

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 mars 2015

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Métral et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Rossi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un CFC de mécanicien en automobiles, a déposé le 21 avril 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant état d'une « détérioration de deux vertèbres fissurées en 1993 et dépression liée à la douleur et au fait de devoir être allongé environ 15 heures par jour ». Il a indiqué travailler depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998 à 100 % comme conseiller en assurances et réaliser à ce titre un revenu mensuel brut de 17'000 francs. Il a joint à son envoi un certificat médical établi le 19 avril 2011 par la Dresse L. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, attestant d'une incapacité de travail à 50 % du 19 au 30 avril 2011.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 9 mai 2011 par D. \_\_\_\_\_ Sàrl, société inscrite au registre du commerce le 14 janvier 1998 dont l'assuré est associé gérant avec signature individuelle, celui-ci a indiqué avoir travaillé pour le compte de ladite société à raison de 9 heures par jour depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, puis de 3 heures par jour depuis le 1<sup>er</sup> février 2011, pour un revenu annuel de 200'000 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998. Il a joint des certificats médicaux de la Dresse L. \_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> juin au 3 juillet 2010, du 5 au 31 octobre 2010 et du 1<sup>er</sup> au 15 novembre 2010, puis à 50 % du 16 novembre au 31 décembre 2010 ainsi que du 19 avril au 31 mai 2011.

L'assuré a communiqué le 11 mai 2011 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) ses déclarations d'impôt, totalisant un revenu imposable (code 800) de 255'700 fr. en 2007, de 331'400 fr. en 2008, de 403'400 fr. en 2009 et de 228'800 fr. en 2010.

Selon le dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) versé au dossier AI, l'assuré avait été victime le 11 mars 1993 d'un accident de la circulation. Selon la décision

de la CNA du 26 mai 1994, qui a pris le cas en charge, l'assuré, au volant de sa voiture, avait perdu la maîtrise de celle-ci en se déportant sur la gauche, la vitesse excessive à ce moment-là étant une des causes essentielles de l'accident. L'assuré avait subi une fracture-tassement du mur antérieur de D12 et de L1, un traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) et une plaie frontale gauche (cf. rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ - alors médecin assistant auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_, aujourd'hui spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur - du 25 mai 1993).

Q.\_\_\_\_\_, assureur perte de gains LCA, a adressé son dossier à l'OAI. Il comprend notamment un rapport de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 10 mai 2011, selon lequel l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis mars-avril 2011 pour l'épisode actuel, le traitement ayant débuté le 1<sup>er</sup> juin 2010. Pour la Dresse L.\_\_\_\_\_, le patient présente tous les signes cliniques d'une dépression grave, le pronostic étant relativement sombre. La Dresse L.\_\_\_\_\_ a ainsi fait état d'une incapacité de travail à 50 % à compter du 19 avril 2011, en cours. Etait également joint au dossier de Q.\_\_\_\_\_ le rapport de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2010, qui posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), précisant que l'épisode actuel s'était manifesté dès la fin septembre 2010, après la résolution incomplète d'un épisode dépressif dès juin 2010. L'incapacité de travail avait été de 100 % du 5 au 31 octobre 2010, puis de 50 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010.

Dans son rapport à l'OAI du 30 mai 2011, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) existant depuis l'adolescence, ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité (F61). L'incapacité de travail avait été totale du 1<sup>er</sup> juin au 3 juillet 2010 et du 5 octobre au 16 novembre 2010. Elle avait été de 50 % du 16 novembre au 31 décembre 2010, puis à compter du 19 avril 2011 (en cours). Au status, la Dresse L.\_\_\_\_\_ observait une humeur triste avec un ralentissement psychomoteur et des

angoisses présentes devant les confrontations. Le contenu de la pensée comportait des difficultés à se projeter dans l'avenir, des ruminations pessimistes, des idées noires, de désespoir et de démotivation, avec présence d'idées de mort mais sans scénario. La Dresse L. \_\_\_\_\_ estimait que le rendement était réduit pour des tâches à responsabilité et pour le contact avec la clientèle à 50 %.

Le 6 juin 2011, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé dans son rapport à l'OAI les diagnostics de status post-fracture du mur antérieur (D12) - L1 le 11 mars 1993, de troubles psychiatriques complexes (trouble narcissique, phobo-obsessionnel, hypochondriaque, dépressif, possible composante de syndrome de stress post-traumatique [PTSD]), évoluant vers une asthénie généralisée avec syndrome algique diffus, depuis 2010. Le dernier contrôle avait eu lieu le 20 avril 2010. Le médecin traitant a fait état d'une incapacité de travail totale, le patient étant alité 15 heures sur 24. Il renvoyait l'OAI à la Dresse L. \_\_\_\_\_ pour la dimension psychiatrique, prépondérante.

Le 8 septembre 2011, Q. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assuré qu'elle poursuivrait le versement de ses prestations au taux de 50 % jusqu'au 30 septembre 2011, puis l'interromprait dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011, en considérant l'intéressé apte à reprendre le travail à plein temps dès cette date. Q. \_\_\_\_\_ se référait à un examen du 15 août 2011 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, joint à son envoi. Dans son rapport du 15 août 2011, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de probable trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), et suggéré la poursuite du traitement par Cipralex, pour le confort personnel de l'assuré et pour prévenir les récurrences. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a par ailleurs recommandé l'avis d'un chirurgien orthopédiste ou d'un rhumatologue en raison de dorso-lombalgies post-traumatiques non explorées à ce jour par une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) centrée sur D12-L1. Si au terme de ces examens complémentaires aucune explication physiologique ne pouvait être mise en lien avec les plaintes de l'assuré, un syndrome somatoforme douloureux pourrait être investigué. Le Dr S. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de limitations d'ordre psychiatrique qui auraient une influence sur

la capacité de travail et a estimé que, sur le plan purement psychiatrique, une reprise du travail pouvait être raisonnablement tentée à 100 % dès le 15 août 2011.

Par avis du 3 octobre 2011, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a demandé qu'il soit vérifié si la reprise du travail avait bien eu lieu le 1<sup>er</sup> octobre 2011. Si tel n'était pas le cas, la psychiatre traitante devait être réinterrogée.

Le 11 octobre 2011, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que le traitement psychiatrique de son patient se poursuivait et avait permis à celui-ci d'améliorer en grande mesure son état, si bien qu'il avait été déclaré apte à travailler à 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011, d'un point de vue strictement psychiatrique. Toutefois, il présentait d'autres problèmes de santé, qui fragilisaient son état et étaient pris en charge par son médecin traitant.

