

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 décembre 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourante,

et

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

et

L._____, à [...], appelé en cause, représenté par Me Marie-Josée Costa,
avocate à Genève.

Art. 6, 7, 8, 17 LPGA ; art. 4, 28 LAI ; art. 88a al. 2 RAI

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou l'appelé en cause), né en [...], a été engagé le 1^{er} mars 2006 par la société Z._____, en qualité de stratéguiste et gérant de portefeuilles, au taux de 100%. Le 19 février 2013, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), faisant valoir une totale incapacité de travail depuis le 4 septembre 2012. L'assuré a indiqué souffrir d'une atteinte du système immunitaire à la suite d'une piqûre d'araignée, avec des répercussions inflammatoires diffuses, notamment dermatologiques, mais surtout systémiques, et de la sphère oto-rhino-laryngologique (ci-après : ORL). Il en résultait un désordre auto-immun, une surdité accompagnée d'acouphènes et d'hyperacousie, des inflammations chroniques, des crises de vertiges rotatoires récurrentes et une marque inflammatoire de type morphée dans le dos. L._____ a précisé qu'au moment de la survenance de son incapacité de travail, il était assuré auprès de D._____ (ci-après : D._____) pour les indemnités journalières en cas de maladie, et auprès de la Y._____ (ci-après : Y._____ ou la recourante) pour la prévoyance professionnelle.

Le 21 janvier 2013, le Dr G._____, spécialiste en ORL, a pratiqué une intervention chirurgicale sur les trompes d'Eustache.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) est entré en possession d'un rapport du 4 mars 2013 du Dr G._____, retenant, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome de Ménière et une dysfonction tubaire depuis 2010. Au titre des atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin a mentionné une allergie aux acariens et aux pollens, ainsi qu'une maladie de reflux, antérieures à 2010. Dans le cadre de l'anamnèse, le Dr G._____ a constaté que l'assuré souffrait de troubles de l'équilibre, de surdité, d'asthénie et de trouble de la concentration, induisant une totale incapacité de travail depuis le 4 septembre 2012, tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité. Précisant qu'il suivait l'assuré depuis octobre 2010, le médecin a émis un pronostic incertain.

Dans un rapport du 6 mars 2013 à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en dermatologie aux F._____, (ci-après : F._____), a fait état d'une morphee en plaque lombaire prévalant depuis 2008. Selon le dermatologue, qui n'avait plus revu le patient depuis le 13 janvier 2009, cette atteinte n'impliquait pas de limitation de la capacité de travail, « sous réserve de l'absence d'évaluation depuis 2009 ».

Dans un rapport du 4 avril 2013 à l'OAI, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a diagnostiqué un syndrome de Ménière et une immunodéficience depuis 2008, impliquant une totale incapacité de travail de durée indéterminée dès le 4 septembre 2012, dans toute activité. Le médecin a émis un pronostic réservé.

Dans un rapport du 9 avril 2013, le Dr T._____, médecin auprès du Centre médical S._____, a posé le diagnostic de syndrome de Ménière. Précisant qu'il s'agissait selon lui surtout d'un cas de pathologie ORL, il a estimé que l'assuré ne présentait aucune limitation, son pronostic allant dans le sens d'une amélioration.

Selon une note de suivi du 7 juin 2013 au dossier de l'OAI, l'assuré a repris son activité professionnelle à 50% le 1^{er} mai 2013.

D._____ a mis en œuvre une expertise, qu'elle a confiée au Dr Q._____, spécialiste en neurologie. Le médecin a fait part de ses conclusions dans un rapport d'expertise du 24 mai 2013, après avoir effectué un examen clinique le 17 mai 2013. Il a posé les diagnostics de syndrome ménièriforme d'origine indéterminée, précisant que l'assuré présentait une hypoacousie droite sans atteinte vestibulaire cliniquement documentable. Il a exclu toute pathologie neurologique significative. L'expert a estimé que, sur le plan neurologique, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail. Il a toutefois précisé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail en relation avec l'affection ORL, de sorte qu'il convenait de solliciter l'avis d'un spécialiste non seulement ORL, mais en oto-neuro-vestibulaire tel que le Prof. M._____ ou le Dr

W._____. Dans l'intervalle, et « sur le plan commun », le Dr Q._____ préconisait de retenir une capacité de travail minimale de 70%, voire de 100%, dans l'idée que l'assuré pouvait effectivement être gêné dans les ambiances bruyantes mais qu'il n'y avait aucune contre-indication à ce qu'il puisse effectuer son travail d'analyste financier dans un bureau, au calme.

Par communication du 16 juillet 2013, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une réadaptation socio-professionnelle, par un coaching « Ressources » auprès de U._____, du 14 août au 2 octobre 2013, à raison d'un entretien préalable suivi de quatre entretiens de deux heures et d'un entretien tripartite. Cette mesure a ensuite été reconduite du 18 décembre 2013 au 14 février 2014.

Suivant les conclusions de l'expert Q._____, D._____ a mis en œuvre une expertise ORL, qu'elle a confiée au N._____ (ci-après : N._____). Dans un rapport d'expertise du 6 septembre 2013, le Dr P._____, spécialiste ORL et médecin consultant en otoneurologie aux F._____, a confirmé le diagnostic de maladie de Ménière active à droite (H81.0), sous la forme particulière d'un syndrome de Lermoyez (amélioration auditive pendant la crise de vertiges). L'expert a constaté qu'après avoir été en totale incapacité de travail, l'assuré avait repris son activité à 50% dès le 1^{er} mai 2013 et qu'il n'avait plus présenté de crise de vertiges depuis lors. Attestant une incapacité de travail de 50% du 1^{er} mai 2013 au 28 février 2014, il a proposé une nouvelle évaluation à la fin février 2014. En l'absence de nouvelles crises de vertiges invalidantes, la capacité de travail pourrait alors être augmentée à 70-80%, dont 50% au bureau et 20 à 30% à son domicile, par exemple. Le Dr P._____ a indiqué qu'il n'existait aucune autre activité mieux adaptée que l'activité actuelle d'analyste financier. Quelle que soit l'activité exercée, l'évolution de la maladie de Ménière restait imprévisible. On pouvait craindre une dégradation progressive de l'état de l'assuré, mais à l'inverse, on pouvait aussi s'attendre à une stabilisation de la maladie, sans crise de vertiges, mais avec un trouble plus ou moins permanent de l'équilibre lors des

