

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 juillet 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.** \_\_\_\_\_ **VORSORGEINRICHTUNG**, à [...], recourante, représentée par  
Me Attila Akin, avocat à Zurich,

et

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

et

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], tiers intéressé.

---

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

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le tiers intéressé), ressortissant suisse d'origine [...] né en [...], titulaire d'un Bachelor en électronique et Computer Sciences, a déposé le 2 novembre 2015 une demande de prestations de l'assurance invalidité (ci-après : AI) en faisant état d'une incapacité de travail totale à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015, en indiquant quant au genre de l'atteinte « AVC, Burn-out, Dépression ».

L'assuré travaillait en qualité de « Head of Projet Management (IT) » auprès de J.\_\_\_\_\_ [...] AG depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013. Selon le rapport employeur du 28 janvier 2016, il a réalisé en 2014 un revenu de 186'504 fr., son salaire mensuel, servi douze fois, s'élevant à 14'792 fr., à l'exception du mois de mars 2014 où l'intéressé a perçu un revenu de 23'792 francs. Aux termes de ce même rapport, l'assuré était affilié auprès de « J.\_\_\_\_\_ Vorsorgeeinrichtung (J.\_\_\_\_\_ VE) » (ci-après : la recourante, ou J.\_\_\_\_\_ VE) au titre du 2<sup>e</sup> pilier lors de la survenance de son incapacité de travail.

L'employeur a résilié le contrat de travail avec effet « vraisemblable » (« voraussichtlich ») au 29 février 2016. G.\_\_\_\_\_ Assurances SA (ci-après: G.\_\_\_\_\_), assureur perte de gain, a servi des prestations sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 100 % du 1<sup>er</sup> avril au 6 novembre 2015, puis sur la base d'un taux de 50 % à compter du 7 novembre 2015 (cf. courrier de G.\_\_\_\_\_ à Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après : l'OAI ou l'intimé] du 4 janvier 2016).

Le dossier perte de gain de l'assuré a été adressé le 4 janvier 2016 à l'OAI. Il en ressort en particulier que G.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise psychiatrique de l'intéressé auprès du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport le 7 septembre 2015. Il y a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1). Il a pour le surplus relevé que les difficultés d'attention et de concentration, le ralentissement et la physionomie de l'exploré ne lui

permettaient actuellement pas un retour au travail. Les propositions thérapeutiques d'un suivi hebdomadaire ou bihebdomadaire intégré à une prescription d'antidépresseur tel que de la venlafaxine ou de la duloxétine, permettrait en principe une capacité résiduelle de 50 % après quatre semaines, soit dès le 2 octobre 2015, et à 100 % après deux semaines de plus, soit dès le 16 octobre 2015, ce dont l'assuré avait été informé. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a encore observé qu'il restait l'autre problème de la symptomatologie algique que l'on ne pouvait pas mettre sur le compte d'une symptomatologie dépressive, des investigations étant encore nécessaires.

Dans son rapport à l'OAI du 22 janvier 2016, la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant depuis 2007, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif sévère puis moyen depuis le printemps 2015, d'accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) centro-cérébelleux sur dissection de l'artère vertébrale droite dans les segments V3 à V4 le 7 juillet 2015, de douleurs cervicales et hémifaciales droites probablement dans le cadre d'une cervicarthrose pluriétagée et de fracture intra-articulaire de la tête radiale gauche suite à une chute en trottinette le 27 décembre 2015. Elle a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, en relevant que le patient devrait pouvoir retrouver sa capacité de travail à moyen terme.

Le 8 juin 2016, le Prof. W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de dissection de l'artère vertébrale droite et a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans une activité adaptée, l'incapacité de travail étant totale dans l'activité habituelle.

G.\_\_\_\_\_ a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, qui a été confiée au Centre [...] (ci-après : Centre L.\_\_\_\_\_). La Dresse Y.\_\_\_\_\_, neurologue, et le Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre, ont rendu leur rapport le 8 août 2016, après avoir examiné l'assuré respectivement le 20 et le 31 mai 2016. Ils ont retenu les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :

- AVC ischémique infracentimétrique cérébelleux droit sur dissection extra-crânienne de l'artère vertébrale droite
- Personnalité avec des traits obsessionnels ;
- Migraines essentiellement ophtalmiques ;
- Episode dépressif en rémission.