Dans un rapport du 22 octobre 2011 à la Dresse L.\_\_\_\_\_, la psychologue I.\_\_\_\_\_ a relevé, à la suite de son examen psychologique (Rorschach et TAT), que le tableau présenté par l'assuré correspondait à un aménagement de personnalité organisé autour des défenses contre la confusion de la pensée et contre une angoisse liée au vécu de destruction, d'une part par des défenses par le contrôle de la pensée et la recherche de signification, et, d'autre part, par le déni du vécu angoissant et le retournement en positif des affects à tonalité négative. L'intéressé privilégiait le ressenti au concret, ce qui pouvait amener à une certaine distorsion entre ce qui était vécu et ce qui relevait du sens commun.

Le 29 novembre 2011, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient présentait une nouvelle incapacité de travail de 50 % depuis le 22 novembre 2011, avec un changement de diagnostic au premier plan de la clinique et de nouvelles stratégies thérapeutiques, suggérant la mise en place de mesures de réadaptation professionnelle.

Le 12 décembre 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a fait savoir au Dr P.\_\_\_\_\_ qu'il avait reçu l'assuré en consultation le 9 décembre 2011. Il a posé les diagnostics de lombalgies basses dysfonctionnelles avec déconditionnement musculaire rachidien, abdominal et des membres inférieurs, d'état après épisode dépressif sévère en 2010 et d'état après accident de voiture à l'âge de dix-huit ans. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a recommandé le maintien de la capacité existante dans le travail de gérant d'entreprise à un taux de 50 %, « et de compléter cette capacité dans un travail adapté qui sera à définir, avec une formation adéquate pour mettre en œuvre cette activité professionnelle », relevant que la prise en charge psychologique par la Dresse L.\_\_\_\_\_ était nécessaire pour éviter toute dégradation du déconditionnement rachidien lié à la baisse de la thymie. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a notamment fait les constatations cliniques suivantes :

« Examen musculo-squelettique : statique rachidienne relativement équilibrée, avec cependant une rectitude lombaire moyenne et basse. Les douleurs segmentaires prédominent en L4-L5-S1, surtout médiane, avec des dysesthésies des épineuses L4-L5.

En position debout l'appui monopodal est réalisé des deux côtés, ainsi que la marche sur les pointes et les talons.

En décubitus ventral, les douleurs segmentaires L4-L5-S1 n'irradient pas dans les membres inférieurs et elles ne sont pas accentuées par la flexion de hanche ni de genou.

En décubitus dorsal, la manœuvre de Lasègue ne déclenche pas de sciatgie, la mobilité des hanches est conservée, cependant les fins d'amplitude de flexion de la jambe tendue et/ou de la hanche, ainsi que les rotations accentuent la sensibilité douloureuse lombaire basse.

Les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques. Le réflexe cutanéopiantaire est en flexion des deux côtés.

L'IRM dorsolombaire du 12.09.2011 ne met pas en évidence de discopathie ni d'œdème osseux ».

Le 21 décembre 2011, en réponse aux questions du SMR du 1<sup>er</sup> décembre 2011, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

« 1. Quel est le diagnostic responsable de l'incapacité de travail ?

Trouble mixte de la personnalité (traits psychotiques : paranoïdes, maniformes et schizoïdes) F61. Trouble dépressif récurrent en rémission partielle F33.4.

2. Quelle est l'évolution de l'incapacité de travail ?  
L'incapacité de travail reste à 50 %. Pas d'évolution pour les raisons mentionnées plus haut mais aussi pour un problème de dos.
3. Est-ce que le travail de conseiller en assurances est adapté à la pathologie dont souffre l'assuré ?  
Non, le travail de conseiller en assurances à la clientèle n'est plus adapté mais le patient peut encore s'occuper de la gestion administrative.
4. Si oui : quelles sont les limitations fonctionnelles ?  
Il s'agit de limitations psychiques comme : méfiance relationnelle, difficultés à soutenir les projets avec des arguments cohérents, risque d'angoisse de mort et dépression grave.
5. Est-ce que la capacité de travail dans une activité adaptée serait entière ?  
Je ne peux pas répondre avec certitude à cette question pour l'instant car la clinique est encore très fluctuante mais il y aurait plus de chances de réussite en faisant des essais progressifs à des postes équivalents quant à la formation pour le valoriser.
6. Si oui : depuis quand ?  
01.02.2012
7. Si non : pour quelles raisons ?  
Remarque : Il s'agit d'un patient fragile avec un fonctionnement psychotique au niveau de la personnalité, actuellement décompensé pour qui ce ne serait pas à mon avis judicieux de faire plus d'un essai ».

Le 17 janvier 2012, Q.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'elle allait le soumettre à une expertise psychiatrique. Elle ne reviendrait toutefois sur sa décision d'interrompre le versement de ses prestations après le 30 septembre 2011 que si l'expertise parvenait à des conclusions différentes de celles de l'examen effectué le 15 août 2011.

Par avis du 18 janvier 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR a résumé la situation de l'assuré en relevant que les lombalgies présentées par celui-ci semblaient relativement banales et n'entraînaient pas de limitations plus importantes que l'affection psychiatrique dans l'activité de conseiller en assurances. Sur le plan psychique, une activité simple à 50 % aurait dû être possible à compter du 22 novembre 2011. Le médecin du SMR ne voyait pas de raison de procéder à de nouveaux examens tels que ceux mis en œuvre par Q.\_\_\_\_\_ (expertise rhumatologique et nouvelle expertise psychiatrique), soulignant que l'assuré devait être vu en

réadaptation pour évaluer la nécessité des mesures pouvant lui être offertes.

Le 23 janvier 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'une orientation aurait lieu pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle.

Dans un courrier du 5 février 2012, l'assuré a exposé à l'OAI qu'il ne s'opposait pas à une orientation professionnelle dans la mesure où il souhaitait « aller de l'avant », en relevant toutefois que, dans son état actuel, il n'était pas envisageable pour lui d'y parvenir en effectuant des activités supplémentaires à celles qu'il exerçait.

Le 23 février 2012, l'assuré a indiqué à un collaborateur de l'OAI qu'il ne lui était pour l'heure pas envisageable de quitter son activité indépendante, dans laquelle il pouvait déployer l'entier de ses compétences, en précisant que s'il devait envisager de quitter son activité actuelle, il s'estimait suffisamment formé et compétent dans divers domaines (relationnel, administratif, etc.) pour se reclasser sans l'aide de quiconque.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, a examiné l'assuré le 17 janvier 2012, à la requête de Q.\_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise du 19 mars 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_ a résumé les pièces médicales au dossier. Dans ce cadre, il a relevé ce qui suit s'agissant du rapport d'expertise de l'appareil locomoteur dressé le 20 janvier 2012 par le Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue auprès de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ :

« Né le [...], Monsieur M.\_\_\_\_\_ occupe depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998 le poste de Directeur de sa propre société : D.\_\_\_\_\_ Sàrl. En 1993, alors que l'intéressé était en apprentissage de mécanique automobile, ladite carrière d'assureur a débuté au décours d'un accident de la circulation où il a été comprimé par le volant d'une voiture. Il s'est endommagé la cage thoracique et deux vertèbres, D12 et L1. La guérison est attestée au bout de 6 mois, mais une fatigabilité, une perte de force et des limitations pour le port de charges lourdes ont persisté. Ainsi, l'assuré a décidé d'effectuer une reconversion professionnelle.

