

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 décembre 2012

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Monod, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Filippo Ryter, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1961, ressortissant britannique entré en Suisse en 1989, au bénéfice d'un permis C, célibataire, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) en date du 10 décembre 2003. Sollicitant l'octroi d'une rente dans l'attente d'une mesure de rééducation dans la même profession (directeur commercial), il a fait état par la plume de son conseil de troubles neuropsychologiques entraînant un ralentissement de l'accès lexical, des difficultés mnésiques, un fléchissement des fonctions exécutives et des fluctuations importantes lors d'épreuves d'attention soutenues. Etait joint un rapport médical du 12 septembre 2003 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, mettant en évidence, outre une décompensation anxio-dépressive, une fatigue majeure ainsi que des difficultés de mémoire et de concentration.

Procédant à l'instruction médicale du dossier, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a recueilli divers avis médicaux, notamment auprès des Drs T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne (rapport du 20 janvier 2004, où étaient notamment diagnostiqués un syndrome dépressif ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique avec somatisation existant depuis mars 2000; il relevait dans son anamnèse un syndrome dépressif, des troubles du sommeil, une asthénie ainsi que des difficultés de concentration et de mémoire; selon lui, la capacité de travail en tant que directeur de société était nulle depuis le 18 mars 2002), et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant (rapport du 19 février 2004, dans lequel étaient diagnostiqués un syndrome de fatigue chronique ainsi que des troubles psycho-organiques en rapport avec une atteinte cérébrale, son incapacité de travail étant totale depuis 2001). Sur le plan professionnel, l'assuré a travaillé de 1988 à 2002 en tant que directeur commercial d'une entreprise de cosmétiques à Lausanne. Il est en arrêt de travail à 100% depuis le 18 mars 2002 (cf. questionnaire pour l'employeur, complété le 18 mars 2004).

Dans un avis médical du 1<sup>er</sup> février 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a considéré ce qui suit:

«Assuré de 44 ans, célibataire, ayant travaillé comme directeur commercial dans une société de cosmétiques, en IT complète depuis le 18.03.2002, attestée par son psychiatre traitant, le Dr R.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 19.02.2004, ce dernier fait état d'un syndrome de fatigue empêchant l'assuré de reprendre une activité professionnelle dans le cadre d'un status après deux AIT [accidents ischémiques transitoires, réd.], sur foramen ovale perméable qui a été opéré. Il mentionne un possible stress post-traumatique avec somatisation, et relève antérieurement un état anxiodépressif survenu en 1994, en rapport avec des stress multiples liés au travail qui s'est guéri sous traitement.

Le rapport neurologique ne donne pas d'explication quant à la fatigabilité de l'assuré, et les examens neuropsychologiques mettent en évidence de discrets troubles au niveau de l'accès lexical et dans les fonctions exécutives, avec des capacités de mémoire de travail conservées.

Afin de clarifier la situation médicale de l'assuré et de déterminer sa CT exigible, il convient de procéder à une expertise psychiatrique.»

Une expertise médicale multidisciplinaire a été réalisée le 16 février 2006 au Centre Z.\_\_\_\_\_ - Centre d'Observation Médicale de l'Assurance Invalidité par les Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et X.\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP. Dans leur rapport du 5 mai 2006, les experts se sont exprimés en ces termes sous l'intitulé «discussion»:

«[...]

Résumé du dossier:

Monsieur H.\_\_\_\_\_ est un assuré de 45 ans, d'origine britannique, célibataire, directeur commercial. Il a présenté deux accidents vasculaires ischémiques transitoires en janvier 1996 et mars 1997 se manifestant comme hémisynndrome sensitivo-moteurs gauches. Un foramen a été découvert comme responsable de ces accidents, la fermeture a été effectuée en juillet 1997. L'assuré a présenté un arrêt cardiorespiratoire dans les suites opératoires immédiates. Depuis cette époque, il va développer une peur de ne plus pouvoir respirer et un état de fatigue persistant à ce jour.

Situation actuelle:

Sur le plan neurologique, l'examen ne révèle qu'un discret hémisyndrome moteur gauche, sans aucune répercussion fonctionnelle.

Sur le plan neuropsychologique, les troubles mis en évidence par le présent examen correspondent aux plaintes subjectives du patient. Notamment, les "troubles de la concentration dans la durée" qu'il mentionne et la fatigabilité dont il se plaint sont compatibles avec le ralentissement sévère et les déficits en attention soutenue mis en évidence ici, tandis que les oublis au quotidien sont compréhensibles dans le contexte des troubles de la mémoire objectivés dans cet examen.

Ces troubles correspondraient, si l'origine lésionnelle était avérée, à des lésions essentiellement sous-corticales temporo-frontales.

Toutefois, rien dans les données à notre disposition ne permet de mettre en relation cette péjoration des fonctions cognitives avec de telles lésions cérébrales. Nous n'avons notamment pas connaissance de nouveaux accidents ischémiques, ni d'autres accidents vasculaires depuis 1997. En l'absence d'éléments concrets qui permettraient d'établir l'existence de telles lésions, ces troubles ne peuvent pas être interprétés. Par ailleurs, le tableau psychique n'apporte pas d'explication complémentaire, la personnalité pouvant être estimée proche de la compensation.

