvaient être réduites par des mesures médicales, mais que le traitement adapté n'avait pas encore été trouvé. Le 11 mars 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a encore précisé que l'assuré souffrait quotidiennement de céphalées diffuses et invalidantes plus ou moins bien calmées par Panadol, Spedifen ou Migräne-Kranit et que, tous les trois à quatre jours, ces céphalées étaient « à type de migraines vrais à type d'hémicrânie » aussi bien à gauche qu'à droite, nécessitant la prise de Zomig. Il a ajouté que l'examen neurologique était normal et que, quelques années auparavant, l'assuré avait consulté le Dr C.\_\_\_\_\_, neurologue.

Après avoir examiné l'assuré le 12 avril 2011 sur demande de l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a exposé ses conclusions dans un rapport du 13 juillet [recte : avril] 2011. Il a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de céphalées tensionnelles et de probables troubles neuropsychologiques, existant depuis 2005. Il a expliqué qu'il avait vu l'assuré en 2001 dans le contexte d'une symptomatologie de fatigue, maladresse et interversion des syllabes et qu'à l'époque, l'examen clinique s'était avéré normal du point de vue neurologique. Il a ajouté que depuis cinq à six ans, l'intéressé se plaignait de céphalées qui s'étaient intensifiées depuis le début de l'année, avec photophobie et phonophobie, et qu'il décrivait en outre des troubles de la concentration qui allaient en augmentant ; s'agissant plus particulièrement des céphalées, elles duraient vingt-quatre heures et survenaient de façon quasi quotidienne. Pour le Dr C.\_\_\_\_\_, il existait une incapacité de travail de 30% dans l'activité de cinéaste depuis début 2011, incapacité qui devrait être réévaluée en fonction de la réponse à une nouvelle thérapie sous forme d'Inderal associé à du Saroten retard. Concernant les restrictions, ce médecin a signalé des céphalées de tension en voie d'exacerbation depuis trois mois, ainsi que des probables troubles neuropsychologiques avec troubles de la concentration et de l'attention chez un patient connu pour une ancienne dyslexie. Enfin, le Dr C.\_\_\_\_\_ a considéré que l'activité exercée jusqu'alors était exigible au moins à 70% sans diminution de rendement, que les restrictions énumérées pouvaient être réduites par un traitement à base d'Inderal et de Saroten retard et que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail dans quelques mois.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'un examen neuropsychologique réalisé le 27 mai 2011, à la Consultation de neuropsychologie de [...]. Dans son rapport du même jour, la psychologue P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie, a fait état de ce qui suit :

"[...]

A l'échelle HAD [...], le score de dépression (9) est limite et le score d'anxiété (5) est non significatif.

L'échelle de fatigue FAI met en évidence une fatigue importante, non spécifique, ayant un fort impact psychologique et une mauvaise réponse au repos.

### **Conclusions**

**Cet examen, effectué chez un assuré orienté, adéquat, collaborant, légèrement apathique et ralenti, très fatigable, met en évidence :**

- **Un ralentissement modéré des temps de réaction simples et dans la plupart des tâches effectuées sous contrainte temporelle;**
- **Des difficultés d'apprentissage d'un matériel nouveau (verbal ou visuo-spatial), mais sans perte d'information après 45 minutes;**
- **Des fonctions instrumentales globalement préservées (langage oral et écrit, calcul, praxies, gnosies);**
- **De bonnes capacités de raisonnement sur matériel visuo-spatial.**

On peut trouver de tels tableaux chez les personnes présentant des douleurs, mais le seul tableau ne permet pas de se prononcer sur l'étiologie des troubles (organique vs psychologique). Une imagerie (IRM cérébrale) et un examen psychiatrique pourraient aider à préciser le diagnostic.

Il est toutefois fort probable que si les douleurs diminuent, les troubles constatés diminuent également.

Du point de vue strictement neuropsychologique, l'assuré peut travailler à plein temps, mais avec une baisse de rendement de l'ordre de 30%.

Cependant, lorsque ses douleurs sont présentes et engendrent une fatigue importante, elles ne lui permettent certainement pas d'être présent à 100% sur son lieu de travail. Il serait souhaitable d'évaluer cette capacité en contexte, afin de pouvoir se prononcer en tenant compte de tous les facteurs."

Aux termes d'un rapport du 18 juillet 2011 consécutif à une consultation du 15 juillet 2011, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de céphalées essentiellement tensionnelles et de troubles neuropsychologiques caractérisés par un ralentissement des temps de réaction, des difficultés d'apprentissage et une fatigabilité, depuis 2005. Il a indiqué que l'assuré avait été soumis à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale le 8 juillet 2001 [recte : 2011], qui avait mis en évidence un petit anévrisme de 2 mm pointant antérieurement au niveau du 4<sup>e</sup> segment de l'artère vertébrale droite sans autre anomalie ; il s'agissait là d'une découverte fortuite qui ne pouvait rendre compte des céphalées. Concernant les plaintes, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé qu'elles n'avaient pas changé depuis le précédent mois d'avril. Il a estimé que le

pronostic allait dépendre de la réponse au traitement à base d'Inderal et de Saroten instauré le même jour, mais qu'il fallait aussi tenir compte d'un probable état dépressif sous-jacent, ainsi que cela ressortait de l'examen neuropsychologique selon lequel le score de dépression était limite. Il a en outre confirmé son appréciation selon laquelle l'incapacité de travail dans la profession de cinéaste s'élevait à 30% depuis début 2011 mais devrait être réévaluée en fonction de la réponse au nouveau traitement. Concernant les restrictions, le Dr C.\_\_\_\_\_ a évoqué des céphalées de tension, des troubles neuropsychologiques modérés, ainsi qu'un probable état dépressif modéré selon le rapport de la psychologue P.\_\_\_\_\_ - ces restrictions se manifestant par des troubles de l'attention et de la concentration ainsi qu'une fatigabilité. Au surplus, le neurologue a maintenu que l'activité exercée jusqu'alors demeurait exigible à 70% sans diminution de rendement, que les restrictions pourraient être réduites par le biais du nouveau traitement prescrit et que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail dans quelques mois, selon l'évolution sous le traitement proposé. De l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, on pouvait également se poser la question d'une évaluation psychiatrique. A ce compte-rendu était annexé un rapport du 9 juillet 2011 du radiologue T.\_\_\_\_\_, consécutif à l'IRM cérébrale susmentionnée, confirmant l'existence d'un petit anévrisme de 2 mm pointant antérieurement au niveau du 4<sup>e</sup> segment de l'artère vertébrale droite.