Habituellement, ce courtier en assurances occupe le tiers de son temps de travail à la réalisation de tâches administratives. Le reste est consacré aux déplacements vers la clientèle dans un rayon d'une heure en voiture. L'assuré a mis toute son énergie dans sa carrière professionnelle qu'il considère comme une « ... *success story* » et qui aurait généré un succès « ... *hors norme* ». Cependant, il décrit un stress particulier au travail ; celui inhérent à toutes les professions libérales avec des fins de mois dépendant des performances.

Dans sa jeunesse, Monsieur M. \_\_\_\_\_ a été un grand sportif avec une physique qui y sied, pesant 97 kg pour 189 cm, soit un Body Mass Index (BMI) de 27.15kg/m<sup>2</sup> au jour de l'expertise médicale. Il est tabagique actif, mais ne prend pas de boissons éthyliques. Toutefois, dans son adolescence, il aurait aussi été consommateur de cannabis. Il a choisi de maintenir cette consommation de substances psychoactives entre 1993 et 2008, pour soulager ses douleurs résiduelles des suites de son accident, expliquant en parallèle être réticent à la prise d'antalgiques par crainte d'une dépendance. En effet, des algies rachidiennes permanentes chroniques ont persisté, lesquelles n'ont pas été soulagées par les prescriptions médicales de physiothérapie et la pratique de la natation. En sus, il a pris l'habitude de réaliser des auto-manipulations de la colonne dorso-lombaire en rotation pour ressentir un soulagement éphémère. En raison des algies, le tableau s'accompagne de la persistance d'une fatigue générale intense, nécessitant entre 10 à 12 heures de sommeil par jour, et des gênes pour les gestes de la vie quotidienne.

Selon l'anamnèse, aucun membre de sa famille ne présente de problèmes psychiques connus. Néanmoins, il est noté que sa mère est au bénéfice d'une rente entière à l'Al. Jusqu'à l'âge de 27 ans, plusieurs tentatives pour avoir une autonomie ayant échoué et l'intéressé est retourné vivre chez ses parents. Célibataire et sans enfant, vivant en couple au moment de l'expertise de rhumatologie, l'assuré se plaint de l'effet de son état de santé sur ses relations antérieures, peu durables.

L'arrêt spontané de la prise de cannabis s'est fait en raison d'une diminution de la capacité de réflexion, aggravant toutefois l'état douloureux.

Sur le plan médical, toujours au décours de son accident de 1993, Monsieur M. \_\_\_\_\_ signale avoir eu, en toile de fond, des troubles de l'humeur de la lignée dépressive, avec apparition d'idées suicidaires en 2010. Aussi, le 1<sup>er</sup> juin 2010, une incapacité de travail à 100% a été attestée en raison d'un épisode dépressif moyen dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. Avec une approche psychiatrique-psychothérapeutique intégrée, l'évolution a été lente avec une réactivation des plaintes au moment où l'épisode s'est partiellement résorbé. Par conséquent, en septembre 2010, sur un fond de contexte socioprofessionnel, une décompensation dépressive est attestée par son médecin traitant. Ultérieurement, le 19 avril 2011, l'épisode est devenu sévère sans symptômes psychotiques. Dans ce contexte, en date du 15 août 2011, une évaluation médicale de psychiatrie a été demandée pour les

troubles psychiques non soulagées par la prise de Cipralex®(escitalopram) 20mg/j.

Sur le plan professionnel, la situation engendre une limitation du temps de travail et une perte de revenus. Par ailleurs, sur la base d'un manque d'énergie en lien avec les conséquences des troubles somatiques, l'évaluateur retient alors le diagnostic d'un probable trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (ICD-10, F33.4) et une aptitude professionnelle est reconnue au 15 août 2011. Mises à part les recommandations pour la poursuite de la médication, à visée de confort personnel et pour prévenir une récurrence, un avis locomoteur supplémentaire est proposé, les plaintes étant dominantes au niveau somatique. En fonction des résultats des investigations somatiques, la question d'un syndrome douloureux somatoforme pourrait être posée.

Le 14 septembre 2011, des plaintes de Monsieur M. \_\_\_\_\_ concernant un manque d'investigation de son trouble locomoteur justifient une IRM complémentaire du rachis lombaire. Cet examen est réalisé pour l'exploration d'une fracture du mur antérieur de D12-L1. Le résultat étant sans anomalie, un oedème osseux, des séquelles significatives de fracture et des troubles du canal vertébral ou de la moelle ont été écartés.

Sur la base de l'évaluation psychiatrique et de l'IRM, l'assurance perte de gain maladie a mis fin aux prestations d'indemnités journalières, décision contre laquelle l'assuré s'est opposé.

Par mandat du 28 novembre 2011, une expertise de rhumatologie a alors été réalisée. Dans le dossier joint, il est signalé qu'une demande de prestations à l'AI est faite et le rapport du 23 novembre 2011 stipule l'existence de troubles psychiatriques à type de troubles narcissique, phobo-obsessionnel, hypocondriaque et dépressif, ainsi que d'un possible PTSD, l'évolution tendant vers une asthénie généralisée, avec un syndrome algique diffus.

En second lieu, il est également noté que l'arrêt des prestations par l'assurance perte de gain maladie, dans l'impossibilité à exercer l'activité professionnelle, génère des difficultés financières. L'absence de solutions pour l'état de santé justifie l'annonce à l'AI. Par ailleurs, l'opposition à la décision de fin de prestations se base également sur l'insuffisance de l'évaluation somatique, mais également sur la réalisation d'un examen en dehors des phases aiguës. En ce sens, une reprise des prestations à 50% est demandée, faute de quoi, l'assuré fera appel à sa protection juridique.

Au jour de l'expertise, l'intéressé ne prend aucun antalgique (mais il est au bénéfice d'un traitement antidépresseur Cipralex®(escitalopram) 20mg) et il se soulage essentiellement par la pratique de la natation à raison de 2 heures par jour, mais cet exercice l'épuiserait.