mouvements, ainsi qu'une audition demeurant perturbée. L'expert précisait encore qu'il n'existait aucun traitement permettant de guérir cette maladie, les médicaments ou les interventions chirurgicales ne visant qu'à diminuer les crises de vertiges. Il n'était toutefois pas possible de restaurer l'audition, de faire disparaître les acouphènes ni d'empêcher le déséquilibre.

Dans un courrier du 29 octobre 2013, D._____ a indiqué à l'assuré que le Dr G._____ avait admis une totale incapacité de travail du 17 septembre au 31 octobre 2013, une reprise du travail à 50%, dans le sens des conclusions de l'expert P._____, étant attendue le 1^{er} novembre 2013.

Selon une note téléphonique du 19 novembre 2013, le collaborateur en charge du dossier de l'assuré auprès de l'OAI a relevé que l'intéressé s'était montré inquiet. Il se sentait moins bien et n'avait pas pu reprendre son activité au 1^{er} novembre 2013 comme envisagé. Les vertiges étaient encore plus fréquents et il ressentait une forte pression dans la tête tous les jours. Il devait rester dans un environnement silencieux pour que cela se passe au mieux. Son travail lui était pénible, mais il souhaitait toujours pouvoir retourner chez son employeur.

Aux termes d'une note de suivi interne au dossier de l'OAI, l'assuré a déclaré le 21 novembre 2013 que les mois d'octobre et novembre 2013 avaient été très difficiles, avec 17 crises et 5 crises de vertiges rotatoires d'environ 4 à 6 heures. En comparaison, il en avait eu environ 20 depuis 2008. Depuis novembre 2013, il souffrait également d'autres symptômes, tels que fortes migraines ou tangage constant. Il suivait un régime strict et devait, en plus des nuits, se reposer en cours de journée. L'assuré a également signalé un malaise psychique et un surmenage.

Selon une note d'entretien téléphonique du 20 décembre 2013, l'employeur a fait état d'une situation devenant plus compliquée. Une reprise d'activité avait été tentée, mais malgré une adaptation de son

poste de travail (bureau seul avec peu de bruit), l'assuré n'avait pas pu rester plus de quelques jours. Les quelques fois où il s'était présenté au travail, il n'avait pas eu d'échange avec la clientèle et ne participait pas aux colloques avec ses collègues.

Dans une note téléphonique du 15 janvier 2014, le spécialiste en réadaptation de l'OAI a mentionné les éléments suivants :

« Notre assuré confirme les dires de Mme [...] de la mesure de coaching, que son état de santé se dégrade fortement depuis notre dernière entrevue en novembre 2013.

Son MT [médecin traitant] qui était également en arrêt maladie a pu faire un rapport et le transmettre à l'APG [assurance perte de gain], qui sans ce document ne versait plus d'IJ [indemnités journalières] à M. L._____.

La situation de santé est telle, qu'il s'est retrouvé à plusieurs reprises sur le sol, suite aux vertiges rotatoires. Il se tordait de douleurs tout en vomissant du sang. Il est également touché moralement, la présence de son fils dans ces moments lui faisant ressentir une image du père de plus en plus ternie. Il se sent dégradé et l'estime est fortement touchée.

Les suivis médicamenteux se poursuivent et il attend beaucoup de sa nouvelle médication.

Il craint également qu'un retour dans son entreprise ne devienne plus envisageable et qu'ils finissent par le remplacer, ce qu'il peut comprendre, mais ce qu'il ne souhaite vraiment pas.

(...). »

Dans un rapport du 16 janvier 2014, le Dr T._____ a confirmé le diagnostic de maladie de Ménière et fait état d'une aggravation depuis son dernier rapport. Son patient souffrait de vertiges, de vomissements et de perte d'audition. Le médecin a indiqué qu'il n'avait personnellement délivré aucun certificat d'arrêt de travail, mais que le médecin ORL avait attesté une totale incapacité de travail depuis septembre 2013. La capacité de travail de son patient dans une activité adaptée lui paraissait difficile à évaluer.

Dans un rapport du 18 avril 2014 à l'OAI, le Dr G._____ a confirmé le diagnostic de maladie de Ménière avec dysfonction tubaire. Il a fait état d'une évolution stable depuis son dernier rapport, indiquant que la capacité de travail de son patient était nulle, depuis le 1^{er} novembre 2013. L'assuré présentait de graves troubles auditifs et psychiques. Le médecin

indiquait encore qu'il lui était actuellement impossible de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 23 avril 2014, l'OAI est également entré en possession d'un rapport du Dr R._____, mettant en évidence une candidose généralisée avec syndrome de Ménière et une maladie de Lyme probable. L'assuré souffrait de troubles de la concentration, d'asthénie, de vertiges, de migraines, de douleurs multiples et d'acouphènes. L'évolution de l'état de santé de son patient était fluctuante : il présentait des périodes d'amélioration, suivies de rechutes. Le Dr R._____ a attesté une totale incapacité de travail depuis septembre 2012, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, précisant que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50% du 1^{er} mai au 10 septembre 2013.

Dans un avis du 28 mai 2014, le Dr B._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), s'est exprimé en ces termes :

« (...)