Ils ont pour le surplus répondu comme suit aux questions de l'assureur perte de gain :

« 6. *Peut-on encore s'attendre à une amélioration notable de l'atteinte à la santé ? Si oui, quelles mesures proposez-vous ?*

Sur le plan neurologique, le pronostic reste bon et les mesures susmentionnées devraient permettre une amélioration notable de l'atteinte à la santé.

Sur le plan psychique, l'introduction d'un antidépresseur ne peut qu'améliorer la gestion du stress, car les traits de personnalité sont susceptibles de décompenser. Une psychothérapie peut également apporter une amélioration au niveau des traits pathologiques.

7. *Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à présent*

a) *Evaluation de la capacité de travail de Monsieur A. \_\_\_\_\_ dans l'activité professionnelle de manager en tenant compte du travail effectué jusqu'à maintenant de 100 % ? Degré, durée et pronostics ?*

Sur le plan neurologique, incapacité à 100 % dans le poste occupé jusqu'à présent jusqu'au 31.10.2015, puis à 50 %, en raison des cervicalgies droites.

Sur le plan psychique, la capacité est nulle dans tout poste impliquant des responsabilités importantes.

8. *Capacité de travail dans une autre activité*

a) *Dans quelles activités (par ex. travaux à l'ordinateur, recevoir des commandes, encaisser, soulever/porter, position physique/mobilité, etc.), indépendamment de l'activité professionnelle avant le début de l'incapacité de travail, Monsieur A. \_\_\_\_\_ [sic]*

L'expertisé est limité dans toute activité impliquant des responsabilités importantes, ainsi qu'en raison des douleurs.

b) *M. A. \_\_\_\_\_ est-il limité? Dans quelle mesure (durée, performance) par rapport à un travail à plein temps ? Motif ?*

Sur le plan neurologique, actuellement diminution de rendement de 50 % en raison des douleurs cervicales et du caractère imprévisible de leur survenue.

Sur le plan psychique, capacité de travail de 100 % sans diminution du rendement dans un poste adapté c'est-à-dire avec responsabilités limitées.

*c) Dans quelles activités (par ex. travaux à l'ordinateur, recevoir des commandes, encaisser, soulever/porter, position physique/mobilité, etc.), indépendamment de l'activité professionnelle avant le début de l'incapacité de travail, Monsieur A. \_\_\_\_\_ est-il limité? Dans quelle mesure (durée, performance) par rapport à un travail à plein temps ? Quelles limitations fonctionnelles affectent de plus le rendement et de quelle manière ? Motif ?*

Sur le plan neurologique, les douleurs cervicales entraînent une fatigue physique, et peuvent contribuer à une irritabilité affectant les relations interpersonnelles.

Elles peuvent entraîner une baisse de concentration lors des activités intellectuelles fortement sollicitantes.

Le travail sur écran peut être particulièrement affecté.

Leur survenue imprévisible peut engendrer un absentéisme.

Une baisse du rendement de 50 % doit être actuellement considérée.

Sur le plan psychique, d'importantes responsabilités peuvent générer un stress important et décompenser la personnalité. »

Par rapport du 6 décembre 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'assurance invalidité (ci-après : SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé un accident vasculaire ischémique cérébelleux droit, estimant la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant des douleurs latéro-cervicales droites persistantes, une fatigue secondaire, la nécessité de compléter le bilan, des traits obsessionnels susceptibles de se décompenser en cas de reprise prématurée, pas de travail sur écran fréquent et une irritabilité secondaire. Le médecin du SMR a pour le surplus relevé que l'expertise effectuée par le Centre L. \_\_\_\_\_ sur les plans neurologique et psychiatrique avait démontré sur ce dernier plan qu'une activité adaptée restait possible au taux de 100 % avec une diminution de rendement de 50 %. Si l'administration d'un antidépresseur était suggérée, elle n'était pas exigible dans le cas d'espèce, d'autant que l'incapacité de travail était totale pour des raisons somatiques. Cependant sur le plan neurologique, l'état n'était pas stabilisé en raison des cervicalgies droites,

insuffisamment contrôlées. Pour le Dr S.\_\_\_\_\_, il s'agissait d'une longue maladie et une révision pouvait se concevoir à une année.

L'avis médical du Dr S.\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2017 a la teneur suivante :

« L'expertise a eu lieu les 20 et 31 mai 2016.

Il a alors été constaté « un tableau insuffisamment contrôlé » et donc en page 19/22 « la capacité de travail est nulle » sur le plan neurologique.

**Sur le plan neurologique**, en page 21/22, au point 7, il est noté : incapacité dans le poste occupé jusqu'à présent jusqu'au 31.10.2015 puis à 50 % en raison des cervicalgies hautes. La date du 31.10.2015 est fautive puisque l'assuré a été évalué avec une capacité nulle entre les 20 et 31.5.2016... Il fallait donc comprendre qu'il s'agissait du 31.10.2016, temps nécessaire pour estimer que les infiltrations que l'assuré devait avoir devaient durer jusqu'au 31.10.2016.

**Sur le plan psychiatrique**, une CT pourrait être recouvrée au 16.10.2015 à 50 % dans une activité ne comportant pas de poste à responsabilité, qui reste avec une CT de 0 %.

Donc, j'ai estimé, selon mon expérience personnelle de médecin pratiquant depuis 1983 qu'une pression de reprise du travail ne pouvait pas être imposée en raison de l'affection médicale très grave, et des limitations fonctionnelles bien décrites en page 1 du rapport SMR, tant somatiques que psychiatriques.

Cette estimation résulte d'une prise en compte globale vue sous un angle médical. Il vous est loisible d'en tenir compte ou non.

En conséquence, mon rapport du 6.12.2016 est toujours valable. »

Par projet de décision du 10 janvier 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui accorder une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> mai 2016. Cette décision a été adressée en copie à J.\_\_\_\_\_VE.

Le 24 février 2017, J.\_\_\_\_\_VE a contesté le projet de décision.

Le 4 juillet 2017, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a pris position sur le dossier, en relevant notamment ce qui suit :

« [...] »

En effet, on voit mal cet homme ayant eu des responsabilités importantes dans une banque, revenir dans le même type de milieu rapidement, d'une part en ayant été licencié, d'autre part pour y assumer une activité subalterne. Chez une personnalité décrite avec des traits obsessionnels, ce qui peut être une qualité dans certains domaines, la gestion déficiente de l'anxiété aura les mêmes effets dans un poste à responsabilité que dans un poste subalterne, avec le risque supplémentaire d'induire un sentiment de dévalorisation, actuellement absent dans le contexte de la lutte à mener contre ce qu'il a estimé être un licenciement abusif. L'importance de ce qu'a dû être le harcèlement doit être pesé à l'aune de la charge affective que cela a dû représenter chez un employé bien noté. Elle est non seulement exprimée par la compensation financière après licenciement que l'assuré a reçue au terme d'un procès (lettre du 10.3.2017), mais encore par les traumatismes physiques qui ont suivi à savoir la dissection vasculaire et ses conséquences, voire la fracture récente du coude.

[...]

Ainsi, devant un diagnostic très à la limite entre un épisode moyen et un épisode léger avec ou sans syndrome somatique, dans un contexte conflictuel doublé d'une pathologie somatique sévère, nous avons estimé qu'une activité adaptée dans son domaine n'avait pas de sens, et qu'aucune certitude ne pouvait être retenue dans le cas présent par rapport à une remise au travail précoce dans ces conditions, dans un poste à responsabilité limité, avec à la clé une anxiété décrite par l'expert, anticipatrice pouvant perturber un obsessionnel, alliée au sentiment de dévalorisation qui pourrait survenir et risquerait d'engendrer une décompensation de la personnalité et une rechute de son épisode dépressif. »

Le 7 juillet 2017, l'OAI a écrit à J. \_\_\_\_\_ VE qu'il maintenait sa position.

Par décisions des 14 août et 4 septembre 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2016. Ces décisions ont été communiquées pour information à J. \_\_\_\_\_ VE.

**B.** Par acte du 11 septembre 2017, J. \_\_\_\_\_ VE, représentée par Me Attila Akin, a recouru contre les décisions des 14 août et 4 septembre 2017 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales, en concluant principalement à leur annulation, la demande de prestations AI étant rejetée, et subsidiairement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour expertise médicale déterminant le taux de rendement de l'assuré dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. En

substance, la recourante a fait valoir que des éléments psycho-sociaux, singulièrement le licenciement de l'assuré et la procédure juridique en rapport avec son licenciement, avaient été pris en compte, estimant qu'en l'absence d'atteinte à la santé à caractère invalidant, l'assuré n'avait pas droit à une rente d'invalidité. Elle a ajouté que l'intéressé n'avait pas de traitement psychiatrique ou médicamenteux adéquat, et que les status aux plans neurologique et psychiatrique attestés par les médecins du Centre L.\_\_\_\_\_ étaient parfaitement normaux. Dans un autre grief, la recourante a fait valoir que les constatations du Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR étaient en contradiction avec les avis des experts, estimant dès lors que celles-ci ne pouvaient se voir accorder de valeur probante.

Dans sa réponse du 24 octobre 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours, en renvoyant aux rapports des 11 janvier et 4 juillet 2017 du SMR.

Les parties recourante et intimée ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

L'intervention de l'assuré en qualité de tiers intéressé à la procédure a été prononcée par ordonnance du 26 octobre 2017.

Se déterminant le 10 janvier 2018 sur les écritures des parties, l'assuré a implicitement conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions attaquées, en faisant en substance valoir que l'OAI s'était fondé sur tous les éléments médicaux au dossier, à juste titre. Avec ses déterminations, l'assuré a produit notamment les pièces suivantes :

- Un rapport du 7 octobre 2016 de la Dresse B.\_\_\_\_\_ à G.\_\_\_\_\_, dans lequel elle a notamment relevé ce qui suit : « Le patient est actuellement essentiellement gêné par ses hémicrâniées qui apparaissent d'une façon aléatoire sans facteur déclenchant clair et qui n'ont pas répondu à un traitement par Sirdalud et Lyrica. Elles répondent cependant à un traitement par Zaldiar. Du point de vue psychiatrique, l'état dépressif présent au cours de l'année 2015 s'est amélioré et selon le

patient la thymie est actuellement stable. Il est cependant conscient qu'au moment où il retrouvera sa capacité de travail, il devra trouver un poste avec moins de responsabilités, et essayer de diminuer son engagement et son implication personnelle pour trouver un meilleur équilibre entre la vie privée et le monde professionnel. [...] Le patient a mal supporté les antidépresseurs qui avaient été tentés en 2015. Il discutera avec la Dresse Z.\_\_\_\_\_ de la pertinence de l'introduction d'un éventuel traitement par Cymbalta dans l'idée d'influencer le seuil de la douleur. Le patient ne se sent autrement plus déprimé, juge avoir retrouvé sa thymie normale et ne souhaite pas reprendre d'antidépresseurs d'autant plus que ceux tentés auparavant ont été très mal tolérés. » ;

- Un rapport du neurologue traitant le Prof. W.\_\_\_\_\_ à la Dresse Z.\_\_\_\_\_ du 8 juin 2016, relevant notamment ce qui suit : « Nous n'avons malheureusement pas d'amélioration significative, mais tout de même un peu avec le Zaldiar. Il est difficile de vouloir tout de suite refaire une infiltration à ce niveau. Le Doppler reste toujours très suspect d'une circulation déficitaire pour l'artère vertébrale droite dans la région rétromastoïdienne droite. Nous allons refaire une IRM cérébrale avec une angio-IRM et une IRM cervicale. Cet examen aura lieu le 15 juin 2016. La situation reste toujours complexe, car cette douleur au niveau rétromastoïdien fait penser plus à une névralgie isolée du nerf d'Arnold que des douleurs sur une ancienne dissection de l'artère vertébrale droite. »

La recourante et l'intimé ont confirmé leur position dans leurs écritures du 29 janvier 2018.

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

**1. a)** 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art.

52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances instituée par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** 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 ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (voir 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). 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 le 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 (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.3.1). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (TF 9C\_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2).

En l'occurrence, il a lieu de reconnaître à J.\_\_\_\_\_VE la qualité pour recourir. En effet, on constatera que le tiers intéressé était valablement assuré auprès de cette caisse lors de la survenance de son incapacité de travail en avril 2015 et que dans la mesure où les constatations et appréciations de l'OAI sont susceptibles d'être

contraignantes à l'égard de la recourante s'agissant du droit à la rente, celle-ci a qualité pour agir.

**d)** En définitive, le présent recours, interjeté en temps utile 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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieux en l'espèce le droit de l'assuré à une rente d'invalidité à la suite de sa demande du 2 novembre 2015.

**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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**b)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

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

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

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**d)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique s'agissant de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, à savoir que la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs (ATF 143 V 409 et 418 ; 141 V 281).

**4.** En l'espèce, la demande de prestations a été motivée par un AVC, un burnout et une dépression.

On relèvera à titre liminaire que la question ici n'est pas celle des relations entre l'assuré et son ancien employeur, respectivement celle de la qualité du travail qu'il a fourni pour ce dernier, mais bien le point de savoir s'il est atteint dans sa santé, et, dans l'affirmative, quelle est l'étendue de son incapacité de travail dans son activité habituelle de Head of Projet Manager, respectivement dans une activité adaptée.

S'agissant en premier lieu de l'atteinte au niveau psychiatrique, le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé, le 7 septembre 2015, que l'assuré

présentait un épisode dépressif moyen, et que moyennant instauration d'un traitement avec suivi et antidépresseurs, la capacité de travail devrait être totale à compter du 16 octobre 2015. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a toutefois bien relevé que la problématique algique ne pouvait pas être mise sur le compte d'une symptomatologie dépressive, et que ladite problématique constituait « l'autre problème » du recourant.

Pour sa part, la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a estimé que son patient avait présenté un état dépressif sévère puis moyen depuis le printemps 2015 (cf. rapport à l'OAI du 22 janvier 2016). Dans la procédure de recours, l'assuré a produit un rapport du 7 octobre 2016 de sa médecin traitant, qui y relevait que du point de vue psychiatrique, l'état dépressif présent au cours de l'année 2015 s'était amélioré, le patient jugeant avoir retrouvé sa thymie normale, ne souhaitant pas reprendre d'antidépresseurs, et ne se sentant pas « autrement déprimé ». Elle a observé que l'assuré était conscient cependant que lorsqu'il retrouverait sa capacité de travail, il devrait trouver un poste avec moins de responsabilité. Cette appréciation rejoint entièrement celle faite par le Dr N.\_\_\_\_\_ du Centre L.\_\_\_\_\_ : ce médecin a en effet relevé que l'épisode dépressif était en rémission. Il a noté pour le surplus que la capacité de travail était nulle dans un poste impliquant des responsabilités importantes - comme celui exercé par l'assuré auprès de J.\_\_\_\_\_ [...] AG -, mais qu'elle était entière, sans baisse de rendement, à compter du 16 octobre 2015 dans un poste adapté, à savoir une activité avec des responsabilités limitées, dès lors que d'importantes responsabilités pouvaient générer un stress important et décompenser la personnalité de l'assuré.

Sur le plan neurologique, il est établi que l'assuré présente une atteinte, et que la symptomatologie algique est centrale, ce que relevait du reste déjà le Dr K.\_\_\_\_\_ en septembre 2015. Dans ce cadre, il est également admis que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle est totale, du moins en l'état, comme relevé par la Dresse B.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 22 janvier 2016), ainsi que par le Prof. W.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 8 juin 2016). Ce dernier médecin, spécialiste en neurologie, a par

contre estimé la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. Son appréciation rejoint ainsi celle de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, qui a fait état actuellement d'une baisse de rendement de 50 % en raison des douleurs cervicales et du caractère imprévisible de leur survenue. Certes la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré conservait une capacité de travail de 50 %, à compter du 31 octobre 2015, en raison des cervicalgies droites « dans le poste occupé jusqu'à maintenant ». Toutefois, elle a aussi noté que les douleurs entraînaient une fatigue physique et pouvaient contribuer à une irritabilité affectant les relations personnelles ; elles pouvaient entraîner une baisse de concentration lors des activités intellectuelles fortement sollicitantes, le travail sur écran pouvant être particulièrement affecté. Elle a également admis dans la rubrique « situation actuelle et conclusions » de son rapport que les douleurs constituaient un motif d'incapacité complète de travail en tant que gestionnaire de projet selon le cahier des charges détaillé dans le précédent poste. Du reste, dans le questionnaire complété le 28 janvier 2016, l'employeur a coché systématiquement le case « grandes » pour qualifier les exigences journalières du poste au niveau intellectuel en termes de concentration/attention, d'endurance, de soin et de facultés d'interprétation élevées, l'activité étant effectuée principalement en position assise - ce qui donne à penser qu'elle est ainsi effectuée principalement devant un ordinateur. Il est dès lors constant que l'activité habituelle n'est plus adaptée au niveau neurologique non plus.

L'appréciation de la Dresse Y.\_\_\_\_\_ n'est pas contredite pas d'autres éléments au dossier, et rejoint celle du Prof. W.\_\_\_\_\_ et de la Dresse B.\_\_\_\_\_. Elle repose en outre sur un examen complet des pièces du dossier, un résumé de l'histoire médicale de l'assuré, de ses plaintes, et du status. Les conclusions posées par les experts du Centre L.\_\_\_\_\_ sont claires : elles permettent de retenir que la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son activité habituelle, tant aux niveaux psychiatrique que neurologique, mais qu'elle est de 50 % au plan neurologique depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2015, dans une activité adaptée (à savoir une activité sans responsabilités importantes, sans activités intellectuelles fortement sollicitantes, ne devant pas s'exercer

principalement sur écran). Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de cette expertise, qui remplit tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître une pleine valeur probante.

Pour le surplus, les arguments de la recourante quant aux faits qu'il n'existerait pas d'atteinte à la santé invalidante, dès lors que seuls des éléments psycho-sociaux non invalidants auraient été pris en compte, sont dénués de pertinence : il est en effet constant que le recourant a subi une atteinte à la santé lorsqu'il a été victime d'un AVC le 7 juillet 2015 ; depuis lors, il présente des hémicrâniés, qui apparaissent de façon aléatoire mais répondent au traitement par Zaldiar (cf. avis de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2016). Tous les médecins consultés ont fait état des douleurs incapacitantes de l'assuré, en les documentant en particulier au plan radiologique. Le Prof. W. \_\_\_\_\_ a ainsi notamment noté le 8 juin 2016 que le Doppler restait toujours très suspect d'une circulation déficitaire pour l'artère vertébrale droite dans la région rétromastoïdienne droite, en relevant le caractère complexe de la situation, dès lors que la douleur au niveau rétromastoïdien faisait plus penser à une névralgie isolée du nerf d'Arnold. Les médecins du Centre L. \_\_\_\_\_ ont également constaté la persistance d'une image de dissection à l'angio-IRM du 25 janvier 2016, qui avait motivé un changement thérapeutique ; ils ont relevé qu'une douleur cervicale chronique était mentionnée dans un faible pourcentage de dissections carotidiennes et vertébrales, se référant à la doctrine médicale, tout en notant qu'il était possible que l'assuré ait développé une névralgie d'Arnold indépendamment de la dissection vertébrale. Il n'a donc pas été question ici de la prise en considération, pour évaluer la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée, de son licenciement, respectivement de la procédure en rapport avec celui-ci, mais bien d'éléments médicaux et non psycho-sociaux. Il ne peut pas non plus être fait grief à l'assuré de ne pas se traiter : il ressort de son dossier que pour ce qui a trait aux atteintes somatiques, il a un traitement. Il a du reste essayé les antidépresseurs avant de les interrompre, et a admis quoi qu'il en soit que sa thymie n'est désormais plus abaissée. Quant à la normalité du status, elle ne permet pas d'exclure les douleurs et la fatigue de l'assuré.

On doit cependant concéder à la recourante que les constatations du Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR sont en contradiction avec les avis des experts, respectivement des autres médecins, et qu'elles ne peuvent dès lors être suivies : contrairement à ce qui résulte de ses avis des 6 décembre 2016, 11 janvier et 4 juillet 2017, les experts n'ont pas estimé que l'incapacité de travail était totale dans une activité adaptée, mais bien uniquement dans l'activité habituelle. L'affirmation selon laquelle « la capacité de travail est nulle » sur le plan neurologique est sortie de son contexte : c'est dans l'activité habituelle que la capacité de travail est nulle ; du reste, la lecture des réponses des experts aux questions qui leur étaient soumises permet de comprendre sans le moindre doute que ces spécialistes sont d'avis qu'il existe une capacité de travail résiduelle de 100 % avec baisse de rendement de 50 % dans une activité adaptée. La remarque du Dr S.\_\_\_\_\_ quant au fait qu'il faudrait considérer que l'incapacité de travail est totale jusqu'au 31 octobre 2016 ne repose en outre sur aucun élément du dossier et paraît difficilement compréhensible. Finalement, le Dr S.\_\_\_\_\_ fonde son appréciation sur son expérience de médecin pratiquant depuis 1983. Or cette expérience, aussi longue soit-elle, ne permet pas de remettre en cause l'expertise sans que ne soient détaillés les motifs qui pourraient conduire à s'écarter d'une expertise probante. Si des doutes subsistaient selon le médecin du SMR, il lui incombait le cas échéant de ré-interpeller les experts, ce qu'il n'a pas fait. Son avis du 4 juillet 2017 paraît en outre avoir été rédigé en considérant que l'assuré devrait reprendre une activité « dans le même type de milieu », respectivement « dans son domaine ». Or, il paraît douteux que le recourant puisse exercer une activité « dans le même type de milieu » compte tenu de son atteinte à la santé et des limitations fonctionnelles posées par les experts du Centre L.\_\_\_\_\_. Cette question devra quoi qu'il en soit être examinée par les spécialistes en réadaptation de l'AI (cf. ci-dessous), qui procéderont ensuite à la comparaison des revenus sans et avec invalidité.

Il résulte de ce qui précède qu'en retenant une incapacité de travail totale dans toutes activités, l'OAI s'est écarté, sans motifs, des

conclusions probantes de l'expertise du Centre L.\_\_\_\_\_, en se fondant uniquement sur les avis, isolés, des 6 décembre 2016, 11 janvier et 4 juillet 2017, d'un médecin - au demeurant ni spécialiste en psychiatrie, ni en neurologie - du SMR, lequel n'a pour le surplus pas examiné l'assuré. Il convient dès lors d'écarter l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_, et de retenir, avec les experts du Centre L.\_\_\_\_\_, que l'assuré présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 50 %, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2015.

Dans la mesure toutefois où cette activité adaptée n'a pas été définie par l'OAI, il convient de lui renvoyer le dossier, à charge pour lui de la traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation professionnelle, de mettre en œuvre toutes mesures utiles de réadaptation, puis de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, pour finalement déterminer l'étendue de la rente à servir à l'assuré.

**5.** Le recours doit ainsi être admis, et les décisions attaquées annulées, la cause étant retournée à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Obtenant certes gain de cause avec le concours d'un avocat, la recourante n'a toutefois pas droit à des dépens dans la mesure où elle obtient gain de cause dans l'exercice de ses attributions officielles (cf. TF 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 7). Débouté, l'OAI supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 400 fr. (cf. à cet égard art. 69 al. 1bis LAI).

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

**I.** Le recours est admis.

- II.** Les décisions rendues les 14 août et 4 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant retournée pour complément d'instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Attila Akin (pour J. \_\_\_\_\_ Vorsorgeeinrichtung),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Monsieur A. \_\_\_\_\_,
- 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 :