L'expert a évalué en premier lieu les algies rachidiennes, cotées entre 5 et 7/10 sur l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) selon les activités, et se situant uniquement au niveau du dos, sans irradiation aux membres inférieurs. L'examen physique tant du rachis dorsal

que lombaire étant sans anomalie particulière, il est évoqué une majoration des plaintes, ces dernières dépassant de loin le cadre d'un status post-fracture bénigne de D12 et L1. En somme, les douleurs rachidiennes anorganiques sur status post-fracture mineure de D12 et L1, en phase de rémission retardée, n'ont aucune incidence sur la capacité de travail.

Le deuxième point étudié concerne le syndrome polyalgique diffus, dont les plaintes particulières se rapportent à la région cervicale et les trapèzes, mises à part la sensation de fatigue générale et les limitations dans la mobilité. L'expert décrit l'intéressé comme une personne angoissée et touchée tant psychologiquement que physiquement, par son accident de 1993. Son état de santé le fait souffrir, surajouté à l'incompréhension et au regard indifférent de son entourage. Par ailleurs, les triggers points ne sont pas déterminants et la présence de 3/5 signes de WADDELL permet de retenir une majoration des plaintes. Par ailleurs, le maintien des relations sociales bien que réduites, appuie l'orientation vers une étude des critères jurisprudentiels relatifs aux douleurs non explicables par un substrat organique.

Il est à signaler un test de TINEL positif des deux côtés sur une plainte de paresthésie bilatérale, avec discordance entre la droite et la gauche.

Au total, l'expert est étonné d'examiner un assuré présentant un contraste entre la corpulence physique, évoquant une impression de force générale, et la fragilité psychologique. Une majoration des plaintes est décelée dans la déclaration de l'intéressé d'un besoin de repos de 10 à 12 heures par jour en raison des douleurs, contrastant avec des algies déclarées intenses sans prise d'antalgiques, bien que la discordance ne permette pas d'apprécier l'intensité de sa souffrance réelle. Ainsi, dès le 5 décembre 2011, jour de l'entretien, une capacité de travail à 100%, horaire et rendement, est reconnue dans l'activité professionnelle habituelle.

L'évolution lui paraît dépendre de l'humeur, le trouble psychologique lui paraissant plus complexe que le diagnostic retenu lors de la première évaluation ».

Dans son rapport du 19 mars 2012, le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, rémission complète (F12.202). L'expert a ensuite exclu le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.4). A cet égard, il a expliqué qu'il n'était pas convaincu par l'existence d'un authentique trouble dépressif récurrent, car la symptomatologie dépressive décrite dans le dossier était survenue juste après l'arrêt du cannabis, estimant qu'il ne pouvait être exclu qu'il s'agisse d'effets secondaires liés à un sevrage à une substance

psychotrope consommée durant de très nombreuses années. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a en outre relevé que l'assuré lui avait déclaré que le traitement antidépresseur était trop fatigant et qu'il ne le prenait pas, afin de préserver sa capacité de travail. L'expert a en outre écarté le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, faute pour l'assuré d'en remplir les critères. Il a également exclu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité à traits psychotiques, paranoïdes, schizoïdes et maniformes (posé le 22 [recte : 21] décembre 2011 par la Dresse L.\_\_\_\_\_) et celui de troubles narcissique, phobo-obsessionnel, hypocondriaque et dépressif (retenu le 23 novembre 2011 par le Dr P.\_\_\_\_\_), en soulignant que les particularités de la personnalité de l'assuré étaient plus à mettre en lien avec ce que l'on pourrait qualifier de structure, ou de noyau psychotique, qu'avec un trouble de la personnalité avéré au sens de la CIM-10. Finalement, l'expert a exposé ce qui suit au chapitre « discussions et synthèse » de son rapport :

« L'expert se trouve en face de Monsieur M.\_\_\_\_\_, travaillant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998 en qualité de courtier en assurances auprès de sa propre agence, D.\_\_\_\_\_ Sàrl. Actuellement âgé de 37 ans, il a été victime d'un accident de voiture en 1993 à l'âge de 19 ans, lequel a entraîné des fractures mineures de D12 et L1, et semble avoir décompensé un état psychologique probablement fragile antérieurement.

L'expertisé déclare avoir lutté contre ses douleurs par la poursuite d'une dépendance au cannabis, ayant duré jusqu'en 2010, soit près d'une vingtaine d'années environ. Selon ses dires, sous toute réserve, cette dépendance avait une visée antalgique. Néanmoins, cela n'a pas empêché l'assuré de bien réussir sur le plan professionnel.

Début 2010, des symptômes psychologiques, ou plutôt cognitifs, sous la forme de défaillances cognitives intellectuelles interférant dans son travail, l'ont persuadé de consulter le Docteur L.\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, et un arrêt de la prise du cannabis a alors été instauré. Le début des consultations spécialisé[es] a donc été motivé par un problème cognitif secondaire à la prise chronique de cannabis et non pas pour un éventuel état dépressif.

Ensuite, en juin 2010, l'intéressé a été mis en arrêt de travail à 100% dans son entreprise où il n'effectuerait que du travail administratif. Il rapporte avoir plusieurs employés, dont une secrétaire.

Les arrêts de travail ont été prolongés par son médecin et sa psychiatre traitants, malgré le fait qu'une reprise à 100% ait été

prescrite en cours d'arrêt de travail et secondairement à l'évaluation précoce d'août 2011.

Les plaintes de Monsieur M. \_\_\_\_\_ sont constituées par des allégations douloureuses rachidiennes, augmentant avec le temps et les années : « *Maintenant, c'est la nuque aussi* ». Il décrit également une grande fatigabilité physique et mentale, avec une incapacitation intellectuelle professionnelle au-delà de l'heure de midi.

### **1. FACTEURS NON MEDICAUX SUSCEPTIBLES D'INTERFERER AVEC LA CAPACITE DE TRAVAIL**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> âge                       | <input type="checkbox"/> problèmes au poste de travail             |
| <input type="checkbox"/> problèmes familiaux       | <input checked="" type="checkbox"/> stupéfiants (trouble primaire) |
| <input type="checkbox"/> alcool (trouble primaire) | <input type="checkbox"/> accident                                  |
| <input type="checkbox"/> difficultés financières   | <input checked="" type="checkbox"/> autres facteurs :              |

**Commentaire :** On ne peut pas exclure l'existence de facteurs non médicaux, car il est difficile de justifier l'incapacité de travail de 50% alléguée en raison d'une fatigue physique et mentale. En effet, il existe des incohérences (pratique de la natation intensive, du besoin de se reposer 12h par nuit...) peut-être non entièrement explicables par les symptômes relevés au cours de l'examen, chez une personne chef d'entreprise qui s'autogère elle-même et qui a plusieurs collaborateurs à ses côtés pour l'aider.