On constate aussi des incohérences importantes dans les modes de réponse de Monsieur H. \_\_\_\_\_ aux tests. Sa performance en reconnaissance au CAVLT est inférieure à la performance attendue dans le contexte d'un traumatisme crânien même modéré à sévère. Il est hautement inhabituel de ne parvenir à identifier aucun item à la 2<sup>ème</sup> condition des Portes (reconnaissance visuelle), même dans des populations de personne souffrant de déficits de mémoire consécutifs à des lésions cérébrales d'une gravité certaine. La désorientation spatiale dans des lieux connus n'est pas compatible avec l'étendue des lésions que Monsieur H. \_\_\_\_\_ présentait en 1997. L'incapacité totale du patient de répondre à la mémoire de travail de la TEA est aussi étonnante, même des patients présentant des atteintes cérébrales conséquentes parvenant à répondre à cette tâche, du moins lorsque leur niveau d'éducation antérieure est le même que celui de Monsieur H. \_\_\_\_\_. L'intensité des troubles du rappel en apprentissage de liste et du ralentissement dans toutes les tâches attentionnelles ne nous apparaît non plus pas compatible avec les lésions cérébrales évoquées dans l'anamnèse de ce patient.

Nous concluons donc à une discordance importante non explicable par les données médicales. Dans cette mesure, la capacité de travail doit être considérée comme complète du point de vue neuropsychologique.

Sur le plan psychique, Monsieur H. \_\_\_\_\_ n'a aucune plainte, la personnalité peut être considérée comme proche de la compensation. L'assuré présente certes quelques interrogations et symptômes discrets, mais qui n'ont aucune pertinence dans la décision par rapport à l'Assurance Invalidité, ce avec quoi Monsieur H. \_\_\_\_\_ est d'accord. Le Docteur R. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant,

est venu au Centre Z. \_\_\_\_\_ discuter du dossier, il adhère aux conclusions, notamment que la capacité de travail sur le plan psychique est complète.

En conclusion, si initialement on peut suspecter l'existence d'un état de fatigue secondaire aux accidents vasculaires ischémiques en 1996 et 1997, celui-ci est beaucoup plus difficile à justifier actuellement. En effet, initialement les plaintes sont tout à fait celles rencontrées dans cette entité et sont retenues par les professeurs V. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_. Toutefois, il nous semble très étonnant que cette symptomatologie puisse persister près de 9 ans après les accidents vasculaires, sans aucune amélioration, et que notre évaluation neuropsychologique mette en évidence une aggravation des performances, sans aucune notion de nouveaux événements vasculaires.»

Répondant aux questions posées par l'Office AI, les experts ont estimé que l'assuré présentait, tant sur le plan psychique que somatique, une capacité de travail complète dans sa profession habituelle, sans diminution de rendement. Ils admettaient cependant une incapacité de travail de 20% au moins depuis 1996 sur les plans psychique et somatique. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient en outre envisageables.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur cette expertise dans un avis médical du 12 juin 2006 dont il ressort notamment ce qui suit:

«[...]

Afin d'éclaircir la situation médicale de l'assuré et de déterminer sa CT, une expertise multidisciplinaire a été pratiquée par le Centre Z. \_\_\_\_\_.

L'examen neurologique pratiqué n'a révélé qu'un discret hémisyndrome moteur gauche, sans aucune répercussion fonctionnelle. L'état de fatigue allégué, plausible au moment de la survenance des accidents vasculaires est difficilement justifiable près de neuf ans plus tard, alors qu'il n'y a aucune notion de nouveaux éléments vasculaires. Sur le plan neuropsychologique, les troubles mis en évidence correspondent aux plaintes subjectives de l'assuré et les experts mentionnent une importante discordance entre la péjoration des fonctions cognitives annoncées et les éléments objectivés. Il est indiqué que par ailleurs le tableau psychique n'apporte pas d'explication complémentaire, la personnalité étant estimée proche de la compensation. Il n'y a pas non plus de signe de la lignée dépressive, pas d'anxiété, pas d'idéation suicidaire, pas d'éléments de la lignée psychotique.

En conclusion, après examen de l'assuré sur le plan neurologique, psychiatrique, et neuropsychologique, les experts n'ont pas retenu de pathologie invalidante au sens de l'AI.»

Par décision du 27 juin 2006, l'Office AI, se fondant sur l'expertise multidisciplinaire réalisée au Centre Z.\_\_\_\_\_ le 16 février précédent, a dénié à l'assuré tout droit à des prestations AI, au motif qu'aucun élément objectif n'indiquait que sa capacité de travail était alors limitée.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 16 août 2006, complétée le 9 novembre suivant. Il a joint une lettre du 25 septembre 2006 adressée par le Prof. N.\_\_\_\_\_, médecin-chef à la Division autonome de neuropsychologie de l'Hôpital G.\_\_\_\_\_, au Dr R.\_\_\_\_\_, ainsi que le rapport d'examen neuropsychologique effectué les 14 et 24 juillet 2006, signé par le Prof N.\_\_\_\_\_ et par F.\_\_\_\_\_, psychologue associée. L'assuré a indiqué que la lettre du 25 septembre 2006 mettait en évidence un ralentissement des troubles attentionnels, des troubles de la mémoire de travail ainsi qu'une fatigabilité accrue, ce tableau étant de nature à diminuer sa capacité de travail. A cela s'ajoutait le fait que, selon les spécialistes prénommés, sa capacité de travail était quasi nulle dans sa fonction de directeur d'entreprise, alors que dans une activité simple et bien cadrée, son taux d'occupation oscillait entre 50 et 70%, avec une diminution de rendement d'environ 50% du point de vue neuropsychologique. L'assuré en inférait que l'évaluation neuropsychologique découlant des observations du Prof. N.\_\_\_\_\_ et de la neuropsychologue F.\_\_\_\_\_ contredisaient les conclusions des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_, si bien qu'il concluait à l'admission de sa demande de prestations AI déposée le 11 décembre 2003.