L'actualisation des données médicales demandées aux différents médecins traitants (Dr R._____, Dr G._____ et Dr T._____) atteste d'une situation péjorée et instable en fonction des crises. L'ORL et les médecins généralistes estiment tous la CT [capacité de travail] actuelle comme nulle. Ils ne se prononcent pas sur une CT dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont liées aux vertiges, aux vomissements, aux acouphènes et à la perte de l'ouïe. Devant cette situation instable et des éléments insuffisants pour statuer, il faut se rapprocher de l'APG [assurance perte de gain] pour savoir si la réévaluation de la situation demandée par l'expert du N._____ à partir de février 2014 a été réalisée ou non ? Dans le cas contraire, il faudra demander une nouvelle expertise aux frais de l'AI mais il semblerait préférable que l'assuré soit revu comme prévu par le Dr P._____ qui l'a examiné en septembre 2013 ».

Le 28 mai 2014, l'OAI a pris connaissance d'un rapport d'expertise établi pour le compte de D._____ le 17 avril 2014 par le Dr K._____, spécialiste ORL, expert auprès du N._____. Le médecin a examiné l'assuré le 13 mars 2014 et a retenu le diagnostic de maladie de Ménière active du côté droit (H81.0), observant que le traitement de bétahistine à haute dose ne semblait pas améliorer la situation. L'assuré souffrait de vertiges par crises, de troubles de l'audition, d'acouphènes et d'hyperacousie (gêne dans le bruit). S'agissant de la capacité de travail

dans l'activité habituelle, l'expert a relevé que l'assuré avait repris son activité à 50% le 1^{er} mai 2013 et qu'il avait ensuite présenté de nouvelles crises de vertiges. Au moment de l'expertise, les crises étaient redevenues plus espacées, et moins intenses. A ce propos, l'assuré avait précisé que les crises de vertiges avaient recommencé depuis septembre 2013, à raison de quatre crises par semaine en octobre, trois crises par semaine en novembre et décembre 2013 et deux crises par semaine depuis février 2014. La dernière crise remontait à la veille de l'expertise. L'assuré avait encore expliqué qu'entre les crises, il se sentait instable et présentait des difficultés à la lecture (difficulté à suivre des lignes horizontales, difficulté de concentration). Le Dr K._____ précisait qu'il était impossible de prévoir si cette capacité serait susceptible d'être augmentée, vu le cours imprévisible de la maladie de Ménière. Il n'existait selon lui aucune activité plus adaptée que sa profession actuelle. En définitive, répondant à la question de l'assureur portant sur la période courant dès le 1^{er} novembre 2013, l'expert a attesté une totale incapacité de travail du 1^{er} novembre 2013 au 31 janvier 2014. Dès le 1^{er} février 2014, la capacité de travail s'élevait à 50%, « en dehors des périodes de crises ».

Le 28 mai 2014, D._____ a signifié à l'assuré que, selon les conclusions de l'expert K._____, elle verserait les indemnités journalières à 100% jusqu'au 31 janvier 2014, puis à 50% à partir du 1^{er} février 2014. Dans un courrier du 6 juin 2014, D._____ lui a cependant fait savoir qu'elle avait procédé à un nouvel examen de son dossier et qu'elle reconnaissait dorénavant qu'il se trouvait en totale incapacité de travail au-delà du 31 janvier 2014.

Dans un avis du SMR du 29 juillet 2014, le Dr B._____ a retenu le diagnostic de maladie de Ménière. Il a fixé le début de l'incapacité de travail durable en septembre 2012 et a considéré que l'assuré s'était retrouvé en totale incapacité de travail jusqu'au 30 avril 2013, date à laquelle il avait repris le travail à 50%. Le 17 septembre 2013, il s'était retrouvé en arrêt de travail à 100% jusqu'au 31 janvier 2014, date à partir de laquelle il avait recouvré une capacité de travail de

50%, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Le Dr B. _____ a précisé les éléments suivants :

« (...)

L'assuré est en IT [incapacité de travail] depuis le 4 septembre 2012 pour des vertiges avec vomissements. L'ORL (Dr G. _____) qui le suit pose le diagnostic de maladie de Ménière. Une expertise neurologique du Dr Q. _____ mandatée par l'APG [assurance perte de gain] confirme le diagnostic avec un examen neurologique normal. La CT [capacité de travail] est estimée par l'expert à 70% mais il demande une confirmation par un expert ORL. Une expertise ORL est réalisée le 27 août 2013 au N. _____. Elle conclut à une CT [capacité de travail] de 50% maximum, ce qui correspond à l'activité de l'assuré au moment de l'expertise (reprise à 50% depuis le 1^{er} mai 2013). L'expert demande toutefois une réévaluation en février 2014 pour fixer une nouvelle CT en fonction de l'évolution et de la fréquence des crises en travail à 50%. L'actualisation des données médicales demandée aux différents médecins traitants atteste d'une situation péjorée et instable en fonction des crises. Une nouvelle expertise réalisée en mars 2014 a permis la réévaluation de la situation demandée par l'expert N. _____ lors de l'expertise précédente. Cette expertise confirme la CT à 50% en dehors des crises dans toute activité, l'activité actuelle de l'assuré étant bien adaptée. Les limitations fonctionnelles sont liées aux vertiges, troubles de l'audition, acouphènes et fatigue.

Les expertises ORL sont concluantes et nous ne voyons pas de raison objective nous permettant de nous écarter des conclusions de l'expert. En conséquence, la CT de l'assuré est de 50% dans toute activité à partir du 1^{er} février 2014. Toutes les IT médicalement attestées sont à considérer ».

Par projet de décision du 18 septembre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de le mettre au bénéficiaire d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre au 30 novembre 2013, puis d'une rente entière du 1^{er} décembre 2013 au 30 avril 2014 et enfin d'une demi-rente depuis le 1^{er} mai 2014. L'office a reconnu que l'assuré avait présenté une aggravation de son état de santé et s'était retrouvé en totale incapacité de travail du 17 septembre 2013 au 31 janvier 2014, suite à quoi son état s'était amélioré.

Selon une note téléphonique du 8 octobre 2014, la gestionnaire du dossier auprès de D. _____ a fait savoir à l'OAI que la décision de l'assureur perte de gain de poursuivre le versement des indemnités journalières en plein au-delà du 31 janvier 2014 reposait sur un choix uniquement commercial, sans raison médicale. D. _____ avait décidé, malgré l'avis de leur médecin-conseil, de ne pas imposer une réduction

rétroactive de l'indemnité journalière (février à mai 2014), et de s'y tenir jusqu'à l'épuisement du droit aux indemnités, vu sa proximité (septembre 2014).

Le 12 octobre 2014, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité du 18 septembre 2014. Il a joint à son courrier :

- un rapport du Dr R. _____ du 9 octobre 2014, attestant une incapacité d'exercer une occupation professionnelle régulière, même à temps partiel,
- un rapport du Dr G. _____ du 10 octobre 2014, dans lequel le médecin indiquait qu'on ne pouvait envisager une quelconque reprise de travail, à court ou long terme, même partielle.

Dans un courrier du 30 octobre 2014, D. _____ a confirmé à l'OAI avoir décidé d'indemniser l'assuré sur la base d'une incapacité de travail de 100%, nonobstant l'avis de l'expert concluant à une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} février 2014, au motif qu'elle ne souhaitait pas faire une application rétroactive de ce taux de 50% et qu'au vu du proche épuisement des prestations (au 3 septembre 2014), elle avait décidé d'indemniser pleinement l'assuré jusque-là.

Se prononçant à nouveau dans un avis du SMR du 16 décembre 2014, les Drs B. _____ et X. _____ ont fait état des éléments suivants :

« (...)

L'assuré est atteint d'une maladie de Ménière et d'un syndrome infectieux multisystémique (SIMS). Suite à notre projet de décision du 18 septembre 2014 l'assuré a manifesté sa contestation par lettre motivée en date du 12 octobre 2014. Les conclusions de notre rapport d'examen SMR quant à une CT [capacité de travail] exigible de 50% étaient basées sur deux expertises ORL de la N. _____ qui renaient cette capacité de travail depuis le 1^{er} février 2014. Entre temps, la situation médicale de l'assuré s'est péjorée et l'APG [assurance perte de gain] a réévalué son appréciation initiale pour admettre une IT [incapacité de travail] de 100% au-delà du 31 janvier 2014. Nous n'avons pas pris connaissance de ce changement au moment de la rédaction de notre rapport en l'absence de pièces médicales nouvelles. Au vu de cette modification et des nouveaux ceG. _____ du 10 octobre 2014 et Dr R. _____ du 9 octobre 2014) nous admettons cette nouvelle incapacité de travail totale à partir du 1^{er} février 2014. La capacité de travail de l'assuré est donc nulle

dans toute activité. Cette appréciation sera à réévaluer dans une année en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'assuré (janvier 2016) ».

Par un nouveau projet de décision du 19 décembre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une demi-rente du 1^{er} septembre au 30 novembre 2013, puis une rente entière dès le 1^{er} décembre 2013, compte tenu de l'aggravation de son état de santé survenue depuis le 17 septembre 2013. Ce projet a été confirmé par décision du 18 mars 2015.

B. Par acte du 4 mai 2015, la Y._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision rendue par l'OAI le 18 mars 2015, dont elle a conclu à l'annulation, sous suite de frais et dépens. Estimant que la demande de l'assuré était tardive, la recourante indique qu'elle ne se considère pas liée par les constatations de l'OAI avant le 1^{er} septembre 2013. Elle fait grief à l'OAI de s'être distancé des conclusions de l'expert, sans toutefois motiver en quoi l'état de santé de l'assuré a connu une aggravation postérieure aux deux expertises ORL. Selon Y._____, il n'existe aucun motif permettant de revenir sur le projet de décision initial du 18 septembre 2014, qui reconnaissait le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2014, et non une rente entière. Le fait que D._____ ait renoncé à suivre les conclusions des experts et décidé d'indemniser pleinement l'assuré au-delà du 31 janvier 2014 ne suffit pas à justifier la position de l'OAI. La recourante estime au surplus que l'octroi d'une demi-rente ne se justifie pas non plus, les médecins consultés n'ayant pas fourni d'explication motivée sur le point de savoir en quoi l'état de santé de l'assuré l'empêchait d'exercer son activité habituelle ou toute autre activité lucrative. Elle se réfère à l'avis du Dr Q._____, selon lequel il n'existe aucune contre-indication à l'exercice de l'activité d'analyste financier dans un bureau, au calme. Y._____ soutient au demeurant que la maladie de Ménière n'est pas incapacitante en elle-même, bon nombre de personnes atteintes de cette pathologie conservant leur capacité de travail. Toujours selon la recourante, l'OAI aurait dû procéder à une étude détaillée des activités d'un analyste financier et déterminer les effets de la maladie de

Ménière sur chaque d'entre elle. Il aurait également dû examiner la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, ainsi que procéder à une comparaison des revenus.

Par courrier du 3 juillet 2015, représenté par Me Marie-Josée Costa, L._____ a demandé à être appelé en cause dans la présente affaire. Cette requête a été admise par la juge instructeur et communiquée aux parties le 7 juillet 2015.

Dans une réponse du 17 août 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il estime qu'il ressort des pièces médicales au dossier que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% à l'échéance du délai d'attente d'un an, en septembre 2013, puis qu'il s'était retrouvé en totale incapacité de travail dès le 17 septembre 2013. La poursuite de l'incapacité de travail au-delà du 31 janvier 2014 ressortait des rapports des Drs R._____ et G._____, établis respectivement les 9 et 10 octobre 2014, soit postérieurement à toutes les expertises. Ces nouveaux documents avaient conduit le médecin du SMR à estimer qu'il était impossible pour l'assuré de se consacrer à une profession compte tenu de sa pathologie auditive.

Le 17 septembre 2015, l'assuré a fait part de ses déterminations. Il a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a produit un lot de pièces, parmi lesquelles :

- un rapport du Dr R._____ du 10 juin 2015,
- des rapports des 23 juin et 11 septembre 2015 du Prof. M._____, chef du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des F._____ et spécialiste en otoneurologie, au DrR._____,
- des rapports des 11 et 14 septembre 2015 du Prof. M._____ à Me Costa.

Par écriture du 13 octobre 2015, l'intimé a pris acte des pièces produites par l'assuré et a maintenu ses conclusions.

Se déterminant par courrier du 5 janvier 2016, la recourante a argué du fait que les rapports du Prof. M._____, délivrés postérieurement à la décision attaquée, ne peuvent pas être pris en considération dans la présente cause. Elle soutient que le rapport du SMR du 16 décembre 2014 et ceux des Drs R._____, et G._____ des 9 et 10 octobre 2014 n'ont pas une valeur probante suffisante pour justifier la prolongation d'une incapacité de travail à 100% au-delà du 31 janvier 2014. En définitive, à teneur des certificats médicaux prévalant au moment de la décision litigieuse, l'assuré souffrait de deux épisodes de vertiges par semaine, sans qu'aucun élément probant ne vienne établir en quoi ceux-ci impliqueraient une totale incapacité de travail dans toute activité.

Dans une écriture du 22 janvier 2016, l'assuré a fait valoir que les rapports établis notamment par le Prof. M._____ confirment la persistance de ses atteintes, déjà établies par l'OAI, et qu'ils peuvent ainsi être pris en considération. Il maintient que la gravité de ses atteintes, allant de surcroît dans le sens d'une aggravation, justifie une totale incapacité de travail. L'assuré a produit un certificat du Prof. M._____ du 11 septembre 2015, selon lequel il souffrait d'une affection neuro-otologique extrêmement complexe et « extraordinaire », qui se manifestait par un déficit auditif très important à droite et des épisodes de vertiges extrêmement nombreux, les traitements instaurés jusqu'alors n'ayant pas permis de contrôler ces épisodes. De l'avis du Prof. M._____, une telle atteinte était clairement invalidante et une activité professionnelle était tout à fait exclue pour le moment.

Par courriers des 11 et 16 février 2016, l'intimé et la recourante ont maintenu leur position.

E n d r o i t :

1. **a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1

al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Aux termes de l'art. 34 LPGA ont qualité de parties les personnes dont les droits ou obligations résultent des assurances sociales, ainsi que les personnes, organisations ou autorités qui disposent d'un moyen de droit contre la décision d'un assureur ou d'un organe d'exécution de même niveau.

Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (cf. également l'art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1).

Ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 et 132 V 1 consid. 3.2). En effet, la LPP ne définit pas la notion d'invalidité, mais elle se borne à renvoyer, sur ce point, aux dispositions de la LAI (voir aussi l'art. 4 OPP 2 [ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.441.1]). La notion d'invalidité est la même dans les deux cas : elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'intéressé. Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. C'est pourquoi il convient d'accorder aux organes de la prévoyance professionnelle aussi bien la qualité pour s'exprimer dans la cadre de la procédure de préavis (art. 57a al. 2 LAI) que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité (art. 49 al. 4 et 59 LPGA) qui statue sur le droit à la rente ou fixe le degré d'invalidité de la personne assurée.

En tant qu'institution de prévoyance du deuxième pilier qui s'oppose au degré d'invalidité déterminé par l'OAI, Y. _____ a donc qualité pour agir (cf. ATF 134 V 153 consid. 5.2, 132 V 1, 129 V 73).

c) En définitive, le présent recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 LPGA) auprès du tribunal compétent, et respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) est recevable, de sorte qu'il y a lieu de se prononcer sur le fond.

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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, à la suite de sa demande du 19 février 2013. Est en particulier litigieuse la question de savoir si l'intéressé présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptibles de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Devra plus singulièrement être discuté le point de savoir si son état de santé a connu une modification notable dès le 1^{er} février 2014, impliquant une révision de son droit aux prestations.

Il sied de préciser ici que, contrairement à ce que soutient la recourante, dès lors que le droit à une rente entière a été octroyé dès le 1^{er} décembre 2013, le maintien de la rente entière (au-delà du 1^{er} mai 2014) ne requiert pas de démontrer qu'une aggravation est survenue (dès le 1^{er} février 2014). Il importe au contraire de déterminer si une amélioration notable et durable est survenue au 1^{er} février 2014.

c) La demande de prestations de l'assuré a été déposée le 19 février 2013, alors qu'il se trouvait en incapacité de travail depuis le 4 septembre 2012. Ainsi, contrairement à ce qu'affirme Y. _____ dans son acte de recours, sa demande n'est pas tardive (cf. art. 29 al. 1 LAI).

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 (art. 8 al. 1 LPGA ; 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 (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.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2, I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1, 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2)

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V

351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

4. a) Dans le cas d'espèce, au stade du premier projet de décision du 18 septembre 2014, l'OAI avait retenu qu'à l'issue du délai d'attente d'un an, le 1^{er} septembre 2013, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50%, qu'il s'était ensuite retrouvé en totale incapacité de travail dès le 17 septembre 2013, avant de recouvrer une capacité de 50% dès le 1^{er} février 2014. S'agissant de l'amélioration au 1^{er} février 2014, l'OAI avait suivi les conclusions de l'expert K._____ du 17 avril 2014, qui avait constaté une diminution des crises de vertige dès le mois de février 2014, permettant à son avis une reprise du travail à 50% dès le 1^{er} février 2014.

A l'issue de la procédure d'audition, les Drs B._____ et X._____ sont toutefois revenus sur leur position initiale, estimant que l'incapacité de travail de l'assuré avait perduré à 100% au-delà du 31 janvier 2014. Retenant les diagnostics de maladie de Ménière et de syndrome infectieux multisystémique (SIMS), se fondant sur le revirement de D._____ et deux nouveaux certificats des médecins traitants versés au dossier, ils ont admis une « nouvelle incapacité de travail à 100% » à partir du 1^{er} février 2014, dans toute activité. Cela étant, les médecins du SMR ont estimé que l'amélioration de l'état de santé attestée par le Dr K._____ dès le 1^{er} février 2014 n'était finalement pas intervenue.

b) S'agissant de la période courant jusqu'au 31 janvier 2014, tous les médecins s'entendent pour dire qu'après avoir été en totale incapacité de travail depuis le 4 septembre 2012, l'assuré a recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} mai 2013, qu'il a d'ailleurs mise à profit en reprenant son activité auprès de son employeur. Alors qu'il

n'avait plus présenté de crises de vertiges de mai à août 2013, les épisodes ont repris dès la mi-septembre 2013, survenant jusqu'à quatre fois par semaine, et l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à 100% dès le 17 septembre 2013 (cf. rapport du Dr G. _____ du 4 mars 2013, rapport du Dr R. _____ du 4 avril 2013, rapports d'expertise des Drs P. _____ du 6 septembre 2013 et K. _____ du 17 avril 2014, courrier de D. _____ du 29 octobre 2013 à l'assuré). Il peut donc être retenu comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré était en totale incapacité de travail du 4 septembre 2012 au 30 avril 2013, à 50% dès le 1^{er} mai 2013, puis à nouveau à 100% dès le 17 septembre 2013.

c) C'est pour la période courant dès le 1^{er} février 2014 que la position des Drs B. _____ et X. _____ diverge de celle du Dr K. _____. Il convient dès lors d'examiner si c'est à juste titre que les médecins du SMR se sont écartés des conclusions de l'expert K. _____.

aa) Comme le relèvent les Drs B. _____ et X. _____, il est certes exact que D. _____, après avoir annoncé la réduction de ses prestations dès le 1^{er} février 2014 sur la base des conclusions de l'expert K. _____ (cf. courrier du 28 mai 2014 à l'assuré), est revenue sur sa décision et a indemnisé l'assuré sur la base d'une totale incapacité de travail également du 1^{er} février au 3 septembre 2014 (cf. courrier du 6 juin 2014). Cependant, ce revirement n'est pas fondé sur des considérations médicales. Comme D. _____ l'a expliqué à l'OAI, c'est pour des motifs d'ordre commercial qu'elle a décidé de s'éloigner de l'avis de l'expert (cf. note téléphonique du 8 octobre 2014 et courrier de D. _____ à l'OAI du 30 octobre 2014). Contrairement à ce que retient le SMR, ces éléments ne permettent donc pas de conclure que l'état de l'assuré n'a pas connu l'amélioration constatée par l'expert K. _____ dès le 1^{er} février 2014.

bb) Les médecins du SMR ont en outre estimé que les rapports des Drs R. _____ et G. _____ des 9 et 10 octobre 2014 produits par l'assuré durant la procédure d'audition conduisaient à la conclusion qu'il n'avait finalement pas recouvré sa capacité de travail à 50% dès le 1^{er} février 2014.

Dans son rapport du 9 octobre 2014, le Dr R. _____ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis plusieurs années pour des troubles auditifs majeurs. Son patient connaissait parallèlement des douleurs migrantes évoquant en première intention un syndrome infectieux multisystémique (SIMS) de type Lyme. Une sérologie à la recherche d'une telle atteinte avait mis en évidence une réaction positive au *Borrelia burdorferi* (cf. barrette p. 41) et au *Chlamydiae pneumoniae*. Pour confirmer ce diagnostic de maladie de Lyme, le médecin traitant a relevé des lésions dermatologiques toujours actives, probablement imputables à une piqûre d'insecte, ainsi qu'une candidose systémique, habituellement associée au SIMS. Les traitements entrepris jusqu'alors n'avaient guère amélioré le status de l'assuré. Ces atteintes, provoquant notamment une fatigue chronique et une incapacité de concentration, empêchait l'assuré d'exercer une activité professionnelle régulière, même à temps partiel. Dans son rapport du 19 juin 2015, le Dr R. _____ a confirmé son appréciation. Il a expliqué que la surdité de son patient était aggravée par des crises de vertiges rotatoires récurrentes pouvant durer plusieurs heures, et qu'il souffrait également de nystagmus et de vomissements lors d'exacerbations aiguës, ces épisodes étant suivis par une sensation de tangage et de nausées s'étendant jusqu'à vingt-quatre heures. Le Dr R. _____ signalait également de nouvelles atteintes cutanées apparaissant sporadiquement le long du tronc. Conjointement, l'assuré souffrait d'une baisse immunitaire et de la réactivation d'anciennes infections. Le médecin observait une importante asthénie, une dyspnée à l'effort, des troubles de la concentration et de la mémoire. Mais surtout, il indiquait avoir constaté durant « les derniers mois » une aggravation de l'état général de son patient, compte tenu de l'accentuation des symptômes précités et l'accroissement de la fréquence des crises de vertiges, épuisantes, devenues pratiquement quotidiennes. Le médecin expliquait que l'assuré devait de ce fait rester alité une bonne partie de la journée. Les simples tâches et gestes de la journée nécessitaient la plupart du temps l'aide d'un tiers et l'assuré avait besoin de beaucoup de repos. Il développait au surplus un état dépressif en relation avec la progression de sa maladie. Le Dr R. _____ a ainsi confirmé une totale

incapacité de travail dans toute activité physique ou intellectuelle régulière, une occupation professionnelle, même à temps partiel, n'étant pas envisageable en l'état.

Dans son rapport du 10 octobre 2014, le Dr G._____ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis octobre 2010 pour une affection médicale qu'il qualifiait de grave. Sur le plan ORL, son patient souffrait de surdité progressive, associée à des acouphènes invalidants, compliqués de nombreuses crises de vertiges rotatoires plusieurs fois par semaine. A cela s'ajoutaient une hyperacousie, des migraines menant à une importante asthénie et des troubles de la concentration. Les différentes mesures thérapeutiques entreprises, dont une intervention chirurgicale sur les trompes d'Eustache en janvier 2013, n'avaient pas permis de réelle et concrète amélioration. Le Dr G._____ relevait également une récente et sérieuse péjoration de l'état général de son patient, à quoi s'ajoutait l'installation d'un état dépressif. Il estimait qu'on ne pouvait raisonnablement espérer de réelle amélioration et qu'aucune reprise du travail ne pouvait être envisagée à court ou long terme, même à temps partiel. Auparavant, le 18 avril 2014 (soit un mois après l'examen du Dr K._____), il avait observé une situation stable depuis son dernier rapport, et confirmé une incapacité de travail de 100%. Ainsi, à aucun moment, le spécialiste n'a fait état d'une quelconque amélioration de l'état de santé de son patient durant l'année 2014.

On relèvera encore que, le 16 janvier 2014, le Dr T._____, même s'il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, a lui aussi fait état d'une aggravation depuis son dernier rapport d'avril 2013. Ce constat a été posé à peine quinze jours avant le moment où le Dr K._____ a estimé qu'une amélioration était survenue. De même, il ressort d'une note téléphonique du 15 janvier 2014 au dossier de l'OAI que la responsable de la mesure de coaching accordée à l'assuré auprès d'U._____ avait constaté une forte dégradation de son état de santé depuis novembre 2013 et que l'assuré avait indiqué qu'il s'était retrouvé à plusieurs reprises sur le sol, à la suite des vertiges rotatoires. Il se tordait de douleurs tout en vomissant du sang. Même si ces éléments ne proviennent pas d'un

médecin, et qu'à ce titre, ils ne sont pas directement déterminants, ils sont susceptibles de donner un indice sur la situation telle qu'elle se présentait au début 2014.

Le 23 juin 2015, le Prof. M._____ s'est dit frappé par la fréquence extrêmement élevée des épisodes de vertiges subis par le recourant, y voyant peut-être l'expression d'un trouble plus généralisé, du type pathologie systémique, qui nécessiterait de consulter des spécialistes en immunologie, dermatologie et infectiologie. Il en a conclu qu'il était évident que des patients souffrant d'un tel problème, avec des crises de vertiges à ce point fréquentes, étaient hautement invalidés. Lors de la consultation du 11 septembre 2015, l'assuré a signalé au Prof. M._____ des nouvelles « sensations étranges » à l'oreille gauche, que le spécialiste a jugé inquiétantes et qu'il a prises en considération puisque, de ce fait, il a préféré ne pas opérer l'oreille droite, compte tenu du risque d'aggravation du déficit auditif (cf. rapport du 11 septembre 2015 au Dr R._____). Dans un rapport du même jour à Me Costa, le Prof. M._____ a encore expliqué que la maladie de Ménière n'entraîne pas que des épisodes de vertiges avec des fluctuations de l'audition dans l'oreille malade, entre lesquels les patients seraient parfaitement bien. D'une part, les épisodes sont « cauchemardesques », et d'autre part, il y a très souvent entre les épisodes persistance de déséquilibres, de malaises et de nausées. Certes, le Prof. M._____ a établi ses rapports postérieurement à la décision attaquée. Ceci ne suffit toutefois pas à ignorer purement et simplement les informations qu'ils renferment. Le Prof. M._____ est chef de service du département ORL des F._____ et spécialiste en otoneurologie, celui-là même que l'expert Q._____ avait préconisé de consulter en 2013 déjà, et les données médicales qu'il fournit sont étroitement liées à l'objet du litige. Mises en lien avec les constatations des Drs R._____ et G._____, antérieures à la décision litigieuse, elles permettent d'apprécier la situation prévalant au moment où la décision litigieuse a été rendue.

Force est dès lors de constater qu'à l'exception du Dr K._____, aucun des médecins n'a fait état d'une quelconque

amélioration de l'état de santé de l'assuré durant l'année 2014, évoquant au contraire une dégradation de la situation. Hormis le fait qu'il est isolé, l'avis du Dr K. _____ sur ce point n'est pas suffisamment étayé pour mettre en doute les constatations des autres médecins et permettre de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une amélioration suffisamment significative et durable de l'état de santé de l'assuré est survenue en février 2014, justifiant une révision de ses prestations de l'assurance-invalidité. Bien qu'il ne le précise pas, le Dr K. _____ a probablement estimé que l'état de santé de l'assuré avait connu une amélioration au 1^{er} février 2014 au motif que ses crises de vertiges ne se produisaient plus qu'à raison de deux fois par semaine, alors qu'en octobre 2013 elles avaient lieu quatre fois par semaine et en novembre et décembre 2013, trois fois. Il s'agit certes-là d'une amélioration. Mais le Dr K. _____ n'explicite pas en quoi le fait de subir deux crises de vertiges par semaine, ce qui paraît tout de même encore fort conséquent, permettrait de reprendre le travail à 50%, alors qu'en présence de trois crises par semaine (en novembre et décembre 2013), il admettait une totale incapacité de travail. Au surplus, le Dr K. _____ ne définit pas suffisamment clairement la capacité résiduelle de travail de l'assuré. La formulation qu'il a utilisée, à savoir une capacité de travail de 50% « en dehors des périodes de crises » ne permet pas d'apprécier précisément et concrètement la capacité de travail de l'intéressé. Si l'on peut en déduire que tant qu'aucune crise ne se produit, l'assuré peut travailler à 50%, qu'advient-il en présence de crises ? L'assuré se retrouve vraisemblablement en totale incapacité de travail, tout au moins durant plusieurs heures, voire des journées entières, selon les suites de crises telles que décrites par les Drs R. _____ et M. _____ (vertiges rotatoires, vomissements, nystagamus durant plusieurs heures, suivis d'une sensation de tangage et de nausées jusqu'à vingt-quatre heures, épuisement, nécessité de rester alité et d'avoir l'aide d'un tiers pour les simples gestes et tâches de la vie quotidienne, persistance au-delà des crises de déséquilibres, malaise, nausées). Le Dr K. _____ a lui même relevé qu'entre les crises, l'assuré se sentait instable et présentait des difficultés à la lecture (difficultés à suivre les lignes horizontales et à la concentration). Même en présence de deux crises par semaine, comme

cela a été le cas en février 2014, la capacité de travail globale est donc inférieure à 50% ; elle diminue d'autant que le nombre de crises augmentent, péjoration que le Dr R._____ constatait en juin 2014 depuis plusieurs mois déjà, en présence de crises quasi quotidiennes. Ainsi, pour peu qu'elle soit avérée, il faut admettre que l'accalmie observée en février 2014 par le Dr K._____ n'K._____, tout comme les Drs P._____, M._____ et B._____, a relevé d'une part que l'évolution de la maladie de Ménière était imprévisible, dans le sens où l'on pouvait s'attendre tant à une dégradation progressive de l'état de santé qu'à une stabilisation, et d'autre part que les divers traitements entrepris restaient sans effet durable. Enfin, les médecins ont signalé l'apparition de nouveaux symptômes, à savoir des vomissements (cf. rapport du Dr T._____ du 16 janvier 2014) et des migraines (cf. rapport du Dr R._____ du 23 avril 2014).

En définitive, les conclusions du Dr K._____ en faveur d'une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} février 2014 ne sont pas convaincantes, et c'est à juste titre que les Drs B._____ et X._____ s'en sont finalement écartés et ont estimé que l'assuré était resté en totale incapacité de travail au-delà du 31 janvier 2014.

d) De son côté, la recourante n'apporte aucun élément de nature à remettre en cause sérieusement les conclusions des Drs B._____ et X._____. Tout d'abord, comme le relève à juste titre l'intimé, le fait que d'autres personnes également atteintes de la maladie de Ménière puissent possiblement conserver une pleine capacité de travail n'est nullement déterminant. Chaque cas doit être examiné selon ses propres spécificités, une même pathologie étant susceptible d'atteindre une gravité et un impact sur la capacité de gain différents de cas en cas. Il appartient au seul médecin de se prononcer sur les effets d'une maladie sur la capacité de travail. C'est également à tort que la recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir instruit sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée. Les experts P._____ et K._____ ont constaté que l'activité habituelle de l'assuré était adaptée à son état de santé, allant jusqu'à dire qu'il n'existait pas d'activité plus adaptée que

celle d'analyste financier ; le Dr R._____ a quant à lui attesté une totale incapacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (cf. rapport du 23 avril 2014), puis dans toute activité (cf. rapport du 9 octobre 2014). Enfin, le Dr G._____ a estimé qu'on ne pouvait envisager « une quelconque reprise de travail » (cf. rapport du 9 octobre 2014). Quant aux Drs B._____ et X._____, ils ont reconnu une totale incapacité dans « toute activité ». On peut donc en déduire que la question de la capacité de travail a été réglée à satisfaction, tant de l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Enfin, on ne peut suivre Y._____ lorsqu'elle affirme que, sur la base des conclusions du Dr Q._____, l'assuré présente une pleine capacité de travail dans son activité d'analyste financier. Certes, dans son rapport du 24 mai 2013, l'expert a indiqué que « sur le plan du sens commun », l'assuré disposait d'une capacité de travail minimale de 70% en tant qu'analyste financier sur un lieu de travail calme. Il a également précisé qu'il devait même pouvoir travailler à 100% en dehors d'un lieu bruyant et sans entretien à plusieurs personnes. Mais la recourante perd de vue que l'expert ne s'était prononcé que sur la situation neurologique, tout en précisant à plusieurs reprises qu'il ne pouvait pas se déterminer sur la capacité de travail en relation avec l'affection ORL et qu'il était nécessaire que l'assuré puisse être examiné par un spécialiste, non seulement ORL, mais oto-neuro-vestibulaire, soit par exemple le Prof. M._____.

e) Il convient donc de confirmer le bienfondé de la décision entreprise en ce qu'elle accorde une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre au 30 novembre 2013, puis une rente entière dès 1^{er} décembre 2013 (soit trois mois après l'aggravation reconnue en septembre 2013). Dès lors que les taux d'incapacité de travail retenus par l'intimé concernent tant l'activité habituelle que toute autre activité et que l'assuré a poursuivi son activité auprès de son employeur, il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA. Dans un tel cas de figure en effet, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4, 9C_137/2010 du 19 avril 2010).

5. a) En conclusion, 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 800 fr. et de les mettre à charge de la recourante, qui succombe.

c) L'assuré (appelé en cause), qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de la recourante, qui succombe (art. 55 al. 2 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 18 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, à hauteur de 800 fr. (huit cents francs), sont mis à la charge de Y._____.

- IV. Y._____ versera à L._____ le montant de 1'500 fr. (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 :

- Y._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Me Marie-Josée Costa (pour L._____),
- 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 :