### **2. SYNTHÈSE**

#### **a. Signes cliniques et paracliniques principaux**

Sur le plan de la dépendance au cannabis, il n'y a pas de symptômes objectivables au jour de l'expertise, l'abstinence ayant été atteinte et le résultat du dépistage s'est révélé négatif. Néanmoins, on relève des symptômes s'inscrivant dans le registre psychotique et pour lesquels un traitement neuroleptique à faible dose pourrait être tenté. Il n'est pas exclu que ces derniers soient des manifestations secondaires d'une consommation chronique et importante, à l'entendre sur près de 20 ans (une seconde hypothèse sera abordée ci-dessous). Ces symptômes sont :

- Conviction inébranlable de présenter des douleurs rachidiennes post-accidentelles.
- Fatigabilité dans le travail et à la conduite d'automobile.
- Discordance entre réalité perçue et effectuation active dans la vie sociale et professionnelle.
- Hypertrophie du moi.
- Rationalisation.
- Interprétativité.
- Association symptomatique constitutive d'un délire d'allure hypochondriaque, en secteur.

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

Actuellement, on ne retrouve aucune symptomatologie dépressive et si l'assuré a mis en avant dans un premier temps prendre des psychotropes, il est revenu sur ses dires en fin d'examen, à l'annonce de la nécessité de réaliser des analyses biologiques pour le besoin de l'expertise. Ce fait est essentiel et central pour, in fine, articuler les divers éléments médicaux, car il témoigne du maintien et de la vivacité des articulations cognitives et symboliques de l'assuré aux éléments de réalité de l'instant et permet de relativiser le tableau clinique observé.

Face à la suspicion sur la détermination de l'assuré [à] amplifier la nature des troubles, y compris ceux apparaissant comme délirants, l'expert ne peut exclure chez un professionnel en assurance, averti et informé, la possibilité d'une production intentionnelle ou simulation de symptômes soit physiques, soit psychologiques (ICD 10, F68.1).

Quoiqu'il en soit, même si en toute rigueur un trouble psychotique en secteur, de type confabulant, peut être décrit, celui-ci est classiquement reconnu en médecine courante comme n'interférant pas avec le maintien des capacités intellectuelles et physiques nécessaire à l'exercice professionnel. Il peut même être, paradoxalement, à la source de belles réussites professionnelles comme le démontre la description anamnestique et clinique de l'assuré. Aucune incapacité de travail ne peut en être déduite.

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

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

Au plan psychiatrique, les symptômes relevés le jour de l'examen ne sont pas une entrave à la mobilisation de sa capacité de travail dans son emploi habituel de responsable de société, malgré ce qu'il peut en dire. Il n'existe pas de limitations dans le travail.

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

Au plan psychiatrique, 100%, horaire et rendement, au 6 février 2012.

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

La question tombe ».

Dans un rapport du 10 avril 2012 au médecin-conseil de Q.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de son patient demeurait de 50 %, en faisant état d'une évolution favorable au plan psychiatrique. Le Dr P.\_\_\_\_\_ relevait que l'assuré pratiquait régulièrement, savoir quasiment quotidiennement, une activité physique d'entretien de son rachis par de la natation.

Dans un rapport SMR du 3 septembre 2012, les Drs X.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, ont constaté que la capacité de travail de l'assuré était entière, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 16 novembre 2012, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré des prestations, en retenant notamment ce qui suit :

« Par votre demande du 21 avril 2011, vous avez sollicité des prestations de notre assurance.

Vous avez participé à une expertise rhumatologique effectuée par le Dr C. \_\_\_\_\_ en date du 5 décembre 2011. Le rapport du 20 janvier 2012 ne met pas en évidence de diminution de votre capacité de travail dans votre activité habituelle de conseiller en assurances.

Une expertise psychiatrique a également été réalisée par le Dr N. \_\_\_\_\_ le 6 février 2012. Ce dernier conclut, dans son rapport du 19 mars 2012, à l'absence d'atteinte psychiatrique justifiant une incapacité de travail pour raison psychiatrique.

Les rapports y relatifs s'appuient sur des examens exhaustifs et nous les considérons comme convaincant[s]. Les examens n'ont pas permis de mettre en évidence un diagnostic, tant sur le plan physique que psychique, relevant de l'AI et pouvant avoir une répercussion sur votre capacité de travail.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les constatations émanant des médecins consultés 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. Dès lors, en cas d'avis médicaux contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant/des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant/des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée ; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106 ; RCC 1988 pp. 504 ss).

Les expertises des Dr[s] C. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ se basent sur des examens complets, prennent en compte les plaintes exprimées et décrivent clairement le contexte médical. Leurs conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Ces expertises ont dès lors pleine valeur probante.

Force nous est de constater que rien ne s'oppose à la mise en valeur de votre pleine capacité de travail et de gain, dans toute activité de votre domaine de compétences, et ce depuis toujours.

Cela étant, il n'y a pas d'invalidité présentée, ni imminence d'invalidité, qui soit de nature à vous ouvrir un droit à des prestations de notre assurance ».

L'assuré a formulé ses objections à ce projet de décision le 29 novembre 2012. Il a expliqué qu'à ses yeux, les experts mis en œuvre par Q. \_\_\_\_\_ n'étaient pas neutres, dans la mesure où ils étaient

rémunérés par Q.\_\_\_\_\_. Ils ne l'avaient en outre vu qu'à trois occasions, lui ayant posé des questions durant 20 à 30 minutes chaque fois, ce qui était insuffisant selon lui pour saisir la dynamique de son problème de santé, estimant que les experts ne voulaient pas le comprendre. Il a exposé être parvenu à travailler après son accident grâce au soutien de ses parents et moyennant des visites régulières auprès de thérapeutes (ostéopathes, masseurs, chiropraticiens, guérisseurs). L'âge et une prise de poids avaient ensuite aggravé les douleurs. Réalisant que, malgré un travail ne demandant pas le port de charges et permettant de varier les positions, il ne parvenait pas à avoir une vie normale, il avait commencé à développer des angoisses profondes sur l'avenir, qui se sont ajoutées à ses troubles physiques, le conduisant à consulter un psychiatre en 2010. Il a ensuite décrit ses douleurs, faisant en outre état d'une douleur survenue peu auparavant au niveau du bras droit. Il relevait que son travail au taux de 50 % lui permettait de stabiliser sa situation, rendant ses symptômes « vivables », s'estimant dans l'impossibilité de faire plus, sous peine de voir son état se péjorer.

Dans un rapport du 11 décembre 2012 à l'OAI, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a fait état d'une péjoration de l'état de son patient, avec une incapacité de travail de 50 %. Il s'agissait d'une incapacité de travail durable, déterminée par une dépression chronique grave venant se greffer sur une structure fragile au niveau de la personnalité, du registre psychotique, et qui rendait l'intéressé très sensible aux autres problèmes somatiques existants. Aucun projet de reclassement professionnel ne semblait indiqué pour l'instant, le travail ayant déjà subi beaucoup d'adaptations et l'assuré étant dépendant d'autrui pour les activités quotidiennes.

L'assuré ayant consulté un avocat, ce dernier a complété les objections au projet de décision le 29 janvier 2013, exposant que l'intéressé avait présenté une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> juin au 15 novembre 2010, puis à 50 % dès le 16 novembre 2010 jusqu'à ce jour. Il a fait état des diagnostics de fracture-tassement du mur antérieur de D12 et de L1, de traumatisme crânien simple et de plaie frontale gauche

posés le 30 mars 1993 par le Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_. Il a également relevé que, le 25 mars 1997, la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, avait posé les diagnostics de dysfonctions intervertébrales mineures étagées sur troubles statiques rachidiens et status après ancien tassement de L1, discopathie L5-S1, d'état de stress, de coxa valga et de pied creux longitudinal affaïssé antérieurement. Il s'est pour le surplus référé aux rapports de la Dresse L.\_\_\_\_\_ des 30 mai et 1<sup>er</sup> décembre 2011, ainsi qu'à ceux du Dr P.\_\_\_\_\_ des 6 juin 2011 et 10 avril 2012, et du Dr D.\_\_\_\_\_ du 12 décembre 2011. A ses yeux, les rapports et expertises du dossier AI avaient des conclusions « diamétralement opposées », requérant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par avis du 8 avril 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'assuré n'apportait pas de nouvel élément dans son argumentation du 29 novembre 2012. Sur le plan physique, le Dr D.\_\_\_\_\_ décrivait un status clinique ne montrant qu'une rectitude lombaire moyenne et basse et des douleurs segmentaires prédominant en L4-L5-S1, surtout médiane, avec des dysesthésies des épineuses L4-L5, le reste du status étant décrit comme normal et l'IRM dorso-lombaire n'ayant pas mis en évidence de discopathie ni d'œdème osseux. Ce rhumatologue proposait cependant une incapacité de travail de 50 % comme gérant d'entreprise, tout en suggérant des mesures professionnelles pour l'autre 50 %, de sorte qu'il admettait implicitement une pleine capacité de travail. Les lombalgies basses dysfonctionnelles étaient compatibles avec l'activité de chef d'entreprise, dès lors qu'il n'y avait pas de raisons ostéo-articulaires d'admettre une baisse de la capacité de travail. Cette pleine capacité de travail avait été confirmée lors de l'examen rhumatologique du 5 décembre 2011. Au plan psychiatrique, le seul nouvel élément au dossier était l'attestation de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2012, certifiant une péjoration de l'état de santé de son patient, avec dépression chronique grave, ne permettant pas d'activité à un taux supérieur à 50 %. Cette affirmation, postérieure au projet de décision, laissait le Dr X.\_\_\_\_\_ dubitatif, dans la mesure où un trouble dépressif grave

n'était habituellement plus compatible avec une activité professionnelle. En conclusion, le Dr X. \_\_\_\_\_ estimait que les divergences d'appréciation entre l'expert psychiatre et le psychiatre traitant étaient détaillées dans l'expertise et jugées convaincantes par le SMR, et qu'il n'y avait dès lors pas de raison d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique. Sur le plan physique, la situation était inchangée et rien ne justifiait une nouvelle appréciation rhumatologique.

Par décision du 30 mai 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a joint une lettre du même jour, qui en faisait partie intégrante, dans laquelle il a exposé que les éléments apportés dans la contestation de l'assuré ne lui permettaient pas de remettre en question son projet de décision.

**B.** Par acte du 2 juillet 2013, M. \_\_\_\_\_, représenté par l'avocat Laurent Damond, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, il fait valoir qu'il est atteint dans sa santé physique et psychique, sa vie n'étant que souffrance (sic) s'il travaille à 100 %. Un taux d'activité de 50 % lui permet par contre de maintenir son état de santé actuel, mais il s'agit du taux maximal qu'il peut envisager exercer. Il soutient ensuite que les rapports médicaux et les expertises au dossier ont des conclusions diamétralement opposées. Il relève à cet égard que les experts ont été mandatés par Q. \_\_\_\_\_, alors que les autres praticiens ont pu le rencontrer à de nombreuses reprises depuis des années, estimant ainsi que ces derniers sont à même d'évaluer plus précisément sa capacité de travail résiduelle. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a notamment joint à son recours un rapport du 14 novembre 2012 du Prof. V. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, selon lequel le recourant présentait des douleurs dans la charnière dorso-lombaire après un accident de la route qui avait entraîné des fractures de compression de D12 et L1, ainsi que des douleurs dans la région de la

nuque, au niveau C7 environ. Suspectant fortement que les douleurs trouvaient leur origine dans les articulations postérieures D12-L1 et L1-L2 des deux côtés, le Prof. V. \_\_\_\_\_ était d'avis que le seul traitement possible était une dénervation des articulations en question, traitement que le patient était toutefois réticent à entreprendre, notamment par peur des effets secondaires.

Dans sa réponse du 11 octobre 2013, l'intimé propose le rejet du recours.

Le 14 mars 2014, le recourant a fait savoir à la Cour de céans qu'un litige était pendant devant la Chambre patrimoniale cantonale, relatif au versement d'indemnités journalières perte de gain, précisant qu'une expertise allait être ordonnée dans ce cadre, si bien qu'il estimait opportun d'attendre cette expertise avant de poursuivre l'instruction de la présente cause.

Le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales a alors invité le recourant à lui transmettre copie de l'ordonnance sur preuves rendue par la Juge déléguée de la Chambre patrimoniale cantonale.

Le 16 avril 2014, le recourant a indiqué que la Juge déléguée de la Chambre patrimoniale cantonale avait décidé de suspendre la cause l'opposant à son assureur perte de gain jusqu'à droit connu sur le présent recours. Le recourant précisait ne pas être d'accord avec cette décision, contre laquelle il entendait recourir, expliquant qu'il tiendrait le magistrat instructeur informé.

Le 5 novembre 2014, le recourant a fait savoir à la Cour de céans que son recours contre la décision de la Présidente de la Chambre patrimoniale cantonale avait été rejeté, demandant dès lors que le traitement de la présente cause soit repris, en indiquant que la cause civile avait été suspendue jusqu'à droit connu sur l'expertise à mettre en oeuvre dans le présent litige.

## **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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et dans le respect des autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

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

**b)** Le litige porte en l'espèce sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année il est invalide à 40 % au moins (cf. 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 est comparé avec 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 (cf. art. 16 LPGA).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, sur 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 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1, TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels,

la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, 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 ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

**4.** Le recourant fait valoir qu'il n'est pas en mesure de travailler à un taux supérieur à 50 %, sauf à risquer une péjoration de son état de santé. L'intimé soutient quant à lui, en se fondant notamment sur l'expertise Z.\_\_\_\_\_, que le recourant présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

**a)** Sur le plan somatique, le recourant a fait état, à l'appui de sa demande de prestations AI, d'une « détérioration » de deux vertèbres fissurées en 1993. A cet égard, il n'est pas contesté qu'il a été victime d'un accident de la circulation survenu le 11 mars 1993, lors duquel il a subi une fracture-tassement du mur antérieur de D12 et de L1, un TCC et une plaie frontale gauche (cf. rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ du 25 mai 1993).

En mars 1997, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dysfonctions intervertébrales mineures étagées sur troubles statiques rachidiens et de status après ancien tassement de L1, de discopathie L5-S1, d'état de stress, de coxa valga et de pied creux longitudinal affaîssé antérieurement.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a également posé le diagnostic de status post-fracture du mur antérieur D12-L1 survenu en mars 1993. Il a en outre fait état d'un syndrome algique diffus, existant depuis 2010, et retenu une incapacité de travail totale. Il a renvoyé l'intimé à la Dresse L.\_\_\_\_\_ pour la dimension psychiatrique, en précisant que celle-ci était prépondérante (cf. rapport du 6 juin 2011).

Or, le Dr P.\_\_\_\_\_ est le seul médecin à avoir fait état d'une incapacité de travail totale. Cette appréciation est au demeurant contredite par les autres éléments du dossier : il apparaît en particulier que le Dr D.\_\_\_\_\_ - qui ne retient par ailleurs, au plan somatique, que les diagnostics de lombalgies basses dysfonctionnelles avec déconditionnement musculaire rachidien, abdominal et des membres inférieurs, et d'état après accident de voiture à l'âge de dix-huit ans, soit des lombalgies relativement banales comme l'observe le Dr X.\_\_\_\_\_ (cf. avis du 18 janvier 2012) - est d'avis que la capacité de travail est de 50 % dans l'activité habituelle de gérant d'entreprise, et qu'elle peut être complétée par « un travail adapté qui sera à définir, avec une formation adéquate pour mettre en oeuvre cette activité professionnelle » (cf. rapport du 12 décembre 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_). Le Dr D.\_\_\_\_\_ a relevé que l'IRM dorso-lombaire du 12 septembre 2011 ne mettait pas en évidence de discopathie, ni d'œdème osseux. Si l'examen musculo-squelettique avait montré une rectitude lombaire moyenne et basse, la statique rachidienne était toutefois relativement équilibrée. En position debout, l'appui monopodal était réalisé des deux côtés, ainsi que la marche sur les pointes et les talons. Il y avait certes des douleurs segmentaires prédominant en L4-L5-S1, mais elles n'irradiaient pas dans les membres inférieurs en décubitus ventral et n'étaient pas accentuées par la flexion de hanche ni de genou. En décubitus dorsal, la manœuvre de Lasègue ne déclenchait pas de sciatgie, la mobilité des hanches étant conservée, cependant les fins d'amplitude de flexion de la jambe tendue et/ou de la hanche, ainsi que les rotations, accentuaient la sensibilité douloureuse lombaire basse. Quant aux réflexes ostéo-tendineux, ils étaient symétriques, et le réflexe cutanéoplantaire en flexion des deux

côtés. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a lui aussi rappelé que le recourant avait eu la cage thoracique et les vertèbres D12 et L1 endommagées lors de son accident de 1993. La guérison avait été attestée six mois après l'accident, mais une fatigabilité, une perte de force et des limitations pour le port de charges lourdes avaient persisté, si bien que le recourant avait effectué une reconversion professionnelle (cf. avis du 20 janvier 2012 du Dr C.\_\_\_\_\_). Lors de son examen par le Dr C.\_\_\_\_\_, le recourant s'est plaint de douleurs, en expliquant présenter une fatigue générale intense nécessitant 10 à 12 heures de sommeil par jour et des gênes pour les gestes de la vie quotidienne. Toutefois, le Dr C.\_\_\_\_\_ a constaté, comme le Dr D.\_\_\_\_\_, que l'IRM complémentaire du rachis lombaire, réalisée en septembre 2011 pour l'exploration d'une fracture du mur antérieur de D12-L1, présentait un résultat sans anomalie, un œdème osseux, des séquelles significatives de fracture et des troubles du canal vertébral ou de la moelle ayant été écartés. Dans le cadre de son examen de l'assuré, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que celui-ci se plaignait en premier lieu d'algies rachidiennes, selon les activités, se situant uniquement au niveau du dos, sans irradiation aux membres inférieurs. Pour ce spécialiste, l'examen physique tant du rachis dorsal que lombaire était sans anomalie particulière, une majoration des plaintes étant évoquée dès lors que celles-ci dépassaient de loin le cadre d'un status post-fracture bénigne de D12 et L1. Pour le Dr C.\_\_\_\_\_, les douleurs rachidiennes anorganiques n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Quant au syndrome polyalgique diffus, avec des plaintes se rapportant à la région cervicale et aux trapèzes, il n'était pas explicable par un substrat organique. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a souligné le contraste existant entre la majoration des plaintes décelée dans la déclaration de l'assuré d'un besoin de repos de 10 à 12 heures par jour en raison des douleurs, et les algies déclarées intenses sans prise d'antalgiques. Dans ces conditions, le Dr C.\_\_\_\_\_ a estimé que le recourant présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle.

L'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_ repose sur un examen de l'assuré et a été établie en connaissance du dossier de celui-ci. Ce médecin a au demeurant tenu compte des plaintes de l'intéressé et

expliqué pour quels motifs il retenait une capacité de travail entière. Il n'est, au plan somatique, finalement contredit que par le Dr P. \_\_\_\_\_, qui, après avoir estimé que la capacité de travail était nulle, a considéré dans son avis du 10 avril 2012 qu'elle était de 50 %, sans expliquer pour autant ce qui le conduisait à estimer la capacité de travail à ce taux. Quant au Prof. V. \_\_\_\_\_, dont l'avis a été produit en procédure par le recourant, il n'est pas non plus de nature à remettre en cause les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ ; le Prof. V. \_\_\_\_\_ ne s'est au demeurant pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, mais a uniquement relevé que ce dernier se plaignait de douleurs dans la charnière dorso-lombaire après un accident de la route qui avait entraîné des fractures de compression de D12 et L1, et de douleurs dans la région de la nuque. Or ces éléments ont été valablement pris en compte par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son examen du cas.

Il résulte de ce qui précède qu'au plan somatique, le recourant ne présente pas d'atteinte justifiant de retenir une incapacité de travail dans son activité habituelle.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le recourant bénéficie d'une prise en charge auprès de la Dresse L. \_\_\_\_\_ depuis 2010. Cette médecin a diagnostiqué le 10 mai 2011 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis mars-avril 2011, en relevant que son patient présentait les signes cliniques d'une dépression grave, ce qui la conduisait à retenir une incapacité de travail de 50 % à compter du 19 avril 2011, en cours. Le 30 mai 2011, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a précisé que l'humeur de l'assuré était triste, avec un ralentissement psychomoteur et des angoisses présentes devant les confrontations. Le contenu de la pensée comportait des difficultés à se projeter dans l'avenir, des ruminations pessimistes, des idées noires, de désespoir et de démotivation, avec présence d'idées de mort mais sans scénario. Le 11 octobre 2011, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement psychiatrique avait permis d'améliorer en grande mesure l'état de son patient, qui avait été déclaré apte à travailler à 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011 du point de vue psychiatrique. Or, le 29 novembre 2011, la

Dresse L.\_\_\_\_\_ a mentionné une nouvelle incapacité de travail de 50 %, depuis le 22 novembre 2011. Interpellée le 1<sup>er</sup> décembre 2011 par l'OAI, elle a fait savoir le 21 décembre 2011 que les diagnostics responsables de l'incapacité de travail étaient un trouble mixte de la personnalité (traits psychotiques : paranoïdes, maniformes et schizoïdes) (F61), ainsi qu'un trouble dépressif récurrent en rémission partielle (F33.4), l'incapacité de travail restant de 50 %. Selon elle, le travail de conseiller en assurances à la clientèle n'était plus adapté, le patient pouvant encore toutefois s'occuper de la gestion administrative.

Pour sa part, le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait état de « trouble psychiatrique complexe (...) évoluant vers une asthénie généralisée avec syndrome algique diffus » depuis 2010, renvoyant toutefois à la Dresse L.\_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique (cf. avis du 6 juin 2011).

Or, l'appréciation de la Dresse L.\_\_\_\_\_ est contredite par celle des autres médecins. Ainsi, le Dr S.\_\_\_\_\_ a-t-il fait état le 15 août 2011 à la suite de son examen de l'assuré d'un probable trouble dépressif récurrent, estimant cependant que celui-ci était actuellement en rémission (F33.4), si bien qu'il n'a pas retenu de limitations d'ordre psychiatrique qui auraient une influence sur la capacité de travail. Quant au Dr N.\_\_\_\_\_, qui a examiné l'assuré le 17 janvier 2012, il a posé les diagnostics, toutefois sans effet sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent et en rémission complète (F12.202), et de trouble dépressif récurrent (F33.4), en précisant quant à ce dernier diagnostic ne pas être convaincu d'un authentique trouble dépressif récurrent, dès lors que la symptomatologie décrite était survenue juste après l'arrêt du cannabis, si bien qu'il pouvait s'agir d'effets secondaires liés à un sevrage, l'assuré ayant consommé cette substance pour lutter contre les douleurs de l'accident de 1993, ceci jusqu'en 2010, soit durant près de vingt ans. Les diagnostics de troubles somatoformes persistants, de trouble mixte de la personnalité à traits psychotiques, paranoïdes, schizoïdes et maniformes, et de trouble narcissique, phobo-obsessionnel, hypocondriaque et dépressif ont été exclus. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a en outre

écarté une symptomatologie dépressive, en relevant que si l'assuré avait dans un premier temps mis en avant prendre des psychotropes, il était revenu sur ses dires en fin d'examen à l'annonce de la nécessité de réaliser des analyses biologiques pour le besoin de l'expertise. De l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, ce fait permettait de relativiser le tableau clinique observé. L'expert a soupçonné l'assuré d'amplifier la nature des troubles, y compris ceux apparaissant comme délirants, en retenant toutefois que, même si tel devait être le cas, cela n'interfererait pas avec le maintien des capacités nécessaires à l'exercice professionnel. Il a ainsi finalement retenu une capacité de travail entière au plan psychiatrique.

Le rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur un entretien avec l'assuré, l'examen du dossier de celui-ci, pose son anamnèse, fait état des plaintes de l'intéressé et explique les raisons qui conduisent l'expert à ne pas retenir de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. On préférera dès lors cette appréciation à celle de la Dresse L.\_\_\_\_\_, au demeurant psychiatre traitant et en tant que telle incline à prendre parti pour son patient, et qui a varié dans son appréciation du cas. Elle a en effet indiqué le 11 octobre 2011 une pleine aptitude au travail à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2011, pour finalement attester d'une nouvelle incapacité de travail à 50 % dès le 22 novembre 2011, semblant toutefois attribuer l'incapacité de travail de 50 % aux problèmes psychiatriques mais aussi somatiques, en tant qu'elle a indiqué le 21 décembre 2011 à l'OAI, quant à l'évolution de la capacité de travail, que l'incapacité de travail restait à 50 %, sans évolution, pour les raisons qu'elle évoquait « mais aussi pour un problème de dos ». Le 11 décembre 2012, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a mentionné une péjoration de l'état du recourant avec une incapacité de travail à 50 %, en raison d'une « dépression chronique grave ». Toutefois, il convient de constater, avec le Dr X.\_\_\_\_\_, que si un trouble dépressif grave existe, il n'est habituellement pas compatible avec une activité professionnelle (cf. avis SMR du 8 avril 2013).

En recours, le conseil du recourant a renvoyé aux observations formulées par ce dernier le 29 novembre 2012. On rappellera dans ce contexte qu'en ce qui concerne la durée de l'expertise, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2), de sorte que le fait que les Drs C.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ n'aient vu le recourant qu'à trois occasions durant 20 à 30 minutes ne permet pas de mettre en doute la valeur probante de leur expertise. Il faut encore rappeler que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou oeuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). De simples soupçons - ne reflétant en l'espèce que les impressions subjectives du recourant - ne sauraient donc suffire, à défaut d'être étayés par des indices objectifs, à établir que les Drs N.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ne disposaient pas de l'indépendance et de l'impartialité nécessaires pour remplir leur tâche.

**c)** Finalement, en retenant que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, l'intimé n'a pas violé le droit.

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

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**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 30 mai 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Laurent Damond, avocat (pour M. \_\_\_\_\_),
- 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 :