Par décision sur opposition du 7 juillet 2008, l'Office AI a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Il a considéré que le rapport d'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ du 5 mai 2006 pouvait se voir reconnaître une entière valeur probante, et qu'il devait être préféré à l'avis médical - moins étayé - du Prof. N.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2006 en raison des liens de confiance entretenus par cette dernière avec l'assuré.

**B.** Par acte du 9 septembre 2008, H.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009: Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud), en concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité dont le taux serait fixé à dire de justice. Pour l'essentiel, le recourant reproche à l'Office AI de n'avoir mis en œuvre aucune mesure d'instruction complémentaire en vue de clarifier son état de santé. Il explique que le rapport du Prof. N.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2006 émane d'un expert et non d'un médecin traitant, de sorte qu'en présence de deux expertises aboutissant à des conclusions contradictoires, l'Office AI ne pouvait sans autre écarter l'avis du Prof. N.\_\_\_\_\_ au profit de l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_, sans diligenter une nouvelle expertise médicale. De surcroît, l'avis du Prof N.\_\_\_\_\_ rejoint les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_, ces deux praticiens ne se connaissant au demeurant pas. Ces éléments devaient conduire l'Office AI à s'enquérir de l'état de santé du recourant auprès d'un autre médecin afin de clarifier la situation. Au lieu de cela, il s'est fondé sur un rapport médical datant du 5 mai 2006 pour dénier le droit du recourant à toutes prestations. A titre de mesure d'instruction, il demande donc la mise en œuvre d'une nouvelle expertise confiée à un expert désigné à dire de justice.

Dans sa réponse du 13 janvier 2009, l'Office AI a proposé le rejet du recours, indiquant qu'il n'avait rien à ajouter à la décision attaquée, qu'il ne pouvait que confirmer.

Le 6 février 2009, le juge instructeur a interpellé les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_, en leur demandant de se déterminer à propos des contradictions existant entre leur propres conclusions - retenant une capacité de travail totale dans l'activité habituelle de directeur commercial - et celles du Prof. N.\_\_\_\_\_, selon lesquelles le recourant présenterait une incapacité de travail totale dans une fonction dirigeante, dite incapacité étant de 50 à 70% dans une activité simple et bien cadrée, avec un rendement probablement diminué de 50% environ. Ils étaient

également priés de faire valoir leurs observations quant à la nécessité de procéder à un complément d'expertise.

Le 19 février 2009, le neuropsychologue X.\_\_\_\_\_ a concédé qu'il s'était prononcé « de manière peu claire, sur une capacité de travail dans un poste mettant en jeu certaines des compétences supposées de gestion d'une société commerciale [...] », admettant pour le surplus que la divergence principale l'opposant au Prof. N.\_\_\_\_\_ portait précisément sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Afin de clarifier la situation, il suggérait une observation dans un centre d'intégration professionnelle.

Les parties se sont déterminées. Le recourant a maintenu sa conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale (écriture du 9 avril 2009), tandis que l'Office AI s'en est remis à justice pour la suite de la procédure (écriture du 16 mars 2009).

En réponse à une demande du juge instructeur, l'Office AI a exclu le droit du recourant à des mesures professionnelles, motif pris qu'il ne subissait aucune perte économique due à son atteinte à la santé, rappelant par ailleurs que la décision querellée ne portait que sur le droit à une rente (écriture du 25 mai 2009).

**C.** Une audience d'instruction a été tenue le 7 juillet 2009, au cours de laquelle le représentant de l'office intimé a produit un avis médical du SMR du 29 juin précédent requérant une description détaillée du poste de travail. De son côté, le recourant a exprimé le souhait de prendre part à un stage d'observation, un délai d'une semaine étant accordé à l'office intimé pour se déterminer sur ce point. A défaut, il persistait dans sa conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le 10 juillet 2009, l'intimé a fait savoir qu'il était favorable à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, ajoutant qu'il était nécessaire d'éclaircir en premier lieu la question de la capacité de travail du recourant, tant dans son activité habituelle, que dans une activité adaptée.

**D.** Une expertise médicale judiciaire bidisciplinaire, comprenant un volet neurologique et un volet psychiatrique, a été confiée à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_. Un examen neuropsychologique a en outre été réalisé par C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie FSP (rapport du 10 juin 2010).

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 8 octobre 2010, la Dresse A.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Département de psychiatrie de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, a retenu les diagnostics suivants affectant la capacité de travail du recourant: trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11); anxiété généralisée (F 41.1); trouble de la personnalité de type narcissique, classé selon la classification CIM-10 sous «autres troubles spécifiques de la personnalité» (F 60.8); status post AIT [accidents ischémiques transitoires, réd.] en 1996 et en 1997, avec troubles psycho-organiques en rapport avec l'atteinte cérébrale; syndrome de fatigue chronique. Elle n'a retenu aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Elle a considéré que tous les diagnostics, à l'exception du trouble de la personnalité de type narcissique datant de l'adolescence et du jeune âge adulte, étaient consécutifs aux deux accidents ischémiques transitoires, de sorte que l'on pouvait admettre leur présence depuis 1996 et 1997.

Elle s'est exprimée en ces termes sous l'intitulé «appréciation du cas et pronostic»:

«L'expertisé souffre actuellement, en raison de son trouble de personnalité, des conséquences de ses deux AIT [accidents ischémiques transitoires, réd.] et de l'intervention cardiaque qu'il a subie en 1997. En raison du trouble de personnalité de type narcissique, l'expertisé présente une vulnérabilité psychique importante. La fragilité de l'estime de soi qu'ont ces patients pour eux-mêmes a des conséquences importantes lorsqu'ils se trouvent en situation d'échec. Les deux AIT consécutifs de 1996 et 1997 et la fatigue ressentie, associée à ses difficultés cognitives, ont placé M. H.\_\_\_\_\_ face à ce sentiment d'échec et d'humiliation de ne pouvoir réaliser les plans grandioses qu'il s'était fixés. Ce sentiment l'a entraîné dans une spirale anxio-dépressive contre laquelle il a néanmoins tenté de combattre. Les antidépresseurs n'ont eu que peu d'effet, ce que l'on retrouve souvent lorsqu'un trouble de personnalité est sous-jacent. Ses deux tentatives de réadaptation professionnelle, voulues par l'expertisé et à notre avis nécessaires

(pour qu'il soit confronté à cette difficulté d'adaptation), se sont soldées par un échec. Elles ont abouti à un repli social conséquent, l'expertisé se sentant de plus en plus humilié. Actuellement, M. H. \_\_\_\_\_ tente par tous les biais d'être reconnu dans sa souffrance psychique et physique. Il est probable qu'une reconnaissance par une rente d'invalidité puisse permettre à l'expertisé d'être renforcé temporairement et de reprendre confiance. Il est également probable que M. H. \_\_\_\_\_ ne puisse se satisfaire de ce statut "d'invalidé" et qu'il veuille très vite se prouver et prouver aux autres qu'il est capable de plus.

Néanmoins, si le patient devait ne pas bénéficier d'une rente, sa symptomatologie sera très certainement aggravée et pourrait mener à des hospitalisations récurrentes.

Une psychothérapie semble indispensable si l'on veut avoir un quelconque impact sur le trouble de la personnalité, et l'expertisé, par la souffrance qu'il ressent actuellement, se dit prêt à entamer un traitement psychothérapeutique plus soutenu que celui dont il bénéficiait jusqu'alors.»

Elle a ensuite répondu ce qui suit aux questions posées:

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

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

#### *Au plan physique*

L'appréciation de ces limites relève de l'expertise neurologique et neuropsychologique.

#### *Au plan psychique et mental*

La fatigabilité accrue et les troubles de l'attention et de la concentration, qu'ils soient d'origine purement neurologique ou les conséquences du trouble de personnalité et de l'état dépressif que présente actuellement l'expertisé, réduisent terriblement ses capacités. Son anxiété l'empêche également d'affronter correctement les situations un tant soit peu stressantes.

#### *Au plan social*

Sur le plan social, comme nous l'avons décrit précédemment, le repli social s'est aggravé au fil des années, en raison du sentiment de honte de l'expertisé par rapport à son état et à son incapacité de s'assumer.

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

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

La capacité de travail de l'assuré dans l'exercice de son activité professionnelle précédente a été réduite tout d'abord en grande partie, puis totalement depuis l'expérience de réadaptation professionnelle ayant abouti [à] un échec.

#### *2.2 [Description précise de la capacité résiduelle de travail]*

Sa capacité résiduelle de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est actuellement nulle.

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

L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible.

2.4 [Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui dans quelle mesure]?

La diminution du rendement est de 100% au vu des difficultés actuelles décrites dans le status clinique et l'appréciation du cas.

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

L'incapacité de travail de 20% au moins est probablement présente depuis 2006, date à laquelle il a dû se rendre à l'évidence et vendre sa société.

2.6 [Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors]?

Le degré d'incapacité de travail est de 100% depuis l'échec au stage de réinsertion professionnelle (2006 et 2007) et n'a pas probablement évolué depuis.

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

Les troubles psychiatriques à type de trouble de personnalité associé au trouble dépressif et à l'anxiété généralisée dont souffre l'expertisé ne lui permettent pas actuellement de s'adapter à son environnement professionnel.

### **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

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

Non, pour les raisons décrites ci-dessus. De plus, ces mesures ont déjà été proposées sans succès.

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

Non.

3. [D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)]?

Au vu des tentatives infructueuses de réadaptation professionnelle et au vu du trouble de la personnalité de l'expertisé, il est inenvisageable d'exiger de ce dernier d'autres activités. Il faut que le patient puisse trouver par lui-même une activité lui convenant, et qu'il puisse recouvrer l'estime de soi. Cela ne pourra se faire que sur le long terme, voire le très long terme.»

Le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé au Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, et la Dresse O.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, ont conclu en ces termes leur rapport d'examen neurologique du 28 octobre 2010:

«La plainte actuelle principale de Monsieur H. \_\_\_\_\_ consiste donc en une fatigue physique et intellectuelle, affectant sa vie privée et menant à une incapacité fonctionnelle totale sur le plan professionnel.

A l'examen neurologique, les discrets signes pyramidaux gauches relevés sont sans aucune répercussion fonctionnelle.

La fluence verbale déficitaire est par contre compatible avec des troubles attentionnels et exécutifs, bien détaillés dans l'évaluation neuropsychologique jointe. Ces déficits sont corroborés à la plainte de fatigue intellectuelle, sans discordance entre plainte et performance. La présentation du patient est par ailleurs demeurée extrêmement cohérente entre les différentes consultations neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques, effectuées pour cette expertise.

La fatigue post-AVC est bien connue et décrite dans la littérature, en particulier chez le sujet jeune. Sa durée, d'intervalle variable, est de quelques mois à une dizaine d'années. La fatigue post-AIT est également décrite. Chez Monsieur H. \_\_\_\_\_, il s'agit d'événements cérébro-vasculaires, dans la mesure où persistent des signes neurologiques (atteinte sensitive), mais sans lésion focale à l'imagerie. L'intervention cardiaque pratiquée en 1997 est un facteur additionnel pour la fatigue. Cependant, l'aggravation de cette fatigue physique et intellectuelle, avec apparition de problèmes de sommeil sans évidence pour des troubles primaires du sommeil, dépasse le cadre neurologique. Nous relevons en effet à l'anamnèse, outre les troubles du sommeil, une émotivité, un parcours de vie et un très important sentiment d'échec qui nous poussent à attribuer l'incapacité non pas à une cause neurologique, mais bien psychiatrique. L'expertise psychiatrique ci-jointe donne toute la mesure de cette problématique.

Dans ce contexte, les réponses aux questions cliniques concernant les influences sur la capacité de travail et sur la réadaptation professionnelle sont détaillées dans l'expertise psychiatrique.

Nous précisons ci-dessous la réponse à la question B 1:

***Limitation en relation avec les troubles constatés au plan physique:*** fatigue physique limitant actuellement la capacité à l'effort et obligeant un strict respect du rythme nyctéméral avec périodes de repos diurnes.»

Dans ses déterminations du 21 décembre 2010, le recourant a observé qu'il ressortait clairement de l'expertise psychiatrique que sa capacité de travail et sa capacité de réinsertion étaient nulles, conclusion à laquelle se sont ralliés les Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_. Quant au rapport d'examen neuropsychologique, il rendait compte d'une légère péjoration sur le plan thymique, de rendements en mémoire épisodique verbale déficitaires ainsi que de l'empan verbal.

Le 22 décembre 2010, l'intimé a d'abord relevé que la problématique de l'assuré se situait essentiellement sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend l'expert A.\_\_\_\_\_, l'éventuel octroi d'une rente d'invalidité n'a pas vocation thérapeutique, mais économique. Sur le plan médical, il a considéré que la fatigue chronique et le trouble de personnalité narcissique ne pouvaient être qualifiés de comorbidité psychiatrique, les autres critères jurisprudentiels n'étant manifestement pas remplis, tant qualitativement que quantitativement. Du reste, la fatigue chronique présentée par le recourant pouvait être surmontée par un effort de volonté raisonnablement exigible. De plus, il a constaté que l'expert se contredisait en affirmant d'une part qu'il était inenvisageable d'exiger de l'assuré qu'il exerçât d'autres activités et, d'autre part, qu'il fallait que ce dernier pût trouver par lui-même une activité lui convenant afin de recouvrer l'estime de soi. L'intimé ne pouvait dès lors souscrire à une conclusion fondée sur des considérations thérapeutiques et subjectives. Pour cette raison, le rapport d'expertise de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ était privé d'une valeur probante prépondérante. L'intimé persistait par conséquent dans ses conclusions, préavisant pour le rejet du recours.

Invitée par le juge instructeur à répondre aux observations et critiques articulés par l'intimé dans ses déterminations du 22 décembre 2010, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a déposé en date du 29 février 2012 un complément d'expertise à la teneur suivante:

«J'ai pris connaissance des observations émises par l'OAI concernant le complément d'expertise pour l'affaire H.\_\_\_\_\_. J'y répondrai comme suit.

La fatigue chronique présentée par l'expertisé est une fatigue dont l'origine est avant tout organique. Dans l'expertise neurologique, les Drs I.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ relèvent que la fatigue post AVC ou AIT est bien connue et décrite dans la littérature. Ils notent également que l'intervention cardiaque pratiquée en 1997 est un facteur additionnel pour la fatigue, il en va de même pour l'état dépressif dont la fatigue est un critère diagnostique.

L'état dépressif dont souffre l'expertisé peut être considéré comme la conséquence physiologique directe de ses accidents vasculaires

cérébraux. La durée de cet état dépressif est de plusieurs années et ne s'améliore pas.

L'état dépressif et la fatigue (dont le patient n'arrive pas à être soulagé) fonctionnent en cercle vicieux: plus sa fatigue est présente, plus le patient se sent déprimé et anxieux et plus il se sent déprimé, plus sa fatigue augmente.

Les accidents vasculaires et leurs conséquences peuvent être considérés comme une affection à caractère chronique. Certes, il s'agit d'un syndrome de fatigue chronique (il n'existe pas d'autre dénomination possible pour relever le caractère invalidant de celle-ci), mais il est d'origine organique, non assimilable à un trouble somatoforme douloureux.

De par notamment cet état de fatigue chronique organique, le patient est confronté de plus en plus à une perte d'intégration sociale.

L'octroi d'une rente AI n'est pas, effectivement, d'ordre thérapeutique, mais peut dans certains cas (auxquels nous avons été fréquemment confrontés) être bénéfique. Nous pouvons, au vu du trouble de personnalité de ce patient, imaginer que tel serait le cas.

Quant à la contradiction concernant l'activité possible de l'expertisé (point C3), il fallait lire "il faut que le patient puisse trouver par lui-même une activité NON [souligné dans le texte, réd.] professionnelle lui convenant et qu'il puisse recouvrer ainsi l'estime de soi".

[Salutations]»

Le 26 mars 2012, l'intimé a fait parvenir la prise de position du SMR datée du 19 mars précédent à propos du complément d'expertise de la Dresse A. \_\_\_\_\_ du 29 février 2012. Il estimait en substance que celui-ci était en contradiction avec le reste du rapport d'expertise pluridisciplinaire, ce qui affectait la valeur probante de l'ensemble de ce rapport. A cet égard, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a écrit ce qui suit:

«Alors qu'elle ne tranchait pas la question de l'origine de la fatigue chronique dans son rapport d'expertise initial (cf. réponse B.1. page 7), la Dresse A. \_\_\_\_\_ estime dans son rapport complémentaire du 29 février 2012 que cette origine "est avant tout organique", ce qui n'est pas convaincant parce qu'en contradiction avec les conclusions des experts neurologues et du neuropsychologue. En effet, si les experts neurologues rapportent que la fatigue post-AVC est bien connue, de même que la fatigue post-AIT, et que l'intervention cardiaque en 1997 est un facteur additionnel pour la fatigue, ils n'en concluent pas moins: "cependant, l'aggravation de cette fatigue physique et intellectuelle, avec apparition de problèmes de sommeil sans évidence pour des troubles primaires du sommeil, dépasse le cadre neurologique". L'expert neuropsychologue concluait quant à

lui qu'il est peu probable que les troubles constatés soient consécutifs aux AIT de 1996 à 1997, mais qu'un certain nombre d'arguments oriente davantage vers une origine psychiatrique.

Nous nous trouvons donc maintenant avec un rapport d'expertise pluridisciplinaire dans lequel les experts fournissent des explications contradictoires au syndrome de fatigue chronique présenté par l'assuré, ce qui ne permet pas de définir sous quel angle cette atteinte doit être analysée.

Une expertise pluridisciplinaire doit être plus que la somme de plusieurs expertises monodisciplinaires par le fait qu'elle doit comporter des conclusions consensuelles.

En l'occurrence, les contradictions ne sont pas levées de sorte que nous ne saurions accorder valeur probante à cette expertise.»

Se déterminant par acte du 24 avril 2012, le recourant s'est exprimé en ces termes:

«[...]»

Dans ses déterminations du 29 février 2012, l'expert a pris connaissance des déterminations de l'OAI et relève que cette fatigue est avant tout organique.

Selon la jurisprudence citée par l'OAI (ATF 130 V 352 et ss.), le seul diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI.

Cette jurisprudence pose les prémisses que ces troubles sont somatoformes et de longue durée, ce qui est exactement le contraire du présent cas d'espèce.

Comme le relève mais de manière tronquée l'OAI, une exception à ce principe est possible si, selon un avis médical, les troubles se manifestent avec une telle sévérité que du point de vue objectif on ne peut plus raisonnablement exiger de l'assuré de travailler.

Contrairement à ce que soutient le médecin de l'OAI dans son bref rapport du 19 mars 2012, il n'existe pas de contradiction entre les conclusions des experts neurologues, neuropsychologues et/ou du psychiatre.

L'expert, dans son rapport du 29 février 2012, démontre à satisfaction que l'état dépressif et la fatigue fonctionnent en cercle vicieux et que cela conduit à un syndrome de fatigue chronique qui, selon l'expert, a un caractère invalidant; toutefois selon l'expert, ce syndrome de fatigue chronique est d'origine organique et n'est pas assimilable à un trouble somatoforme douloureux. Cela suffirait déjà à balayer d'un revers de main la jurisprudence citée par l'OAI dans ses déterminations du 22 décembre 2010 mais cela en plus le caractère particulier du cas de Monsieur H. \_\_\_\_\_.

Le Docteur M.\_\_\_\_\_, expert médical de la SIM, joue sur les mots, de manière fort déplaisante pour ce qui concerne le sort de l'assuré, puisqu'il estime que lorsque les neurologues écrivent que la fatigue physique et intellectuelle sortent du cadre neurologique cela ne signifie pas pour autant qu'elles n'ont aucun lien avec le cadre neurologique.

L'expert A.\_\_\_\_\_, dans son courrier du 29 février 2012, a bien mis en évidence le caractère diabolique de ce cercle et l'expert dit d'ailleurs que l'origine est avant tout organique mais pas exclusivement organique.

Il ressort donc de ce qui précède, qu'à dire d'expert, le recourant H.\_\_\_\_\_ a une incapacité [recte: capacité, réd.] de travail nulle.»

Le recourant a donc maintenu sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

**E.** Constatant que le dossier constitué ne renseignait pas sur les deux stages de réinsertion entrepris en 2006-2007, tels qu'évoqués dans le rapport d'expertise de la Dresse A.\_\_\_\_\_, le juge instructeur a prié chacune des parties de produire toutes pièces utiles relatives à ces deux stages: date et circonstances de la mise en œuvre, déroulement, rapport d'évaluation, date du terme de la mesure.

Le 16 août 2012, l'intimé a produit une lettre que lui avait adressée la Fondation Y.\_\_\_\_\_ en date du 16 juillet précédent. Il y était précisé que le recourant avait été suivi par les soins de cette fondation du 23 juillet 2007 au 14 avril 2008 et qu'il avait accompli un stage en qualité d'employé polyvalent du 18 au 29 février 2008 auprès de L.\_\_\_\_\_. Le dossier avait cependant été clos, attendu que l'intéressé souhaitait se former dans les domaines de la photo et du graphisme avec pour objectif de devenir indépendant afin d'éviter le stress qu'implique la gestion d'une entreprise, ce qui lui permettait par ailleurs de gérer la fatigue et la concentration à son rythme. Etais joint le contrat dudit stage, prévu au taux de 50 pour-cent.

Le 21 août 2012, le recourant a produit un contrat conclu le 13 août 2007 entre lui-même et le Centre social régional de Lausanne, aux termes duquel le recourant s'engageait à effectuer un bilan de

compétences pour personnes atteintes dans leur santé auprès de la Fondation Y.\_\_\_\_\_. Etaient en outre jointe la grille d'évaluation du stage accompli au mois de février 2008 chez L.\_\_\_\_\_, dont il ressortait que le recourant avait globalement donné satisfaction dans son travail consistant dans la mise en page de diverses publications.

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

**1.** 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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, dirigé contre une décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité, a été interjeté en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) - devant le tribunal compétent. Respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation et l'incidence de son état de santé sur sa capacité de travail. Point n'est donc besoin d'examiner, au regard des conclusions du recours et de l'écriture de l'intimé du 25 mai 2009, le droit éventuel du recourant à des mesures professionnelles.

**3. a)** Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**c)** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_109/2011 du 4 octobre 2011 consid. 2.2). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres

spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1).

**4.** L'expertise médicale judiciaire bidisciplinaire réalisée à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ comporte un volet psychiatrique (rapport du 8 octobre 2010 de la Dresse A.\_\_\_\_\_) et un volet neurologique (rapport du 28 octobre 2010 des Drs I.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_), dès lors que le recourant fait état d'atteintes à la santé psychiques et somatiques. S'y ajoute un rapport d'examen neuropsychologique du 10 juin 2010 dressé par la neuropsychologue FSP C.\_\_\_\_\_.

**a)** S'agissant de l'aspect neurologique, les experts I.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ relèvent que la plainte actuelle principale de l'assuré consiste en une fatigue physique et intellectuelle, affectant sa vie privée et menant à une incapacité fonctionnelle totale sur le plan professionnel. Ils ajoutent que l'aggravation de cette fatigue physique et intellectuelle, avec apparition de problèmes de sommeil sans évidence pour des troubles primaires du sommeil, dépasse le cadre neurologique. Outre les troubles du sommeil, une émotivité, un parcours de vie et un très fort sentiment d'échec les conduisent à attribuer dite incapacité non pas à une cause neurologique mais bien psychiatrique. Ils renvoient dès lors aux réponses apportées par l'expert psychiatre à propos de l'influence de ces troubles sur la capacité de travail et la réadaptation professionnelle du recourant.

Dans ce contexte, l'expert psychiatre (Dresse A.\_\_\_\_\_) retient différents diagnostics affectant la capacité de travail du recourant: trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11); anxiété généralisée (F 41.1); trouble de la personnalité de type narcissique (F 60.8); status post AIT, avec troubles psycho-organiques en rapport avec l'atteinte cérébrale; syndrome de fatigue chronique. A l'instar des experts neurologues sur le plan physique,

l'expert A.\_\_\_\_\_ estime que les limitations fonctionnelles au plan psychique sont dues à la fatigabilité accrue et aux troubles de l'attention et de la concentration, lesquels réduisent notablement selon elle ses capacités. Elle souligne qu'il importe peu que ces symptômes soient d'origine purement neurologique ou imputables aux conséquences du trouble de la personnalité et de l'état dépressif, présentés par le recourant. Au reste, son anxiété l'empêche également d'affronter correctement les situations tant soit peu stressantes.

**b)** Outre diverses atteintes à la santé sans répercussion sur la capacité de travail, la fatigabilité, les troubles de la concentration, les déficits attentionnels et mnésiques ainsi qu'une humeur anxio-dépressive avaient tous déjà été constatés par le Dr Q.\_\_\_\_\_ (rapport du 12 septembre 2003), le Dr T.\_\_\_\_\_ (rapport du 20 janvier 2004), le Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant (rapport du 19 février 2004), les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ (rapport du 5 mai 2006) ainsi que le Prof. N.\_\_\_\_\_ (lettre du 25 septembre 2006 et examen neuropsychologique des 14 et 24 juillet 2006). De surcroît, ils ont également mis en évidence l'étroite interaction des affections psychiques et somatiques, soulignant le rôle prépondérant d'une fatigabilité majeure à l'étiologie indéterminée et affectant la capacité de travail (cf. le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2003 et celui du Dr R.\_\_\_\_\_ du 19 février 2004; cf. aussi la lettre du Prof. N.\_\_\_\_\_ au Dr R.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2006). De leur côté, alors que le recourant se plaignait d'une fatigabilité sur le plan neuropsychologique, les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ ont considéré qu'il ne se justifiait plus de reconnaître la persistance de cette symptomatologie près de neuf ans après les accidents vasculaires qu'il a subis en 1996 et 1997. Ils en ont donc déduit une capacité de travail entière dans toute profession, conclusion dont la portée fut ensuite relativisée par le neuropsychologue X.\_\_\_\_\_ le 19 février 2009. Ainsi, compte tenu des conclusions contradictoires apportées par les différents praticiens ayant successivement examiné le recourant quant à l'origine et à l'incidence de la fatigue chronique sur la capacité de travail de ce dernier, il revenait à l'expertise judiciaire diligentée de répondre à ces questions. D'icelle, il appert que l'intéressé présente une incapacité de

travail complète dans toute profession, l'exercice d'une activité occupationnelle étant toutefois envisageable afin qu'il puisse recouvrer un peu d'estime de soi (rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse A.\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2010). L'expert attribue les limitations de la capacité de travail à la fatigabilité accrue, ainsi qu'aux troubles de l'attention et de la concentration, peu importe selon elle qu'ils soient d'origine neurologique ou imputables au trouble de la personnalité présenté par le recourant.

L'office intimé conteste ce point de vue, sous deux aspects. Dans un premier temps, il fait valoir que l'expert A.\_\_\_\_\_ se contredit en affirmant d'une part qu'il est inenvisageable que le recourant exerce quelque activité professionnelle que ce soit, mais que d'autre part, il conviendrait qu'il puisse trouver un travail lui convenant afin de lui redonner un peu d'estime de soi. Il lui reproche ensuite de fournir des explications contradictoires quant à la genèse du syndrome de fatigue chronique présenté par l'assuré, relevant qu'il n'est dès lors pas possible de définir sous quel angle cette atteinte devrait être analysée (avis médical du SMR du 19 mars 2012). Invitée à clarifier sa position, la Dresse A.\_\_\_\_\_ répond à la première objection de l'intimé en précisant que seule une occupation non professionnelle est susceptible de permettre au recourant de recouvrer un peu d'estime de soi. Elle explique ensuite que la fatigue chronique présentée par le recourant est avant tout d'origine organique, en ce sens qu'elle est la conséquence des accidents ischémiques transitoires subis par le recourant en 1996 et 1997. Sur ce point, son avis rejoint celui des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_. S'y associe à ses yeux un état dépressif, dont la fatigue est un critère diagnostique, lui aussi imputable aux accidents vasculaires ou ischémiques. Ainsi, selon la Dresse A.\_\_\_\_\_, « l'état dépressif et la fatigue (dont le patient n'arrive pas à être soulagé) fonctionnent en cercle vicieux: plus sa fatigue est présente, plus le patient se sent déprimé et anxieux et plus il se sent déprimé, plus sa fatigue augmente ». On est donc en présence de troubles cognitifs associés à des affections somatiques, avec un cercle vicieux de fatigue chronique engageant un état dépressif et ainsi de suite. Dès lors, contrairement à ce que prétend l'intimé, la fatigue chronique dont l'expert

psychiatre fait état ne doit pas être considérée pour elle-même mais, bien plutôt, faire l'objet d'une analyse rendant compte de l'ensemble du status clinique du recourant. Elle ne peut donc être dissociée des autres affections somatiques et psychiatriques présentées par ce dernier.

**c)** Il découle de ce qui précède que le recourant présente une incapacité de travail totale dans toute activité sur le seul plan psychiatrique. Il sied en outre de relever que le rapport d'expertise de la Dresse A. \_\_\_\_\_ du 8 octobre 2010, complété le 29 février 2012, satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante (cf. supra consid. 3c). Il contient une anamnèse complète, prend en considération les plaintes de l'assuré, décrit le status clinique et psychique et pose un diagnostic dûment motivé. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Elle explique en effet pour quels motifs elle exclut tout trouble d'ordre somatoforme (qui ne correspond pas aux symptômes présentés par le recourant) pour retenir des diagnostics psychiatriques à eux seuls invalidants, bien qu'induits par des affections somatiques ayant elles-mêmes généré un état de fatigue chronique. Ce rapport peut par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante et ses conclusions doivent être suivies, dès lors que le dossier constitué ne fait état d'aucun élément concret qui aurait été ignoré par les experts. Subsiste encore la question de la naissance du droit à la rente.

**5.** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

En l'espèce, on retiendra avec l'expert A. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 8 octobre 2010, p. 8, réponse à la question 2.6) comme dies a quo de l'incapacité totale de travail dans toute activité – laquelle se

confond donc avec le degré d'invalidité - la date de la fin du suivi par la Fondation Y.\_\_\_\_\_, institution qui atteste avoir accompagné le recourant jusqu'au 14 avril 2008, celui-ci ayant alors souhaité devenir indépendant, précisément pour être en mesure de gérer à son rythme le stress, la fatigue et les troubles de la concentration (cf. lettre de la Fondation Y.\_\_\_\_\_ à l'Office AI du 16 juillet 2012), laquelle concorde avec les pièces produites par le recourant le 21 août 2012 (mesure initiée par le Centre social régional de Lausanne, sous la forme d'un stage comme employé polyvalent chez « L.\_\_\_\_\_ » pour la mise en page de certaines publications). Trop d'incertitudes - non dissipées par les avis médicaux divergents - ne permettent pas de quantifier une capacité de travail résiduelle avant cette date. Le droit à une rente entière d'invalidité est ainsi ouvert dès le mois d'avril 2009, soit après un délai d'attente de douze mois (art. 28 al. 1 let. c LAI).

**6.** En définitive, le recours doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision entreprise, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

**7.** Représenté par un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter, compte tenu de l'ampleur de la procédure, à 3'000 fr. à la charge de l'office intimé, lequel, débouté, supportera les frais de la cause, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision sur opposition rendue le 7 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

**III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H.\_\_\_\_\_ une équitable indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

**IV.** 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.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Filippo Ryter, avocat (pour H.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :