

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 mars 2025

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges  
Greffier : M. Genilloud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** O.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC en gestionnaire du commerce de détail, travaille depuis le 18 mars 2019 en qualité de conseiller de vente au sein de l'entreprise K.\_\_\_\_\_ SA (anciennement : E.\_\_\_\_\_ AG), d'abord à 80 %, puis à 40 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2022.

Le 15 février 2023, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une algie vasculaire de la face d'origine inconnue depuis 2018, exponentielle depuis 2021.

Dans un rapport du 2 mai 2023, la Dre U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a confirmé que l'assuré souffrait d'une algie vasculaire de la face depuis quelques années. Nonobstant les traitements entrepris, notamment par oxygénothérapie et par triptans, l'évolution n'était pas favorable, avec des crises douloureuses survenant par poussées - diurnes ou nocturnes - avec des accalmies durant plusieurs semaines d'affilées, puis des semaines plus calmes. Elle a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était d'environ 50 % dans son activité habituelle.

Dans un rapport du 13 juin 2023, la Dre U.\_\_\_\_\_ a constaté une baisse des épisodes, avec un soulagement net depuis l'introduction de mélatonine en janvier 2023, précisant que la situation médicale était plutôt stable.

Dans un rapport du 15 juin 2023, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a indiqué que la capacité de travail de son patient était de 40 % depuis le 24 octobre 2022, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, en raison des troubles de la concentration, des difficultés de raisonnement ainsi que de la fatigabilité accrue, en grande partie liés à la douleur brusque et imprévisible.

Le 13 novembre 2023, le Dr H.\_\_\_\_\_, en réponse à une demande de renseignements de l'OAI du 2 octobre 2023, a notamment indiqué qu'il était possible qu'une atteinte psychiatrique puisse influencer la capacité de travail de l'assuré.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), s'interrogeant sur les raisons pour lesquelles l'assuré était toujours en incapacité de travail de 60 % de manière continue, nonobstant l'amélioration de sa pathologie et une diminution de la fréquence des crises algiques, a, par avis du 9 janvier 2024, préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire avec volets neurologique et psychiatrique.

Dite expertise a été confiée au Pr. L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et au Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du centre d'expertise N.\_\_\_\_\_ Sàrl.

Dans leur rapport d'expertise du 10 avril 2024, les experts ont retenu, sur le plan neurologique, le diagnostic d'algie vasculaire de la face (céphalées en grappe ; G.44.0) sans limitations fonctionnelles et, sur le plan psychiatrique, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation du cannabis (F12). Ils ont estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle, tant sur le plan neurologique que psychiatrique, ce depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023, respectivement depuis toujours.

Par avis du 18 avril 2024, le SMR a indiqué qu'il faisait siennes les conclusions des experts.

Par projet de décision du 18 avril 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit aux prestations de l'assurance-invalidité au motif que son incapacité de travail, s'étendant uniquement du 24 octobre 2022 au 31 août 2023, n'avait pas duré une année au moins.

Le 7 mai 2024, l'assuré a transmis ses objections à l'encontre du projet de décision précité, indiquant qu'il était toujours en incapacité de travail au 1<sup>er</sup> septembre 2023.

Le 25 juin 2024, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 13 juin 2024 du Dr H.\_\_\_\_\_, lequel attestait en particulier d'une augmentation des crises quotidiennes de céphalées à la suite d'une tentative, rapidement avortée, d'une augmentation du taux d'activité à 80 % à la fin du mois de mars 2024. Ce médecin se prononçait en faveur de l'octroi d'une rente d'invalidité partielle.

Par avis du 4 juillet 2024, le SMR a estimé que le rapport du 13 juin 2024 du Dr H.\_\_\_\_\_ n'était pas susceptible de modifier son appréciation, relevant en particulier que l'expertise bi-disciplinaire du 10 avril 2024 ne mettait pas en évidence de corrélation entre des facteurs déclenchants et la fréquence des crises, ce qui rendait peu plausible l'hypothèse d'une augmentation de la fréquence des crises d'algies vasculaire en lien avec l'augmentation du taux de travail ; les crises algiques entraînaient seulement une incapacité de travail transitoire. Le Dr H.\_\_\_\_\_ ne s'était de surcroît pas prononcé sur la capacité de travail de son patient.

Par décision du 4 juillet 2024, l'OAI a confirmé en tout point son projet de décision.

