

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 septembre 2023

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Silva et Manasseh-Zumbrunnen, assesseures  
Greffier : M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à G. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Maëlle Kolly, avocate  
à Genève,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ;  
88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1958, a d'abord travaillé comme mécanicien puis, dès 1988, en tant qu'enseignant pour le compte de l'Etat de Genève.

En 2006, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation lors duquel le fourgon qu'il conduisait a été percuté par un véhicule circulant à vive allure, ce qui a entraîné une brève perte de connaissance ainsi qu'une amnésie post-traumatique d'une dizaine de minutes ; si l'imagerie cérébrale n'avait alors pas montré de lésion traumatique, l'intéressé souffrait depuis lors d'acouphènes et de céphalées.

En arrêt de travail depuis le 9 octobre 2017, B.\_\_\_\_\_ a déposé, le 9 octobre 2018, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré.

Dans un rapport du 5 décembre 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de céphalées chroniques, d'épendymome cérébral et d'état dépressif, à l'origine d'une incapacité totale de travail en toute activité.

Dans un rapport du 21 décembre 2018, la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé le diagnostic incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2). S'agissant de la capacité de travail, cette médecin a expliqué que même s'il était difficile d'établir un pronostic en raison de l'introduction d'un nouveau traitement antidépresseur et de l'étiologie multifactorielle du trouble de l'attention, le tableau clinique faisait pour l'heure obstacle à

une reprise du travail. Une fois la composante thymique et notamment anxieuse traitée, il conviendrait d'évaluer le degré de trouble attentionnel résiduel. Quant aux céphalées et aux acouphènes, ils ne s'étaient pas améliorés.

A la demande de la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'office AI a réinterpellé chacun des médecins prénommés (avis médical du 13 février 2020).

Dans un rapport non daté, indexé le 1<sup>er</sup> mai 2020, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif et de céphalées chroniques sur épendymome cérébral. Il a expliqué que, au vu de l'importance de la symptomatologie, son patient était au bénéfice d'une retraite anticipée depuis le mois de septembre 2019, ce qui avait conduit à une légère amélioration de son état de santé en raison de l'augmentation des périodes de repos. Sur « le plan purement somatique et non psychiatrique », il a estimé que la capacité de travail, tant dans l'activité habituelle d'enseignant que dans une activité adaptée, pourrait atteindre 50 % en lien avec les céphalées.

De son côté, la Dre C.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 15 mai 2020, posé le diagnostic incapacitant de syndrome post-commotionnel (F 07.2). Selon cette médecin, la capacité de travail était nulle en toute activité depuis le mois d'octobre 2017 du fait de la persistance des céphalées, des acouphènes, d'une fatigabilité, d'un trouble de l'attention et de la concentration, ce qui pouvait avoir une répercussion sur la thymie et entraîner de l'anxiété, quand bien même l'état anxiodépressif était en rémission.

Après avoir pris connaissance des éléments médicaux au dossier, la Dre H.\_\_\_\_\_ a fait part de son incompréhension quant à une capacité de travail réduite à 50 % sur le plan somatique, alors qu'initialement l'atteinte incapacitante était de nature psychiatrique. Or il perdurait sur ce plan une incapacité totale de travail malgré une

diminution de la symptomatologie dépressive et une absence de gravité des troubles cognitifs. Elle ne pouvait dès lors valider une capacité de travail nulle en toute activité. Aussi a-t-elle demandé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (avis médical du 15 juin 2020).

Pour ce faire, l'office AI a confié au Centre M. \_\_\_\_\_ de T. \_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne (Dr W. \_\_\_\_\_, médecin praticien), un volet neurologique (Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie) ainsi qu'un volet psychiatrique (Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 10 décembre 2020 (évaluation consensuelle), les experts ont posé les diagnostics - ayant ou non une incidence sur la capacité de travail - de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21), de céphalées tensionnelles et autres symptômes sans substrat neurologique somatique, de syndrome des apnées obstructives du sommeil de degré léger traité par CPAP, d'hypertension artérielle de stade I, d'épendymome de la fosse postérieure découvert fortuitement en 2004 et de capsulite scapulaire gauche existant depuis le mois de janvier 2018. Ils ont retenu que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail était nulle d'octobre 2017 à septembre 2019, époque à laquelle l'assuré a fait valoir ses droits à une retraite anticipée. D'après les experts, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée avait entraîné des limitations et une diminution des ressources à l'origine d'une incapacité de travail totale durant la période comprise entre octobre 2017 et septembre 2019.

Dans un avis médical du 26 janvier 2021, la Dre H. \_\_\_\_\_ a observé que les experts avaient retenu une incapacité totale de travail depuis le mois d'octobre 2017 en raison d'une atteinte psychiatrique puisqu'il n'y avait pas d'atteinte durablement incapacitante sur le plan somatique. Or les experts ne s'étaient pas prononcés sur l'évolution de la capacité de travail depuis le mois de septembre 2019. Aussi a-t-elle proposé de réinterroger l'expert psychiatre à ce sujet.

En réponse aux questions complémentaires de l'office AI, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 16 février 2021, que, depuis que l'assuré avait pris sa retraite, le trouble de l'adaptation était en rémission. En effet, le Citalopram avait été diminué à 10 mg par jour, tandis que la fréquence du suivi psychiatrique avait été ramenée à une consultation tous les trois mois. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise se rapportaient à la période comprise entre octobre 2017 et septembre 2019 et avaient disparu depuis lors car la retraite anticipée avait permis à l'intéressé de retrouver son énergie. Il fallait dès lors admettre que, depuis le mois de septembre 2019, sa capacité de travail théorique était entière en toute activité, sans diminution de rendement.

Sollicitée pour détermination, la Dre H. \_\_\_\_\_ a déclaré faire sienne l'appréciation des experts du Centre M. \_\_\_\_\_ (rapport du 11 mars 2021).

Par projet de décision du 21 avril 2021, l'office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui allouer une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019, au motif que, compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations, le 9 octobre 2018, il avait présenté de manière ininterrompue une incapacité de travail totale depuis le 9 octobre 2017. Toutefois, selon les éléments médicaux au dossier, il avait recouvré une capacité de travail entière en toute activité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2019. Par conséquent, en l'absence de préjudice économique, le droit à la rente était supprimé au 30 novembre 2019, c'est-à-dire trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Par courrier du 14 mai 2021, l'assuré a contesté la suppression de la rente allouée, en faisant valoir qu'il avait dû prendre une retraite anticipée pour des raisons économiques uniquement (fin des indemnités journalières) et qu'en l'état, son incapacité de travail demeurait totale.

Dans un rapport du 6 juillet 2021, la Dre C. \_\_\_\_\_ s'est étonnée de l'appréciation médicale effectuée par l'office AI, dans la mesure où son patient présentait toujours des symptômes d'anxiété. La

reprise de son activité antérieure réactiverait des facteurs de stress ayant conduit à une décompensation psychique. Le fait de ne plus y être confronté avait certes amélioré son état de santé psychique mais il était difficile de ne pas tenir compte d'une simultanéité temporelle avec la retraite anticipée, laquelle semblait ainsi avoir joué en défaveur de l'assuré. Quant à l'exercice d'une activité adaptée, elle n'entraînait pas non plus en ligne de compte au vu de la persistance des céphalées et des acouphènes, lesquels ne s'étaient nullement améliorés. De plus, ils se répercutaient négativement sur la qualité de vie.

Par décision du 16 décembre 2021, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente entière d'invalidité, conformément à son projet de décision du 21 avril 2021.

**B.**            **a)** Par acte du 1<sup>er</sup> février 2022, B.\_\_\_\_\_, représenté par Me Maëlle Kolly, avocate, a interjeté un recours contre la décision du 16 décembre 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019 sans limitation temporelle.