Dans un rapport du 2 août 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a signalé les diagnostics incapacitants de migraines invalidantes et d'asthénie. Sur le plan anamnestique, il a exposé qu'il n'y avait aucune modification depuis son précédent compte-rendu. Il a signalé que l'assuré présentait des restrictions sous forme de fatigabilité, de problèmes de concentration et de céphalées, que l'activité exercée jusqu'alors était exigible à 50% et que le rendement était réduit de 50% compte tenu de la fatigabilité et des problèmes de concentration. Il a ajouté que les différents traitements, y compris celui dernièrement mis en place par le Dr C.\_\_\_\_\_, n'avaient pas apporté d'amélioration 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.

Aux termes d'un rapport du 10 août 2011, le Dr W. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu les atteintes principales à la santé de céphalées essentiellement tensionnelles et de troubles neuropsychologiques. Il a considéré que la capacité de travail était de 70% dans l'activité habituelle de cinéaste comme dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, lequel présentait des restrictions sous forme de ralentissement, de fatigabilité et de difficultés d'apprentissage.

Aux termes d'un projet de décision du 13 septembre 2011, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un refus de prestations. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis 2005 et qu'à l'échéance du délai de carence légal, soit en 2006, cette capacité de travail atteignait 70% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (ralentissement, fatigabilité, difficultés d'apprentissage), respectivement que les troubles neuropsychologiques et les céphalées de l'assuré justifiaient une diminution de rendement de 30% dans toute activité. Sur cette base, l'OAI a procédé à l'évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Se fondant sur un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2006 (dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]) et eu égard au temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41,7 heures), l'office a arrêté le revenu annuel sans invalidité à 59'197 fr. 32 et, compte tenu de surcroît d'une capacité résiduelle de travail de 70% et après déduction d'un abattement de 10% (motivé par les limitations fonctionnelles et la capacité de travail réduite de l'assuré), a fixé le revenu avec invalidité à 37'294 fr. 31. L'OAI a retenu que la comparaison des revenus précités mettait en évidence une perte de gain de 21'903 fr. équivalant à un degré d'invalidité de 37%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI. L'office a par ailleurs considéré que des mesures professionnelles ne seraient pas susceptibles

de diminuer le préjudice économique de l'assuré, au vu des limitations fonctionnelles et des difficultés d'apprentissage de ce dernier.

Toujours le 13 septembre 2011, l'OAI a reconnu à l'intéressé un droit à une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. L'intéressé a formellement requis la mise en œuvre de ces mesures par formulaire complété le 31 octobre 2011. Après une rencontre avec l'OAI au cours de laquelle l'assuré déclarera avoir signé le formulaire d'aide au placement « *dans un but de prouv[er] qu'il ne p[ouvai]t pas travailler* », il sera finalement renoncé à cette mesure (cf. procès-verbal d'entretien et rapport final du 3 février 2012).

Le 20 septembre 2011, l'assuré a contesté le projet de décision du 13 septembre précédent. Il a fait valoir que la médication prescrite par le Dr C. \_\_\_\_\_ n'avait fait effet que durant deux semaines environ et a allégué que, dans son cas, aucun traitement n'avait jamais d'effet sur la durée. Il a précisé que le jour de son examen neuropsychologique, il se sentait mieux que d'habitude dans la mesure où il n'avait pas eu besoin de prendre du Zomig avant le début de la consultation, raison pour laquelle ses réflexes avaient dû paraître meilleurs qu'à l'accoutumée. Il a soutenu que seul le Zomig parvenait à le soulager, qu'il en prenait depuis plusieurs années, mais qu'en contrepartie ce médicament amoindrissait énormément ses capacités. Il a ajouté qu'il avait besoin de faire des pauses chaque demi-heure et qu'il était également obligé de se reposer environ une heure entre midi et deux heures, sans quoi il ne parvenait plus à rien faire l'après-midi. Il a relevé, dans ces conditions, qu'il n'arrivait pas à se représenter quel travail il pourrait effectuer.

Par avis médical du 3 octobre 2011, les Drs H. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, du SMR, s'en sont tenus à l'appréciation émise le 10 août 2011 par ledit service.

Par décision du 20 octobre 2011, l'OAI a confirmé son projet du 13 septembre précédent. Toujours le 20 octobre 2011, l'office a adressé une correspondance à l'assuré, réfutant les objections de ce dernier.

**B.** Le 24 novembre 2011, E.\_\_\_\_\_ a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans ce contexte, il a notamment produit un certificat médical établi le 2 août 2011 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, arrêtant la capacité de travail à 50% pour une durée de six mois, ainsi qu'un certificat médical établi le 15 février 2012 par ce même médecin, faisant état d'un arrêt de travail à 100% du 15 février au 15 mai 2012.

Statuant le 16 mai 2013 (AI 340/11 - 112/2013), la juridiction cantonale a admis le recours et annulé la décision rendue le 20 octobre 2011 par l'OAI, lui retournant la cause pour complément d'instruction puis nouvelle décision. La Cour a plus particulièrement retenu que l'office s'était prononcé sur la base d'un état de fait incomplet, dès lors que les interrogations résultant des rapports de la psychologue P.\_\_\_\_\_ et du Dr C.\_\_\_\_\_ quant à l'état de santé psychique de l'assuré demeuraient entières (consid. 5a). Aussi y avait-il lieu de renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique puis rende une nouvelle décision (consid. 6b).

**C.** Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a confié un mandat d'expertise à la Dresse S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Se fondant sur l'étude du dossier transmis par l'office, les déclarations de l'assuré lors d'un examen clinique du 24 février 2014 et un entretien téléphonique du 3 mars 2014 avec le Dr Q.\_\_\_\_\_, le rapport établi le 4 mars 2014 par l'experte S.\_\_\_\_\_ avait notamment la teneur suivante :

### **"3. STATUS CLINIQUE**

#### **Status psychiatrique**

Assuré de présentation correcte, orienté et collaborant ; il est venu seul en train puis en bus. Sa mobilisation est souple et harmonieuse,

la position assise stable sur la chaise durant les 2h15 d'entretien ; aucun mouvement antalgique n'a été décelé.

Le contact est agréable, l'attitude courtoise. La maîtrise de la langue française est de bonne qualité. L'assuré s'exprime dans un discours cohérent et informatif, dont le focus est bien partagé. Il retrace son anamnèse avec bienveillance ; alors que la mémoire des faits est bonne, celle des dates est souvent imprécise (avec plusieurs hésitations sur l'année). La qualité du récit de l'anamnèse reste homogène au fil du temps. Il n'y a pas de trouble du cours de la pensée. La réaction à la confrontation, malgré insistance, ne conduit à aucune perte de moyens ni déstructuration.

Quant à l'anxiété, hormis une notion de crainte du vide apparue ces dernières années ainsi que quelques préoccupations liées aux réalités matérielles, l'expertisé ne montre aucun signe anxieux à caractère pathologique.

La recherche des signes de la lignée dépressive révèle une psychomotricité vive et une thymie souriante. L'appétit est bon, chez un assuré qui aime manger. Le sommeil est de bonne qualité, tout en étant étendu. Il n'y a pas de trouble de l'attention ni de la concentration. La perception de l'avenir est bien structurée, l'intéressé ayant comme projet de terminer son film. L'image de soi est bonne, celle d'une personne ayant une certaine éthique. Il n'y a pas d'anhédonie ni d'aboulie, l'intéressé aimant notamment cuisiner. Il ne se sent pas coupable et n'élabore pas d'idéations suicidaires. Il n'a pas été décelé de signe de fatigabilité.

Malgré une recherche attentive, aucun signe de psychose, même négatif, n'a été identifié : l'identité du moi est préservée, il n'y a pas de perplexité ni d'apragmatisme, aucun phénomène hallucinatoire ni délirant et le raisonnement logique est préservé. Il n'a pas non plus été décelé de signe évocateur d'un trouble grave de la personnalité.

#### **4. DIAGNOSTICS**

##### **1. DIAGNOSTICS AVEC REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

- **AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE Z71.1**

##### **2. DIAGNOSTIC(S) SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

- **TABLEAU SOMATOFORME AVEC COMPOSANTE HYPOCONDRIAQUE ET DE SOMATISATION F45**

#### **5. APPRECIATION DU CAS**

[...]

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse familiale révèle un oncle maternel décédé par suicide et des notions d'angoisses chez un père qui consommait de l'alcool et des médicaments. Du point de vue personnel, l'assuré retrace une enfance harmonieuse, sans antécédent de traumatisme ni de maltraitance. Il déplore toutefois l'éloignement de son père, qui aurait élu résidence dans un appartement sis dans le voisinage de la villa familiale. L'expertisé

n'annonce aucun antécédent psychiatrique d'atteinte à la santé et il ne formule aucune plainte d'ordre psychiatrique.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'un homme orienté et collaborant, muni de bonnes capacités intellectuelles. L'entretien révèle une personne très attentive à ses symptômes, préoccupée par des maux de tête dont la fréquence est annoncée comme étant en augmentation, sans que ceux-ci ne se répercutent sur les compétences cognitives (comme les troubles de la concentration). Des sentiments de lenteur et de baisse de l'énergie appuyés par les observations neuropsychologiques n'ont pas pu être corrélés à un tableau psychiatrique défini ; ils pourraient être corrélés à un déconditionnement. La recherche des signes dépressifs est négative, comme d'ailleurs celle de toute autre maladie psychiatrique.

Face à l'annonce de symptômes subjectifs qui n'ont pas pu être corrélés à une atteinte psychiatrique objectivable, le diagnostic de trouble somatoforme peut être évoqué dans le cadre d'un bilan somatique négatif. L'importance des préoccupations concernant sa propre personne et la notion de douleurs, bien que limitées aux céphalées, ont évoqué des composantes hypo[c]ondriaques et de somatisation, que l'on peut intégrer dans ce tableau somatoforme.

En regard de ce diagnostic, les critères jurisprudentiels de gravité ont été pris en considération comme suit : l'expertisé n'a pas de comorbidité psychiatrique à même de restreindre son exigibilité professionnelle. Les affections corporelles chroniques sont constituées par des céphalées dûment investiguées par le Dr C.\_\_\_\_\_, pour lesquelles une incapacité de travail de 30% a été retenue. Le processus maladif a pu s'étendre sur de nombreuses années, l'expertisé n'ayant jamais travaillé à plein temps. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Le processus défectueux de résolution du conflit n'a pas clairement été établi, mais la composante familiale (la sœur porterait un diagnostic de fibromyalgie) et le confort matériel dans lequel l'intéressé aurait passé une bonne partie de son existence pourraient avoir une influence sur sa motivation à travailler à plein temps. Le traitement prescrit est décrit comme partiellement efficace par l'intéressé, chez qui aucun signe de non-coopération n'a été décelé.

En conséquence, l'évaluation des critères jurisprudentiels de gravité ne met pas en évidence de comorbidité psychiatrique pouvant grever l'exigibilité professionnelle de l'assuré. Ce dernier a les moyens psychiatriques de travailler au maximum des taux reconnus par les examens neurologiques et neuropsychologiques.

Quant aux propositions thérapeutiques, en l'absence d'atteinte psychiatrique à caractère incapacitant, il n'y en a aucune à imposer. Au cas où l'intéressé resterait préoccupé par ses symptômes, une prise en charge psychiatrique peut lui permettre de le rassurer et de l'aider à mettre en place des projets d'avenir professionnel.

Face à ces observations et avec l'accord de l'assuré, contact téléphonique a été pris avec le Dr Q.\_\_\_\_\_, le 3 mars 2014. Dans un aimable entretien, ce médecin traitant a pris note des conclusions de ce rapport.

## **QUANT AU POSITIONNEMENT FACE AUX RAPPORTS MEDICAUX ADRESSES :**

- Les trois rapports médicaux signés par le Dr Q. \_\_\_\_\_ les 11 février 2011, 11 mars 2011 et 27 mai 2011 mettent en évidence des migraines invalidantes et une asthénie. Une certaine exigibilité professionnelle persiste, selon les appréciations de ce médecin traitant.
- Quant aux deux rapports médicaux signés par le Dr C. \_\_\_\_\_ les 13 juillet [recte : avril] 2011 et 18 juillet 2011, l'incapacité de travail estimée à 30% en raison des céphalées tensionnelles est motivée par des limitations neurologiques. La proposition d'une évaluation psychiatrique a été suivie, d'une manière adéquate.
- Le rapport de consultation neuropsychologique signé le 27 mai 2011 par Madame [...]P. \_\_\_\_\_ [sic] met en évidence un ralentissement modéré des temps de réaction simples et dans la plupart des tâches effectuées sous contrainte temporelle. Des difficultés d'apprentissage d'un matériel nouveau sont également relevées. Les autres fonctions sont globalement dans les normes. Cette appréciation, qui permet à l'expertisé de travailler à plein temps mais avec une baisse de rendement de l'ordre de 30%, n'est pas grevée d'une comorbidité psychiatrique à même de réduire son exigibilité professionnelle.

## **QUANT AUX REPONSES AUX QUESTIONS POSEES DANS VOTRE DEMANDE D'EXPERTISE DU 28 NOVEMBRE 2013 :**

### **A. QUESTIONS CLINIQUES**

Cf. rapport d'expertise ci-dessus.

### **B. INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL**

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

##### ***Sur le plan physique***

Cf. rapports neurologiques et neuropsychologique mentionnés ci-dessus.

##### ***Sur le plan psychique et mental***

Aucune limitation.

##### ***Sur le plan social***

Aucune limitation.

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

##### ***2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?***

Aucune atteinte psychiatrique à la santé ne limite l'exigibilité professionnelle de l'expertisé dans l'activité exercée jusqu'ici.

**2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Complète (100%) dans toute activité sur le plan psychiatrique.

**2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?**

Oui, à plein temps sur le plan psychiatrique.

**2.4. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Non sur le plan psychiatrique.

**2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

Bien que l'intéressé n'ait jamais travaillé à plein temps, aucune atteinte psychiatrique à la santé n'a motivé d'incapacité de travail.

**2.6. Comment le degré d'incapacité de travail évolué depuis lors ?**

L'assuré a encore actuellement une exigibilité professionnelle complète dans toute activité sur le plan psychiatrique.

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

Aucune atteinte psychiatrique à la santé ne l'empêche de s'adapter à un environnement professionnel.

**C. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE**

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

Oui si l'expertisé en annonce la motivation. Il a les moyens psychiatriques de s'habituer à un rythme de travail, de s'intégrer dans un tissu social et de mobiliser des ressources existantes.

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

L'intéressé a les moyens psychiatriques d'exercer son poste habituel, que ce soit comme ingénieur du son ou comme concepteur cinématographique, à plein temps.

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

Oui.

**3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**

Sur le plan psychiatrique, aucun critère particulier n'est à satisfaire dans l'exercice d'une activité professionnelle.

**3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?**

A plein temps, par exemple 8 heures par jour.

**3.3. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Non sur le plan psychiatrique.

**3.4. Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?**

Sur le plan strictement psychiatrique, depuis toujours.

**3.5. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**

Sans objet."

Par avis médical SMR du 27 mars 2014 se fondant sur l'appréciation de l'experte S.\_\_\_\_\_, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a considéré qu'en l'absence de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, une pleine capacité de travail était exigible dans toute activité sur le plan psychique. Elle en a déduit que les conclusions du rapport d'examen SMR du 10 août 2011 restaient valables et, dès lors, a retenu que les troubles neuropsychologiques objectivés et les céphalées chroniques justifiaient une baisse de rendement de 30% dans toute activité.

En date du 13 mai 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a relevé que l'expertise conduite par la Dresse S.\_\_\_\_\_ n'avait mis en évidence aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et que, faute de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, une pleine capacité de travail dans toute activité devait être retenue à ce niveau. Cela étant, l'OAI a considéré qu'il y avait lieu de s'en tenir au rapport d'examen SMR du 10 août 2011 retenant une baisse de rendement de 30% en lien avec les troubles neuropsychologiques et les

céphalées chroniques. Sur cette base, l'office a procédé au calcul du préjudice économique de l'intéressé en reprenant les chiffres retenus en 2011, obtenant un degré d'invalidité de 37% inférieur au seuil de 40% donnant droit à une rente. L'OAI a également estimé que d'éventuelles mesures professionnelles ne diminueraient pas le préjudice économique au vu des limitations fonctionnelles et des difficultés d'apprentissage. Néanmoins, une aide au placement pourrait être accordée sur demande écrite et motivée de l'assuré.

Par correspondance du 28 mai 2014, l'assuré a communiqué ses objections à l'encontre du projet susdit. Il a en particulier fait valoir que son état de santé s'était aggravé depuis son courrier du 20 septembre 2011 et qu'aucun traitement n'avait permis d'amélioration à ce jour, l'OAI étant sur ce point invité à proposer une option thérapeutique. A cela s'ajoutait que depuis février 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait émis des certificats d'arrêts de travail à 100%. L'intéressé a ainsi estimé pouvoir prétendre à une rente entière d'invalidité dans l'attente d'un traitement adéquat. A son écrit, il a notamment annexé un certificat médical du 27 mars 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_, faisant mention d'un arrêt de travail pour une période de trois mois à compter du même jour.

Dans une écriture complémentaire du 30 juin 2014 rédigée par son conseil, l'assuré a relevé que, s'il n'était pas question d'une atteinte psychiatrique, ses migraines invalidantes le handicapaient en revanche dans son quotidien. Il a ajouté que le dernier rapport neuropsychologique datait du mois de mai 2011, époque à laquelle une baisse de rendement de 30% lui avait été reconnue alors qu'il travaillait à 50%. Or, se trouvant désormais en arrêt de travail à 100%, il était dès lors impossible que sa baisse de rendement soit la même que s'il travaillait à 50%. Partant, l'assuré a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise portant sur les problèmes dont il souffrait réellement.

Par avis médical SMR du 17 juillet 2014, les Drs H.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont relevé que, dans le rapport d'examen neuropsychologique du 27 mai 2011, la psychologue P.\_\_\_\_\_ avait estimé que « *du point de*

*vue purement neuropsychologique, l'assuré p[ouvai]t travailler à plein temps, mais avec une baisse de rendement de l'ordre de 30% »,* appréciation qui rejoignait celle du Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 février 2011. Considérant dès lors que les éléments mis en avant par l'assuré n'apportaient rien de nouveau, les Drs H.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont retenu que les conclusions émises dans l'avis médical SMR du 27 mars 2014 restaient d'actualité.

Par décision du 13 août 2014, l'OAI a confirmé son projet du 13 mai précédent. Dans une lettre explicative du même jour, l'office a exposé que l'assuré n'avait fourni aucun élément susceptible de modifier sa position et que le projet du 13 mai 2014, établi sur la base d'une instruction complète tant au niveau médical qu'au niveau économique, était en outre conforme en tous points aux dispositions légales.

**D.** Agissant par l'entremise de son conseil, E.\_\_\_\_\_ a recouru le 15 septembre 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvel examen dans le sens des considérants. A titre préalable, le recourant sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire. Au chapitre des mesures d'instruction, il requiert notamment la mise en œuvre d'une expertise, l'audition de témoins, ainsi que la fixation d'une audience. Sur le fond, le recourant relève n'avoir jamais obtenu de réponse concernant le traitement préconisé par l'OAI, alors même que l'on aurait pu s'attendre à ce que les remarques formulées quant aux effets secondaires du Zomig soient prises en compte et à ce qu'une discussion ait lieu à ce sujet. Il observe de surcroît qu'en plus d'un examen psychiatrique, la psychologue P.\_\_\_\_\_ avait suggéré une imagerie afin d'aider à préciser le diagnostic, mais que l'OAI n'a pas donné suite à cette recommandation. Il ajoute que si l'office a certes suivi les considérants de l'arrêt cantonal du 16 mai 2013 en mettant en œuvre une expertise psychiatrique, il reste qu'une fois constatée l'absence de restriction psychiatrique à la capacité de travail, l'intimé n'a pas investigué plus avant la problématique des céphalées invalidantes, notamment quant à leur origine et au traitement qui s'avérerait

réellement efficace. Le recourant maintient en outre qu'il travaillait à 50% à l'époque du rapport neuropsychologique du 27 mai 2011 retenant une baisse de rendement de 30% et que, désormais en arrêt de travail à 100%, il n'est dès lors pas vraisemblable que sa baisse de rendement soit du même ordre que lorsqu'il était capable de travailler à 50%; au contraire, il estime qu'elle doit forcément être supérieure au taux précédemment retenu. A ce propos, il fait valoir que ses maux de tête peuvent survenir de manière imprévisible et durer plusieurs heures, voire la journée entière, et qu'il peut se trouver complètement inapte au travail durant plus que 30% de son temps de travail. Partant, il estime que ce taux est objectivement trop bas dans un contexte général de travail. Cela étant, le recourant considère qu'un nouvel examen neuropsychologique s'avère nécessaire afin de disposer de données actuelles et complètes sur l'ampleur et l'impact de ses maux de tête du point de vue de sa capacité de travail. Enfin, le recourant souligne qu'aucune suite n'a été donnée à la proposition de la psychologue P. \_\_\_\_\_ tendant à une évaluation de la capacité de travail en contexte. A l'appui de ses allégués, le recourant produit notamment les pièces suivantes :

- un certificat médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2013, prononçant un arrêt de travail à 100% à compter de cette même date et pour une durée de trois mois ;

- une attestation de ce même médecin du 18 juin 2014, libellée comme suit :

"Je soussigné, certifie suivre régulièrement en consultation depuis le 07/08/2008 Monsieur E. \_\_\_\_\_ né le [...]1961.

Ce patient présente des céphalées et des migraines particulièrement fréquentes et invalidantes.

Ces douleurs résistent aux différents traitements mis en place pour soulager Monsieur E. \_\_\_\_\_. Elles l'empêchent de se concentrer et l'obligent à avoir une activité réduite.

De ce fait Monsieur E. \_\_\_\_\_ est dans l'impossibilité d'assurer un poste de travail à 100% pendant ses périodes de douleur qui sont, au[x] dire[s] du patient, quasi quotidiennes."

- un certificat médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2014, selon lequel l'arrêt de travail à 100% doit être reconduit pour une durée de trois mois dès cette même date ;

- une déclaration écrite du recourant, datée du 20 août 2014 et dont on extrait ce qui suit :

"Je demande à mon avocat, Maître Georges Reymond, de bien vouloir joindre ce courrier à mon recours.

Dans ma lettre du 28 mai 2014 adressée à l'office AI, je demande quel traitement adéquat il préconiserait.

Je n'ai jamais reçu de réponse concernant ce point que je trouve essentiel.

Cela prouve-t-il qu'un traitement adéquat n'existe pas et que les affections dont je souffre ne peuvent pas être guéries ? Cela démontrerait aussi que j'ai droit à une rente."

En date du 18 septembre 2014, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 20 août 2014 et désigné Me Georges Reymond en tant qu'avocat d'office.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 20 octobre 2014, renvoyant au rapport d'expertise psychiatrique du 4 mars 2014 ainsi qu'aux avis du SMR des 27 mars et 17 juillet 2014.

Aux termes de sa réplique du 15 décembre 2014, le recourant maintient ses précédents motifs et conclusions. Il sollicite plus particulièrement l'audition du Dr Q. \_\_\_\_\_ et de la psychologue P. \_\_\_\_\_ en qualité de témoins.

Dupliquant le 14 janvier 2015, l'intimé confirme sa position. Il conteste plus précisément la nécessité de nouvelles investigations en l'absence d'indices sérieux en faveur d'une aggravation de la situation médicale sur le plan somatique depuis 2011. Il souligne en particulier qu'une IRM cérébrale - qui n'avait pas encore été effectuée lors du rapport neuropsychologique de fin mai 2011 - a été réalisée le 8 juillet 2011 et a

mis en évidence un petit anévrisme ne pouvant toutefois expliquer les céphalées. L'OAI considère, dans ces circonstances, qu'il ne peut lui être reproché de n'avoir pas complété l'instruction dans ce sens.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant 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 de l'AI.

**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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences

d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**c)** Au cours des dernières années, la jurisprudence a plus particulièrement dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4 ss ; cf. consid. 3c/bb *infra*). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**aa)** Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (cf. TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 avec les références citées).

**bb)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance

à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

**cc)** Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (cf. ATF 141 V 281 consid. 8, renvoyant à l'ATF 137 V 210 consid. 6 *in initio*).

**4. a)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

**b)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier

l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

**5.** Il est constant que la décision de refus de prestations rendue le 20 octobre 2011 par l'OAI a été annulée par la Cour de céans le 16 mai 2013, avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique.

Après avoir repris l'instruction de l'affaire, l'OAI a maintenu son refus de prester par décision du 13 août 2014, objet de la présente contestation. Il s'est en particulier fondé sur le rapport d'expertise du 4 mars 2014 de la Dresse S. \_\_\_\_\_ pour retenir que l'assuré ne présentait aucun trouble psychiatrique susceptible d'entraver sa capacité de travail, laquelle était donc entière sur ce plan. Cela étant, l'office a considéré qu'il y avait lieu de s'en tenir au rapport d'examen SMR du 10 août 2011 et a conclu à une baisse de rendement de 30% en lien avec les troubles neuropsychologiques et les céphalées chroniques de l'intéressé. C'est sur

cette base que l'intimé a nié tant le droit à une rente qu'à un reclassement professionnel.

Le recourant, de son côté, a contesté le positionnement de l'OAI, faisant essentiellement valoir que s'il ne souffrait pas de troubles psychiques, l'instruction méritait en revanche d'être complétée afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail au regard de ses céphalées.

**a)** Dans le cadre de la procédure antérieure (cf. CASSO AI 340/11 - 112/2013 du 16 mai 2013 consid. 5a), il était apparu que l'assuré souffrait de céphalées - essentiellement tensionnelles (cf. rapports du Dr C. \_\_\_\_\_ des 13 avril et 18 juillet 2011), voire à caractère migraineux (cf. rapports du Dr Q. \_\_\_\_\_ des 11 février, 11 mars et 2 août 2011) - et de troubles neuropsychologiques (cf. rapports du Dr C. \_\_\_\_\_ des 13 avril et 18 juillet 2011; cf. rapport de la psychologue P. \_\_\_\_\_ du 27 mai 2011), respectivement d'asthénie (cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 2 août 2011). La psychologue P. \_\_\_\_\_ avait par ailleurs signalé que le score de dépression était limite, que le tableau ne permettait pas de se prononcer sur l'étiologie des troubles (organique ou au contraire psychologique), et qu'une IRM cérébrale ainsi qu'un examen psychiatrique pourraient aider à préciser le diagnostic (cf. rapport du 27 mai 2011). Puis, après une IRM cérébrale du 8 juillet 2011 ayant mis en évidence un petit anévrisme ne pouvant toutefois pas expliquer les céphalées de l'assuré, le Dr C. \_\_\_\_\_ avait estimé qu'il y avait lieu de tenir compte d'un probable état dépressif sous-jacent eu égard au score de dépression limite signalé par la psychologue P. \_\_\_\_\_, considérant que l'on pouvait se poser la question d'une évaluation psychiatrique (cf. rapport du 18 juillet 2011).

**b)** L'expertise psychiatrique réalisée par la Dresse S. \_\_\_\_\_ suite au complément d'instruction requis par la Cour de céans n'a pas permis de déceler des signes de la lignée dépressive - contrairement aux doutes émis par la psychologue P. \_\_\_\_\_ et le Dr C. \_\_\_\_\_ quant à un état dépressif sous-jacent - ou de toute autre maladie psychiatrique. Cette expertise a en revanche mis en évidence un tableau somatoforme avec composante hypocondriaque et de somatisation, sans impact sur la

capacité de travail. Procédant à l'analyse des critères jurisprudentiels de gravité liés à un tel diagnostic, l'experte a indiqué que l'intéressé ne présentait pas de comorbidité psychiatrique à même de restreindre l'exigibilité professionnelle, que les affections corporelles chroniques étaient constituées par des céphalées - dûment investiguées par le Dr C.\_\_\_\_\_ - pour lesquelles une incapacité de travail de 30% avait été retenue, que le processus maladif avait pu s'étendre sur de nombreuses années dans la mesure où l'expertisé n'avait jamais travaillé à plein temps, qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale et que le processus défectueux de résolution du conflit n'avait pas clairement été établi, mais que la composante familiale (une sœur qui souffrirait de fibromyalgie) et le confort matériel dans lequel l'assuré aurait passé une bonne partie de son existence pourraient avoir une influence sur sa motivation à travailler à plein temps. L'experte a également observé que le traitement prescrit était décrit comme partiellement efficace par l'intéressé, chez qui aucun signe de non-coopération n'avait été décelé. En conséquence, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a retenu que l'évaluation des critères jurisprudentiels de gravité ne mettait pas en évidence de comorbidité psychiatrique pouvant grever l'exigibilité professionnelle du recourant, ce dernier ayant les ressources psychiques pour travailler au maximum des taux reconnus par les examens neurologiques et neuropsychologiques (cf. rapport d'expertise du 4 mars 2014 pp. 5 et 6).

**c)** L'experte S.\_\_\_\_\_ s'étant prononcée sur la nature incapacitante d'un trouble somatoforme douloureux à l'aune des critères jurisprudentiels antérieurs à l'ATF 141 V 281, il convient d'examiner si son analyse satisfait ou non aux nouveaux jalons posés par le Tribunal fédéral dans l'arrêt susdit, applicables sur le plan du droit intertemporel (cf. consid. 3c/cc surpa). La Cour de céans ne peut cependant qu'apporter une réponse négative à cette question.

Certes, c'est à la lumière de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) que la Dresse S.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux - en référence au chiffre F45 (« *Troubles somatoformes* »).

L'experte s'est ainsi fondée sur un système de classification médicale reconnu. A l'appui de ce diagnostic, elle s'est toutefois contentée de relever que, face à l'annonce de symptômes subjectifs ne pouvant être corrélés à une atteinte psychiatrique objectivable, le diagnostic de trouble somatoforme pouvait être évoqué dans le cadre d'un bilan somatique négatif, l'importance des préoccupations de l'assuré concernant sa propre personne et la notion de douleurs, bien que limitée aux céphalées, laissant évoquer des composantes hypocondriaques et de somatisation (cf. rapport d'expertise du 4 mars 2014 p. 6). Elle n'a en revanche guère donné d'indications sur le degré de gravité inhérent à ce diagnostic et sa brève description de l'atteinte retenue ne permet pas, au final, de se déterminer clairement quant aux éléments requis par la CIM-10 pour conclure à cette pathologie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1) – étant relevé que, selon dite classification, les troubles somatoformes ont comme caractéristique essentielle une apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique, l'existence d'un trouble physique authentique ne permettant en outre de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet (cf. CIM-10-GM 2014, Index systématique – Version française, Volume 1 [chapitres I-XI], Neuchâtel 2014, 203, texte édité par l'Office fédéral de la statistique [OFS]).

Le contenu de l'expertise ne permet pas non plus de se positionner objectivement quant à la présence d'indices d'une éventuelle exagération des symptômes de la part de l'assuré (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2) – la Dresse S.\_\_\_\_\_ n'ayant notamment pas indiqué si les plaintes de l'intéressé l'avaient laissée insensible ou si de lourds handicaps avaient été allégués malgré un environnement psycho-social intact. A cela s'ajoute que, bien qu'ayant signalé un traitement partiellement inefficace chez un assuré ne montrant pourtant aucun signe de non-coopération (cf. rapport d'expertise du 4 mars 2014 p. 6), l'experte n'en a tiré aucune réelle conclusion pour l'appréciation du cas. Or, non seulement le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants

indicateurs du degré de gravité, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art avec une coopération optimale de l'assuré évoquant un pronostic négatif (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2), mais encore la mesure dans laquelle des traitements sont mis à profit ou alors négligés permet-elle d'évaluer le poids effectif des souffrances (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.2). La Dresse S.\_\_\_\_\_ ne s'est pas non plus penchée sur l'interaction entre les différentes atteintes évoquées (céphalées tensionnelles/migraineuses, troubles neuropsychologiques, asthénie) et le trouble somatoforme. Toutefois, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient de réunir sous un seul indicateur les anciens critères de la "comorbidité psychiatrique" et des "affections corporelles concomitantes" et, cela étant, de procéder à une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec tous les autres troubles concomitants qui ont valeur de maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3) - ce que l'experte a négligé. L'expertise ne comporte de surcroît aucune analyse détaillée consacrée spécifiquement au développement et à la structure de la personnalité de l'assuré (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2), l'experte s'étant contentée de mentionner que l'identité du moi était préservée et qu'elle n'avait pas décelé de signe évocateur d'un trouble grave de la personnalité (cf. rapport d'expertise du 4 mars 2014 p. 5). Finalement, la Dresse S.\_\_\_\_\_ ne s'est pas non plus exprimée sur la cohérence entre le degré de gravité fonctionnel et les répercussions de l'atteinte à la santé dans les différents domaines de la vie. Plus particulièrement, si l'experte a certes affirmé que, du point de vue psychiatrique, le recourant avait les moyens de travailler au maximum du taux retenu sur les plans neurologique et neuropsychologique (cf. rapport d'expertise du 4 mars 2014 p. 6), aucun raisonnement médical objectif ne vient toutefois étayer cette affirmation. En l'état, on doit donc considérer qu'il manque également dans l'appréciation de la Dresse S.\_\_\_\_\_ l'évaluation des ressources personnelles de l'assuré au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

Des considérations qui précèdent, il résulte que l'expertise de la Dresse S.\_\_\_\_\_ ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles définies par la Haute Cour (cf. consid. 3c supra). Elle ne peut donc être considérée comme probante (cf. consid. 4b supra). Il suit de là que, comme précédemment, le dossier ne contient au final aucune appréciation psychiatrique permettant de se prononcer en connaissance de cause sur l'état de santé psychique du recourant.

**d)** Partant, du point de vue psychiatrique, la cause n'est toujours pas en l'état d'être jugée. Des mesures d'investigations supplémentaires sont donc indispensables à ce niveau.

**6. a)** Cela étant, il est vrai que devant la Cour de céans, le recourant s'est principalement prévalu des céphalées l'affectant depuis plusieurs années et ne répondant qu'imparfaitement aux traitements mis en œuvre, lesquels influeraient à leur tour sur son état de santé. Il serait toutefois prématuré de se prononcer sur le sujet à ce stade de l'instruction. En effet, force est de rappeler que c'est précisément faute de pouvoir se prononcer sur l'étiologie – organique ou psychologique – des troubles constatés et considérant que l'évolution de ceux-ci était fort probablement liée à celle des douleurs, que la psychologue P.\_\_\_\_\_ a préconisé, dans son rapport du 27 mai 2011 (p. 4), une imagerie ainsi qu'un examen psychiatrique afin de pouvoir préciser le diagnostic. Or, si une imagerie a bel et bien été effectuée – contrairement à ce que soutient le recourant (cf. mémoire de recours du 15 septembre 2014 p. 6) – sans toutefois permettre d'établir l'origine organique des troubles annoncés (cf. rapport du 9 juillet 2011 du Dr T.\_\_\_\_\_ et rapport du 18 juillet 2011 du Dr C.\_\_\_\_\_), il reste qu'à ce jour, l'instruction s'avère incomplète du point de vue psychiatrique, en l'absence d'une expertise répondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. consid. 5 supra). C'est donc bien dans le cadre du complément d'instruction à intervenir que ce dernier aspect devra être pris en considération et, le cas échéant, faire l'objet d'investigations plus poussées.

Pour le même motif, il ne saurait non plus être question de se prononcer ici quant aux nouveaux examens neuropsychologiques réclamés par le recourant (cf. mémoire de recours du 15 septembre 2014 p. 8). Certes, la Cour de céans relève que, *prima facie*, les pièces au dossier ne font état d'aucun élément concret susceptible de montrer que l'examen effectué en mai 2011 ne serait plus d'actualité. On ne saurait en effet s'en tenir aux seules affirmations de l'assuré ou aux avis - dépourvus de motivation - émis en procédure par le Dr Q. \_\_\_\_\_. Il y a toutefois lieu de réserver, sur ce plan également, les éventuelles lacunes que pourrait mettre en lumière le complément d'instruction à intervenir sous l'angle psychiatrique.

Quant à la mise en œuvre d'une évaluation « *en contexte* » (cf. mémoire de recours du 15 septembre 2014 p. 9), cette question ne se posera qu'une fois connue la capacité résiduelle de travail de l'intéressé. C'est en effet aux médecins - et non à un centre d'observation professionnelle (cf. TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1) - qu'il appartient de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (cf. ATF 125 V 256 consid. 4).

**b)** Par surabondance, il s'avère encore judicieux d'apporter les précisions suivantes.

On relèvera d'une part que, contrairement à ce que semble penser l'assuré (cf. opposition du 28 mai 2014, écriture du 20 août 2014 et mémoire de recours du 15 septembre 2014 p. 5), il n'incombe aucunement à l'OAI mais bien au corps médical de l'orienter sur le plan thérapeutique. Sur ce plan, ses griefs sont donc mal fondés.

D'autre part, il convient de faire remarquer au recourant que son taux d'activité à l'époque des différents examens médicaux ne doit pas être confondu avec la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de sa part sur la base d'une évaluation médicale objective. Ainsi, le simple fait d'avoir été mis en arrêt de travail à 100% par son médecin

traitant depuis 2012 ne suffit pas, du point de vue de l'AI, pour conclure à une diminution corrélative de l'exigibilité (cf. complément d'opposition du 30 juin 2014 p. 1 et mémoire de recours du 15 septembre 2014 p. 7).

**7. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, force est de constater que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante, que ce soit sous l'angle de l'état de santé du recourant dans sa globalité ou des conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle. Il apparaît plus particulièrement que l'instruction doit être complétée afin que la pertinence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux ainsi que l'éventuel caractère invalidant de cette atteinte puissent être

examinés au regard des nouveaux principes applicables en la matière (cf. ATF 141 V 281 et consid. 3c supra). Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

**c)** Pour le surplus, vu l'issue du litige, la Cour de céans s'abstiendra de donner suite aux requêtes de mesures d'instruction du recourant visant à l'appointement d'une audience et à l'audition de témoins.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD). Ce montant

correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, celle-ci ayant été accordée avec effet au 20 août 2014. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

**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 13 août 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents 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 Georges Reymond (pour le recourant),
- 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 :