**B.** Par acte du 2 novembre (recte : 2 septembre) 2024, O.\_\_\_\_\_ a déféré la décision du 4 juillet 2024 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité qui tienne compte des dates, des documents fournis et de la chronologie de ses divers certificats médicaux. En substance, il contestait avoir recouvré une capacité de travail entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2023. Le caractère aléatoire et imprévisible des crises atteignait considérablement son moral et incommodait fortement son quotidien. Malgré l'abaissement de son taux de travail de 80 % à 40 %, en 2022, il n'arrivait pas à se rendre tous les jours au travail, étant

régulièrement contraint de rester à la maison lorsque les douleurs l'avaient tenu éveillé toute la nuit et le début de matinée.

Dans sa réponse du 28 octobre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par duplique du 24 novembre 2024, l'assuré a critiqué plusieurs pans de l'expertise bi-disciplinaire du 10 avril 2024. Il relevait que la conclusion de l'expert neurologue se fondait sur une longue période de rémission durant la deuxième moitié de l'année 2023, ce qui ne permettait pas de conclure à une guérison définitive. Il en voulait pour preuve que les années 2022 et 2024 avaient été éprouvantes. L'expertise ne tenait en outre pas suffisamment compte des symptômes spécifiques de sa maladie, lesquels rendaient un travail à plein temps impossible, en particulier en raison de la soudaineté des crises et du fort état d'épuisement susceptible de survenir en cas de crises nocturnes successives. Quant à la conclusion des experts, selon laquelle les crises algiques ne semblaient pas avoir de répercussion sur ses loisirs, ses interactions sociales ou ses tâches domestiques, il soulignait qu'il disposait effectivement de possibilités d'adaptation pour de telles activités, qui n'existaient toutefois pas dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle.

Le 26 novembre 2024, l'assuré a indiqué à la Cour de céans que le Pr. C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, l'avait reçu à sa consultation et que ce dernier lui avait attesté qu'il souffrait de la forme chronique de sa maladie, et non plus de la forme épisodique.

Par duplique du 10 décembre 2024, l'OAI a indiqué que l'assuré n'avait fourni aucune pièce médicale nouvelle qui permettrait d'étayer une aggravation significative et durable de la situation entre l'expertise, à laquelle il convenait d'accorder une pleine valeur probante, et la décision du 4 juillet 2024.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant aux mesures professionnelles ou à une rente d'invalidité, singulièrement la question de savoir si le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute

demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations le 15 février 2023, laquelle a été refusée par l'intimé par décision du 4 juillet 2024. Il convient dès lors d'appliquer le nouveau droit.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**6. a)** En l'espèce, il est établi que le recourant souffre d'une algie vasculaire de la face (ou de céphalées en grappe).

L'intimé a toutefois dénié au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Se fondant sur le rapport d'expertise du 10 avril 2024, duquel il ressort en particulier que le recourant disposait d'une capacité de travail entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2023, il a constaté que l'intéressé n'avait pas présenté d'incapacité de travail de 40 % au moins durant une année sans interruption notable. De son côté, le recourant conteste être en mesure de travailler à temps plein à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2023, faisant en substance valoir qu'il n'est pas guéri et que sa maladie est au contraire devenue chronique.

**b)** Cela étant, il n'y a aucune raison de s'écarter du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 10 avril 2024 réalisé auprès de N. \_\_\_\_\_ Sàrl.

**aa)** D'un point de vue formel, le tribunal constate que les experts ont rendu leur rapport sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par le recourant, de ses antécédents, du déroulement de sa journée type et de son traitement. Chacun des experts a personnellement rencontré le recourant et procédé à son examen clinique. Leurs conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées, claires et exemptes de contradiction. Ils ont par ailleurs discuté en détails les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail du recourant chacun dans leur discipline respective, puis dans le cadre d'une évaluation consensuelle. Ils ont par ailleurs expliqué les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu certains diagnostics susceptibles d'entrer en considération.

**bb)** D'un point de vue matériel, l'expert neurologue a posé le diagnostic d'algie vasculaire de la face (céphalées en grappe ; G.44.0). L'examen neurologique réalisé était normal et aucune limitation fonctionnelle n'était retenue à ce titre. En définitive, il a estimé que seule une incapacité de travail ponctuelle pouvait être retenue d'octobre 2022 à août 2023 en raison de céphalées intenses et fréquentes, mais qu'à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2023, la capacité de travail du recourant dans

son activité habituelle était de 100 % sans baisse de rendement. Sur le plan psychiatrique, l'expert-psychiatre a retenu le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis (F12). Pour le reste, il a souligné l'absence de psychopathologie spécifique. Le recourant n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, n'était pas suivi par un psychiatre et ne prenait pas de traitement psychopharmacologique. La consommation de cannabis ne revêtait pas de critères de gravité et les chances de guérison étaient excellentes en l'absence de syndrome de dépendance. Le recourant disposait par ailleurs de nombreuses ressources, en particulier la capacité de s'adapter aux règles et aux routines, de planifier et de structurer les tâches et de faire usage de compétences spécifiques. Le recourant n'était pas psychotique. Sa capacité de jugement, de prise de décision, d'endurance, et celles de s'affirmer et d'évoluer au sein d'un groupe étaient conservées. Il pratiquait des activités spontanées en dehors de ses obligations professionnelles (pratique de plusieurs sports et des jeux-vidéos en ligne) et disposait d'un cercle de relations étendu. Il était à la fois capable de soutenir son activité professionnelle, parfois des jours entiers, et d'effectuer l'ensemble de ses tâches ménagères quotidiennes. En fin de compte, l'expert psychiatre a évalué la capacité de travail du recourant à 100 % dans son activité habituelle, sans baisse de rendement, précisant que l'intéressé était en mesure de soutenir le maximum horaire exigible moyen, ce qu'il faisait déjà certains jours de la semaine.

On ajoutera également qu'il apparaît, au vu des éléments au dossier, que l'état de santé du recourant s'est progressivement amélioré, ce même antérieurement au 1<sup>er</sup> septembre 2023. Ainsi, dans le procès-verbal de l'entretien téléphonique du 13 mars 2023 (cf. IP-rapport initial du 13 mars 2023), le recourant a déclaré à l'intimé que les mois de mars à octobre 2022 avaient été compliqués mais que durant les quatre à cinq derniers mois ça allait plutôt bien. D'ailleurs, le Dr H. \_\_\_\_\_ avait attesté d'une capacité totale de travail à compter du 1<sup>er</sup> avril 2023, avant que celle-ci ne soit à nouveau abaissée à 40 %, nonobstant l'absence de crise algique décrite durant l'année 2023. Aussi, dans le cadre de l'entretien avec l'expert neurologue, il a rapporté une amélioration progressive avec

diminution de la fréquence puis de l'intensité des céphalées, indiquant être dans une bonne période depuis plusieurs mois et que l'année 2023 avait été meilleure. Il ne prenait plus de médicament de manière régulière, ni de traitement préventif des migraines ; seulement de l'Imigran en cas de crise. En outre, le recourant avait également évoqué la possibilité de réaugmenter son taux d'activité durant l'année 2023. Ainsi, s'estimait-il capable d'augmenter son taux d'activité jusqu'à 80 %, mais y avait renoncé par crainte d'être licencié en raison de son incapacité à prévoir la fréquence et l'intensité des crises. Enfin, dans son rapport du 13 juin 2023, la Dre U. \_\_\_\_\_ a attesté d'une baisse des épisodes, avec un soulagement net depuis l'introduction de mélatonine en janvier 2023.

**cc)** Le dossier ne contient aucun document médical susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise, étant précisé à cet égard que les brefs rapports médicaux établis par les Dr H. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment étayés pour établir l'incapacité de travail à long terme du recourant. Compte tenu des explications données, il n'y a également pas lieu de tenir compte des différents certificats d'incapacité de travail établis par le médecin traitant du recourant. Il convient d'ailleurs de rappeler que si une péjoration de l'état de santé du recourant, en raison d'une recrudescence des céphalées, ne peut être exclue à plus ou moins long terme, il n'y a pas lieu de la prendre en considération de façon anticipée dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail, ce d'autant qu'elle n'est ni prévisible ni quantifiable (cf. TF 9C\_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 4.3.2). Enfin, l'allégation du recourant selon laquelle sa maladie serait passée du stade épisodique à celui de chronique n'est, à ce stade, pas rendue vraisemblable, faute de rapport médical au dossier l'attestant.

**c)** En définitive, il convient de retenir que le recourant dispose, à tout le moins depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023, d'une capacité de travail complète dans son activité habituelle. Compte tenu du début attesté de l'incapacité de travail, soit le 24 octobre 2022, c'est à juste titre que l'intimé a dénié au recourant le droit aux mesures professionnelles et à la

rente d'invalidité, faute pour ce dernier d'avoir présenté une incapacité de travail de 40 % au moins durant un an sans interruption notable.

**d)** Compte tenu de l'allégation du recourant selon laquelle son état de santé serait passé du stade épisodique à celui de chronique (cf. courriel du 26 novembre 2024), le dossier est transmis à l'office intimé pour qu'il reprenne l'instruction à titre de nouvelle demande.

**7. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants.

**IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'O.\_\_\_\_\_.

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- O.\_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :