

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 mai 2013

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     M.     Neu et Mme Dessaux  
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.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, il est apparu que le prénommé, lequel avait initialement appris la profession d'ingénieur du son sans obtenir de diplôme, travaillait comme concepteur cinématographique indépendant à 30% et percevait des prestations de l'aide sociale. Ont par ailleurs été versés au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assuré ainsi que divers documents fiscaux relatifs aux années 2006 à 2010, dont il ressortait que l'intéressé n'avait pour l'essentiel jamais perçu de revenus d'une activité lucrative.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a fait part de ses observations dans un rapport du 11 février 2011. A titre de diagnostic se répercutant sur la capacité de travail, il a mentionné une migraine invalidante, existant 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 ajouté 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 indiqué que les limitations de l'assuré pouvaient être réduites par des mesures médicales, mais que le traitement adapté n'avait pas encore été trouvé.

A la requête du Dr B.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), le Dr C.\_\_\_\_\_ a précisé, par constat du 11 mars 2011, que l'assuré souffrait quotidiennement de céphalées diffuses et invalidantes, plus ou moins bien calmées par Panadol, Spedifen ou Kranit [recte : Migraine-Kranit]. Il a ajouté que tous les trois à quatre jours, ces céphalées étaient «à type de migraines vraies à type d'hémicrânie» aussi

bien à gauche qu'à droite, nécessitant la prise de Zomig. Il a précisé que l'examen neurologique était normal, qu'un traitement à base de Dihydergot avait été tenté sans succès, et que l'intéressé n'avait subi aucun examen de type électroencéphalogramme (EEG), scanner ou imagerie par résonance magnétique (IRM). Enfin, le Dr C.\_\_\_\_\_ a précisé que quelques années auparavant, l'assuré avait consulté le Dr W.\_\_\_\_\_, neurologue.

Il ressort notamment ce qui suit d'un avis médical SMR du Dr B.\_\_\_\_\_ du 17 mars 2011 :

"[...]

Je téléphone au neurologue Dr W.\_\_\_\_\_ (qui a effectivement vu l'assuré [...] en 2001, se plaignant de symptômes mal systématisés, avec un examen neurologique strictement normal) ; ce spécialiste est d'accord de revoir l'assuré aux frais de l'Al, pour remplir un rapport Al. [...]"

Après avoir examiné l'assuré le 12 avril 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_ 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 (point de départ cervical irradiant en casque, constrictives, associées à des nausées mais sans vomissements) 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. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a fait mention d'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'Indéral associé à du Sarotène 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 W. \_\_\_\_\_ 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'Indéral et de Sarotène retard afin de diminuer la fréquence et l'intensité des céphalées, 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 H. \_\_\_\_\_, 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 W. \_\_\_\_\_ 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 IRM cérébrale le 8 juillet 2001 [recte : 2011], laquelle avait mis en évidence un petit anévrisme de 2 mm pointant antérieurement au niveau du 4<sup>ème</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. S'agissant des plaintes, le Dr W. \_\_\_\_\_ a relevé qu'elles n'avaient pas changé depuis le précédent mois d'avril. Il a observé que le pronostic allait dépendre de la réponse au traitement à base d'Indéral et de Sarotène 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. Ce médecin 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, il a fait état de céphalées de tension et de troubles neuropsychologiques modérés, tout en précisant «(Cf[.] rapport de Mme H. \_\_\_\_\_ [:] probable état dépressif modéré)». Il a relevé que ces restrictions se manifestaient par des troubles de l'attention et de la concentration ainsi qu'une fatigabilité. Il a ajouté 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 instauré, 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. Il a estimé que l'on pouvait se poser la question d'une évaluation psychiatrique. A ce compte-rendu était annexé un rapport du 9 juillet 2011 du radiologue J.\_\_\_\_\_, consécutif à une IRM cérébrale réalisée le 8 juillet précédent, aux termes duquel ce spécialiste concluait à un petit anévrisme de 2 mm pointant antérieurement au niveau du 4<sup>ème</sup> segment de l'artère vertébrale droite, et préconisait un contrôle par angio-CT dans 6 mois afin d'exclure toute évolution rapide de l'anévrisme.

Par rapport du 2 août 2011, le Dr C.\_\_\_\_\_ 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 observé 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 W.\_\_\_\_\_, n'avaient pas apporté d'amélioration, et a considéré que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Par rapport SMR du 10 août 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_ a résumé la situation comme suit :

"Cet assuré de 50 ans, divorcé et père d'un enfant, n'a pas de formation certifiée. Il aurait une activité à 30% comme concepteur cinématographique, mais n'a jamais déclaré de revenus, ayant pu vivre d'un héritage jusqu'en 2010 environ. Il émarge actuellement [aux] services sociaux et dépose une demande AI pour une rente en février 2011. Il n'y a jamais eu d'IT attestée. Le MT Dr C.\_\_\_\_\_ mentionne dans ses rapports des migraines devenues invalidantes depuis 2004 en raison de leur absence de réponse aux antimigraineux. Le Dr W.\_\_\_\_\_, neurologue, aurait vu l'assuré en 2001 pour une fatigue avec maladresse et inversion des syllabes, l'examen neurologique était strictement normal. A la demande de l'AI, ce spécialiste a réexaminé l'assuré les 12.04 et 15.07.2011 ; l'examen neurologique est toujours normal, mais des troubles neuropsychologiques légers sont suspectés. Le neurologue estime que les céphalées ne sont pas des migraines classiques, mais

essentiellement des céphalées de tension. Un examen neuropsychologique effectué le 27.05.2011 a mis en évidence essentiellement un ralentissement des temps de réaction et des difficultés d'apprentissage. Pour le Dr W.\_\_\_\_\_, ces troubles neuropsychologiques et les céphalées chroniques justifient une diminution de rendement de 30% dans l'activité de cinéaste, comme dans toute autre activité adaptée."

Cela étant, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu les atteintes principales à la santé de céphalées essentiellement tensionnelles et de troubles neuropsychologiques. Il a observé 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.

**B.** En date du 13 septembre 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations. Il a observé que la capacité de travail de l'intéressé était considérablement restreinte depuis 2005 et qu'à l'échéance du délai de carence légal, soit en 2006, cette capacité de travail s'élevait à 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. L'OAI a ainsi procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'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.

Par écrit du 20 septembre 2011, l'assuré a communiqué ses objections à l'encontre du projet de décision précité. Il a fait valoir que la médication prescrite par le Dr W. \_\_\_\_\_ n'avait fait effet que durant deux semaines environ, et a allégué que les traitements essayés n'avaient jamais de résultat sur le long terme. 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 R. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, du SMR, ont estimé que les points invoqués par l'assuré dans son écrit du 20 septembre 2011 n'apportaient aucun élément médical nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'exigibilité faite par ce service dans son rapport d'examen du 10 août 2011.

Par décision du 20 octobre 2011, l'OAI a confirmé son projet du 13 septembre précédent.

Par lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a relevé que le SMR n'avait décelé aucun fait nouveau dans les objections de l'assuré du 20 septembre 2011. Dans ces conditions, l'office a retenu que l'intéressé n'avait pas apporté d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé du projet de décision du 13 septembre 2011, lequel reposait sur une instruction complète sur les plans médical et économique et était conforme en tous points aux dispositions légales.

**C.** Agissant par l'entremise de son mandataire, E.\_\_\_\_\_ a recouru le 24 novembre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvel examen dans le sens des considérants. A titre préalable, il requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, il conteste la capacité résiduelle de travail de 70% reconnue par l'OAI. Il considère en particulier que des examens plus approfondis auraient permis de préciser les troubles dont il souffre ainsi que leur réel impact sur sa vie quotidienne et rappelle, à cet égard, que la psychologue H.\_\_\_\_\_ avait préconisé une imagerie et un examen psychiatrique afin d'affiner le diagnostic, recommandation à laquelle l'OAI n'a pourtant pas donné suite. Le recourant reproche également à l'office de ne pas avoir opéré d'évaluation concrète de sa situation avant de statuer. Il observe de surcroît que, par communication du 31 janvier 2011, le Service de l'emploi l'a déclaré inapte au placement, ce qui s'avère incompatible avec la capacité résiduelle de travail de 70% retenue aux termes de la décision entreprise. Il se prévaut par ailleurs de l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_, lequel a attesté une capacité résiduelle de travail de 50% à teneur d'un certificat médical du 2 août 2011. Il estime enfin que les Drs R.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ du SMR se sont contentés d'écarter les éléments soulevés à l'appui de sa contestation du 20 septembre 2011, sans aucune motivation particulière. A l'appui de ses dires, il produit un onglet de pièces comportant notamment les documents suivants :

- une communication du 31 janvier 2011 de l'Office régional de placement de [...], signifiant à l'assuré l'annulation de son inscription en

tant que demandeur d'emploi avec effet au jour même, pour le motif suivant : «*inapte à être placé*»;

- un certificat médical établi le 2 août 2011 par le Dr C.\_\_\_\_\_, arrêtant la capacité de travail du recourant à 50% pour une durée de six mois.

En date du 29 novembre 2011, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 31 octobre 2011, et désigné son mandataire, 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 22 décembre 2011. Il considère notamment que la capacité de travail de l'assuré est entière dans toute activité avec un rendement diminué de 30%, que le droit à la rente n'est par conséquent pas ouvert, et que des mesures professionnelles ne permettraient pas de réduire le préjudice économique.

Par réplique du 16 janvier 2012, le recourant a confirmé ses précédents motifs et conclusions. Il requiert par ailleurs l'audition de son médecin traitant le Dr C.\_\_\_\_\_, et sollicite la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dans la mesure où les investigations neurologiques réalisées jusqu'alors n'ont pas permis de déterminer la cause des importants maux de tête dont il souffre.

Aux termes de sa duplique du 2 février 2012, l'intimé a maintenu sa position.

Par envoi du 20 février 2012, le recourant a produit un certificat médical établi le 15 février 2012 par le Dr C.\_\_\_\_\_, faisant état d'un arrêt de travail à 100% du 15 février au 15 mai 2012.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**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 al. 1 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'assurance-invalidité.

**3. a)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

**b)** Il s'ensuit que le certificat médical du Dr C. \_\_\_\_\_ du 15 février 2012 ne peut être pris en considération dans le cadre du présent litige, attendu qu'il a été établi après la décision entreprise rendue le 20 octobre 2011 et qu'il se limite à attester un arrêt de travail du 15 février au 15 mai 2012, soit pour une période postérieure à cette même décision.

**4. 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 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** 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 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. 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 (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 I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En

ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

**5.** En l'espèce, le recourant conteste la capacité résiduelle de travail de 70% reconnue par l'OAI, considérant en particulier que l'intimé aurait dû procéder à des examens plus approfondis avant de statuer.

**a)** L'analyse des pièces médicales au dossier démontre que l'intimé a rendu la décision litigieuse sur la base d'un état de fait incomplet.

En effet, il apparaît que l'OAI a implicitement fondé sa position sur le rapport de synthèse établi par le Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR le 10 août 2011. Ce rapport signale à titre d'atteintes principales à la santé des céphalées essentiellement tensionnelles ainsi que des troubles neurologiques. Il est vrai que les différents comptes-rendus au dossier font effectivement état de diagnostics incapacitants sous forme de céphalées - essentiellement tensionnelles selon le Dr W.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 13 avril et 18 juillet 2011), et à caractère migraineux pour le Dr C.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 11 février, 11 mars et 2 août 2011) - et de troubles neuropsychologiques (cf. rapports du Dr W.\_\_\_\_\_ des 13 avril et 18 juillet 2011; cf. rapport de la psychologue H.\_\_\_\_\_ du 27 mai 2011), respectivement d'asthénie (cf. rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 2 août 2011). On ne saurait oublier pour autant qu'aux termes de son rapport du 27 mai 2011, la psychologue H.\_\_\_\_\_ a également mentionné 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 pp. 3. s.). A cela s'ajoute que par rapport du 18 juillet 2011, le Dr W. \_\_\_\_\_ - après avoir précisé qu'une IRM cérébrale du 8 juillet 2011 avait mis en évidence un petit anévrisme ne pouvant toutefois expliquer les céphalées de l'assuré - a considéré dans son pronostic 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 H. \_\_\_\_\_, a évoqué un probable état dépressif modéré à titre de limitation fonctionnelle, et a estimé que l'on pouvait se poser la question d'une évaluation psychiatrique (cf. rapport du 18 juillet 2011 p. 2 ch. 1.4 et 1.7, et p. 3 ch. 1.11). Les éléments qui précèdent constituent autant d'indices sérieux qui incitent à s'interroger sur l'existence d'une éventuelle problématique psychiatrique, singulièrement un état dépressif, pouvant avoir des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Or, non seulement cette problématique psychiatrique n'est nullement mentionnée dans le rapport de synthèse du Dr B. \_\_\_\_\_ du 10 août 2011 - bien que dûment signalée par la psychologue H. \_\_\_\_\_ et le neurologue W. \_\_\_\_\_ -, mais elle n'a en définitive pas du tout été prise en compte par l'office intimé, lequel n'a conséquemment mis en œuvre aucune mesure d'instruction sur ce plan.

Dans ces conditions, les interrogations résultant des rapports de la psychologue H. \_\_\_\_\_ et du Dr W. \_\_\_\_\_ quant à l'état de santé psychique du recourant demeurent entières à ce jour. Une instruction complémentaire s'avère dès lors nécessaire sur ce point.

**b)** A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature des atteintes dont souffre le recourant et à leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé est donc manifestement insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider les points précités, l'intimé a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les

mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

**6. 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, en tant que l'OAI s'est abstenu de toute investigation sur le plan psychiatrique, il a ainsi omis d'ordonner des mesures d'instruction de base et a de ce fait constitué un dossier lacunaire. Compte tenu de ces circonstances particulières, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel 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 (cf. consid. 4b supra) – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie

donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (cf. art. 44 LPGGA), puis rende une nouvelle décision.

**c)** Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par le recourant. De même, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par ce dernier.

**7. a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI, cette somme couvrant le montant des honoraires et des débours revenant à l'avocat d'office, tels que réclamés par la liste détaillée de ses opérations produite le 11 mars 2013 en vue de la fixation de son indemnité au titre de l'assistance judiciaire.

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**

**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 20 octobre 2011 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 au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à E. \_\_\_\_\_ une indemnité 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 :