L'assuré a expliqué que, d'entente avec son employeur, il s'était résolu à prendre une retraite anticipée parce que, en arrêt de travail de longue durée, il était arrivé au terme de son droit à des indemnités journalières et qu'il craignait, de ce fait, une fragilisation de sa situation financière. Sans atteinte à la santé, il ne faisait toutefois aucun doute qu'il aurait travaillé jusqu'à l'âge légal ouvrant le droit à une rente de vieillesse. Il était dès lors surprenant que le Dr X.\_\_\_\_\_ ait retenu une incapacité totale de travail en toute activité entre octobre 2017 et août 2019 en raison de limitations fonctionnelles particulièrement présentes durant cette période, tout en admettant une capacité de travail théorique dès le mois de septembre 2019 en toute activité sans diminution de rendement. L'assuré estimait que, faute de reposer sur une motivation suffisamment étayée et convaincante, l'évaluation complémentaire du Dr X.\_\_\_\_\_ consacrait une appréciation arbitraire de la situation. De son

côté, la Dre C.\_\_\_\_\_ confirmait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, tout en laissant ouverte la question d'une incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles perduraient à ce jour. Si tant est qu'une capacité de travail théorique puisse être admise, encore fallait-il se demander si, sur un marché équilibré du travail et sans mesures de réadaptation, la reprise du travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible au regard de l'âge, de la durée des rapports de travail précédents, de l'éloignement du marché du travail et des limitation fonctionnelles. Au demeurant, de tels facteurs devaient justifier un abattement supplémentaire dans le cadre d'une comparaison des revenus. A titre de mesures d'instruction, l'assuré a sollicité son audition ainsi que celle de la Dre C.\_\_\_\_\_.

**b)** A l'appui de sa réponse du 21 mars 2022, l'office AI a transmis un avis médical établi le 14 mars 2022 par la Dre H.\_\_\_\_\_. Cette médecin y soulignait qu'il n'était pas rapporté de modification de l'état de santé (aggravation, nouvelle atteinte) depuis son dernier rapport. Au moment de l'expertise, l'état de santé physique et psychique de l'assuré était parfaitement rassurant et tout à fait compatible avec une pleine capacité de travail dans une activité relevant de son domaine de compétences, qu'il aurait pu progressivement réintégrer à la fin de l'année 2019 pour les quelques années qui lui restaient avant le droit à la retraite. Au vu de ces éléments, l'office AI a conclu au rejet du recours.

**c)** L'assuré a joint à sa réplique du 25 avril 2022 deux rapports médicaux établis respectivement les 28 février et 1<sup>er</sup> avril 2022 par les Drs F.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_. Si le Dr F.\_\_\_\_\_ faisait un lien entre la diminution d'intensité de certains symptômes et la retraite anticipée, la Dre C.\_\_\_\_\_ continuait d'affirmer que la capacité de travail était nulle dans une activité adaptée compte tenu de la nature et de l'intensité des limitations fonctionnelles. Pour le reste, l'assuré a fait grief au SMR d'avoir extrapolé les propos des experts puisque, à la lecture du rapport d'expertise, on ignorait sur quel élément médical, hormis le départ contraint à la retraite anticipée, ils s'étaient fondés pour retenir une

exigibilité complète dans une activité adaptée. En effet, à suivre l'avis du SMR, la retraite anticipée n'entraîne pas en ligne de compte dans l'amélioration de l'état de santé. Dans la mesure où, en l'état du dossier tel que constitué, il n'était pas possible de comprendre sur quelles constatations reposait l'amélioration de l'état de santé retenue, l'assuré a renouvelé sa requête tendant à son audition et à celle de la Dre C. \_\_\_\_\_ auxquelles s'ajoutaient désormais celle du Dr X. \_\_\_\_\_.

**d)** Dupliquant en date du 10 mai 2022, l'office AI a fait parvenir un nouvel avis médical du SMR du 9 mai 2022. La Dre H. \_\_\_\_\_ y relevait que le Dr F. \_\_\_\_\_ n'avait pas évoqué de nouvelle atteinte étayée ou une modification de l'état de santé depuis l'expertise du Centre M. \_\_\_\_\_. Quant à la Dre C. \_\_\_\_\_, elle n'avait pas non plus fait état de nouveaux éléments puisque les limitations fonctionnelles et les répercussions sur la capacité de travail étaient en lien avec les atteintes somatiques. A cet égard, il convenait de souligner que les atteintes somatiques avaient fait l'objet d'une investigation dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du Centre M. \_\_\_\_\_ sous l'angle neurologique et de la médecine interne et qu'aucun caractère incapacitant ne leur avait été reconnu. L'incapacité de travail, limitée dans le temps, était imputable à une pathologie psychiatrique, laquelle s'était depuis lors amendée, ainsi que l'admettait la Dre C. \_\_\_\_\_. Partant, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

**e)** Dans ses déterminations du 2 juin 2022, l'assuré a catégoriquement contesté l'affirmation selon laquelle la Dre C. \_\_\_\_\_ aurait déclaré que l'atteinte psychiatrique était résolue, dans la mesure où ses troubles ne s'étaient pas « volatilisés au jour de son départ contraint en retraite anticipée ». Il s'est pour le surplus intégralement référé à ses écritures précédentes et à leurs conclusions.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2019. A cet égard, se pose la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2019 permettant de réviser la rente entière qui lui était accordée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019 dans le sens de sa suppression au 30 novembre 2019.

**b) aa)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1<sup>er</sup> janvier 2022).

**bb)** En l'occurrence, la date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date

est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). Le droit applicable reste, par conséquent, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que l'éventuelle modification déterminante date du 1<sup>er</sup> septembre 2019.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

**b)** 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2).

**4. a)** Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. 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 la personne assurée, 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**5. a)** En l'espèce, par décision du 16 décembre 2021, l'office AI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 novembre 2019, considérant que ce dernier avait présenté une incapacité totale de travail en toute activité entre le mois d'octobre 2017 et le mois d'août 2019, puis lui a reconnu, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2019, une capacité de travail entière dans toute activité, y compris son activité habituelle d'enseignant, si bien qu'en l'absence de préjudice économique, le droit à la rente était supprimé au 30 novembre 2019, c'est-à-dire trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Pour rendre la décision attaquée, l'office AI s'est fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre M. \_\_\_\_\_ du 10 décembre 2020.

**b) aa)** Sur le plan de la médecine interne, le Dr W. \_\_\_\_\_ a pris en considération la période comprise entre 2017, date à compter de laquelle l'assuré a présenté une incapacité totale de travail de manière durable, et le jour de son examen (21 octobre 2020).

En 2017, la fatigue constituait le motif de plainte prédominant ; elle était accompagnée de troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention. Cette fatigue était en rapport avec des troubles du sommeil, eux-mêmes en lien avec la survenue des céphalées et des acouphènes. Compte tenu du caractère subjectif de la fatigue, diverses investigations avaient été pratiquées. Ainsi, l'échelle de

somnolence effectuée en juin 2017 retrouvait un score à 11/24 témoignant d'une dette de sommeil. Une polysomnographie - réalisée en septembre 2017 - avait permis de mettre en évidence un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré léger, ayant nécessité un appareillage par CPAP (continuous positive airway pressure, réd.), que l'assuré utilisait toujours au jour de l'expertise. Cependant, la fatigue n'était plus présente comme lors des périodes précitées. En effet, le Dr W.\_\_\_\_\_ n'a pas observé de perte de vigilance ni de bâillement, l'intéressé ayant pu garder le focus pendant toute la durée de l'évaluation sans signe d'hypovigilance. Il ne paraissait pas non plus y avoir de troubles de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, l'intéressé se souvenant parfaitement des différentes dates demandées et de leur chronologie. D'après l'expert, la fatigue présente en 2017 était due aux céphalées essentiellement (accompagnées d'acouphènes également de nature subjective) mais n'était pas à l'origine d'une incapacité de travail ; tout au plus pouvait-on reconnaître une perte de rendement de l'ordre de 10 à 20 % jusqu'à la mise en route de l'appareillage CPAP. Dans le cadre de son examen, le Dr W.\_\_\_\_\_ a également procédé à une mesure de la tension artérielle, dont les résultats se sont avérés aux limites de la norme, ce qui lui a fait penser à une hypertension artérielle de stade 1, laquelle n'affectait pas la capacité de travail dans l'activité habituelle. Il a cependant suggéré que soit effectué un examen complémentaire afin de juger de l'évolution de ces chiffres autant de jour que de nuit. En cas de confirmation d'une hypertension artérielle de stade 1, il conviendrait de réfléchir à l'introduction d'un traitement anti-hypertenseur léger. Les éléments médicaux au dossier faisaient enfin état d'un diagnostic de capsulite scapulaire gauche connue depuis le mois de janvier 2018 (type épaule gelée). Lors de l'examen clinique, l'expert a effectivement constaté une limitation dans l'abduction et dans l'antépulsion de manière active, alors que les mouvements passifs n'étaient pas réalisés en raison de la crainte de l'assuré d'une majoration des douleurs. Toutefois, celui-ci a expliqué que cette pathologie de l'épaule gauche ne l'empêchait pas d'avoir une activité sportive de type windsurf. De même, les actes d'habillage et de déshabillage avaient pu être menés correctement avec seulement une certaine limitation pour enlever les vêtements de la partie supérieure du

corps. Dans la profession habituelle, il n'y avait aucune incapacité en rapport avec cette pathologie de l'épaule gauche, côté non dominant. A l'issue de son examen, le Dr W.\_\_\_\_\_ a exclu tout diagnostic incapacitant pour la période considérée. Selon ce médecin, la capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, était entière avec une diminution de rendement de 20 % jusqu'à l'introduction de l'appareillage CPAP en 2017, après quoi elle demeurait entière mais sans diminution de rendement.

**bb)** Sur le plan neurologique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé que la symptomatologie dont se plaignait l'assuré avait débuté principalement en 2004 par des céphalées au vertex ayant motivé une IRM cérébrale ; celle-ci avait mis en évidence un épendymome de la fosse postérieure droite, lequel a nécessité un suivi radiologique depuis lors sans toutefois avoir démontré une extension de la lésion. Parallèlement à ces maux de tête, l'assuré a développé toute une série de plaintes comportant des acouphènes constants, des sensations de brûlures oculaires, des douleurs musculaires au niveau des membres inférieurs, des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que des troubles du sommeil, pour lesquels de nombreuses investigations ont été pratiquées. Au jour de l'examen, le 23 octobre 2020, le recourant se plaignait de troubles globalement inchangés depuis sa retraite anticipée mais cependant moindres qu'auparavant et surtout plus faciles à gérer par le fait que, lorsqu'ils survenaient, il pouvait adapter son activité, soit en prenant du repos, soit en faisant du sport. Les troubles actuels comportaient donc la persistance de céphalées dont la description évoquait des céphalées tensionnelles. S'il existait certes toujours des troubles de la mémoire et de l'attention, les moments de désorientation et les troubles du cours de la pensée avaient quant à eux significativement régressé. Il persistait des acouphènes constants, perçus surtout en ambiance calme, une fatigue moindre que dans le passé et des troubles du sommeil ininterrompus mais moins importants depuis l'utilisation de l'appareillage CPAP. Corrélativement, le moral s'était amélioré. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'expert estimait que les plaintes formulées depuis 2004 et perdurant au jour de l'examen, ne trouvaient pas d'explication de nature

neurologique. De par leur caractère et leur multiplicité, ces troubles devaient vraisemblablement être mis en relation avec des facteurs psychogènes dans le cadre de l'état anxio-dépressif présenté par l'assuré.

En résumé, le Dr K.\_\_\_\_\_ concluait à un examen neurologique « tout à fait normal ». Il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une atteinte du système nerveux central en relation avec l'épendymome ni d'une atteinte médullaire ou neuromusculaire. Dans le cadre de l'expertise, ce médecin a renoncé à effectuer un nouveau bilan neuropsychologique, dans la mesure où le précédent bilan, effectué en 2018, n'avait pas démontré de troubles neuropsychologiques significatifs, hormis des difficultés attentionnelles trouvant leur origine dans une altération thymique à caractère anxio-dépressif. En l'absence d'explication neurologique aux troubles, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue, ceci depuis l'apparition des troubles en 2004 et surtout depuis la mise en arrêt de travail complet le 9 octobre 2017.

**cc)** Sur le plan psychiatrique, le Dr X.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré se plaignait surtout d'un épuisement mental, lequel s'était progressivement installé au cours des trois dernières années de son activité professionnelle et avait nécessité un arrêt de travail à partir d'octobre 2017 au point de l'amener à prendre une retraite anticipée dès le mois de septembre 2019. L'intéressé attribuait cet épuisement au fait d'avoir dû lutter contre des céphalées et des acouphènes depuis un accident de la voie publique dont il avait été victime en 2006. Le fait de se sentir incapable de travailler et de vivre normalement l'attristait. Il n'avait plus l'énergie pour pratiquer des activités sportives, même si l'envie était toujours présente. Il avait tendance à se replier, avait totalement perdu confiance en lui et sa libido était éteinte. Il n'avait plus de plaisir à manger et avait perdu environ 5 kg. Les céphalées le réveillaient entre 2 et 3 heures du matin ; il avait de la difficulté à se rendormir avant 5 heures du matin ; le sommeil n'était pas réparateur. Dès le réveil, il ressentait une fatigue surtout mentale, qui l'accompagnait toute la journée et était de forte intensité. Il n'arrivait plus à se concentrer lorsqu'il lisait ou discutait ; il avait tendance à procrastiner toute tâche exigeante mentalement en

raison d'un ralentissement sur ce plan. Il se sentait découragé, était inquiet par rapport à son avenir professionnel entre 2017 et jusqu'à sa retraite. Il avait régulièrement des idées de mort mais sans idées suicidaires. D'après l'expert, cette symptomatologie était compatible avec un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F 43.21). Les plaintes neuropsychologiques, ayant nécessité un bilan en 2018, sans substrat organique d'après le Dr K.\_\_\_\_\_, étaient à mettre sur le compte du trouble de l'adaptation.

Outre la fatigue, les céphalées constituaient l'autre motif de plaintes de l'assuré mais ne comportaient pas non plus de substrat organique selon l'expert neurologue. Si ce trouble avait motivé un besoin d'aide accru entre octobre 2017 et septembre 2019, il apparaissait que l'intéressé était depuis lors davantage autonome. Il n'y avait par ailleurs pas de contexte psycho-social évident pouvant expliquer ces céphalées. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a ainsi écarté l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les céphalées pourraient rentrer dans le cadre d'un trouble de l'adaptation mais elles existaient depuis 2004 et s'étaient accentuées après l'accident de 2006. Quant au diagnostic de syndrome post-commotionnel retenu par la Dre C.\_\_\_\_\_, l'expert psychiatre l'estimait injustifié car il ne pouvait être retenu que dans les deux ans ayant suivi un accident ; or en l'occurrence un tel événement s'était produit quatorze ans auparavant, à savoir en 2006.

Pour le reste, l'examen clinique s'est révélé sans particularité du point de vue des émotions, du contact et de l'attitude relationnelle, des activités psychomotrices, des fonctions cognitives et du langage, de la pensée, de la perception, de l'affectivité ainsi que des comportements observables.

Au terme de son examen, le Dr X.\_\_\_\_\_ a retenu que, à partir du mois d'octobre 2017 jusqu'à sa retraite anticipée en septembre 2019, l'assuré ne s'était plus senti capable de travailler en raison d'un burn-out (troubles de la concentration et épuisement mental). Cela étant,

malgré l'arrêt de travail et la mise à la retraite anticipée, il ne se sentait toujours pas capable de travailler, car il ne parvenait pas à gérer le stress.

**dd)** Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont expliqué que c'était le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée qui était à l'origine des limitations fonctionnelles et de la diminution des ressources et, partant, d'une incapacité totale de travail entre octobre 2017 et septembre 2019. En effet, durant cette période, la capacité d'adaptation et la flexibilité psychique étaient probablement limitées en raison de l'épuisement mental. Il en allait de même de la capacité d'organisation à cause des difficultés de concentration et de la tendance à procrastiner les différentes tâches. De même, l'épuisement physique et mental restreignait la capacité d'endurance. Alors que l'assuré était un grand lecteur, il lisait moins et avait, de surcroît, réduit sa pratique sportive. Ses capacités relationnelles s'étaient elles aussi affaiblies, car il ressentait le besoin de se replier sur lui-même même si, dans l'ensemble, il conservait une bonne relation avec son entourage familial et amical. Sa capacité d'autonomie était également abaissée car il éprouvait le besoin régulier de demander de l'aide à son amie, voire à son père ou à des amis pour effectuer différentes tâches ménagères ou administratives.

Au jour de l'expertise, la fatigue n'était plus présente contrairement à la période précédente. Il n'y avait pas non plus de perte de vigilance ni de bâillement permettant d'objectiver une éventuelle fatigue, pas plus que n'a été observée une majoration de la symptomatologie psychique. Le traitement était adéquat et bien investi, l'expert psychiatre ayant renoncé à doser le Citalopram vu la faible posologie. Quant aux séances de psychothérapie, elles avaient lieu une fois par semaine entre octobre 2017 et septembre 2019, puis une fois par mois jusqu'à la fin de l'année 2019 et, finalement, une fois tous les trois mois dès le début de l'année 2020. Sur le plan somatique, hormis un antalgique à la demande en cas de maux de tête et la poursuite de l'utilisation de l'appareillage CPAP, seul à même de contrôler les troubles du sommeil, il n'y avait pas d'autres mesures thérapeutiques à envisager.

**d) aa)** A la demande du SMR, le Dr X. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport complémentaire du 16 février 2021, souligné que, depuis sa mise à la retraite anticipée le 1<sup>er</sup> septembre 2019, l'assuré avait récupéré son énergie, ce qui avait contribué à une rémission du trouble de l'adaptation. En effet, la posologie de Citalopram avait été diminuée à 10 mg par jour, de même que la périodicité du suivi psychiatrique ne s'élevait plus qu'à une séance trimestrielle depuis le début de l'année 2020. En l'absence de limitations fonctionnelles, il fallait dès lors admettre une pleine capacité de travail médico-théorique en toute activité dès la préretraite.

**bb)** Le point de vue du Dr X. \_\_\_\_\_, selon lequel le recourant a présenté une incapacité totale de travail jusqu'au 31 août 2019 suivie d'une capacité de travail entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2019, n'emporte pas la conviction. En effet, une lecture attentive de son rapport tend à suggérer qu'il a fondé toute son analyse sur la période comprise entre octobre 2017 et septembre 2019, pendant laquelle le recourant avait présenté une incapacité totale de travail. D'après l'expert, la mise en pré-retraite à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2019, à laquelle s'associaient l'allègement de la médication et la diminution de la fréquence des séances de psychothérapie, expliquait cette évolution. Or, en dépit de la mise en pré-retraite, le recourant se plaignait toujours, durant l'examen réalisé par le Dr X. \_\_\_\_\_, d'un épuisement mental, d'un manque d'énergie et de troubles attentionnels. A cela s'ajoute que l'expert n'a procédé à aucune description d'une journée-type au moment de la réalisation de l'expertise en octobre 2020. On peine dès lors à admettre le retour, du jour au lendemain, à une pleine capacité de travail sans diminution de rendement, ce d'autant que, dans son complément du 16 février 2021, l'expert psychiatre ne motive guère son appréciation. Quoi qu'il en soit, la diminution de la posologie de Citalopram et celle de la périodicité des séances de psychothérapie ne sauraient constituer, à eux seuls, des éléments suffisants pour fonder le passage en un jour d'une incapacité totale de travail à une capacité de travail entière. De plus, une rémission totale du trouble psychique du jour au lendemain avec, simultanément, le retour à une capacité de travail entière ne correspond pas à la réalité

clinique de l'évolution des troubles psychiques et de la capacité de travail, l'atteinte en question n'ayant pu s'amender que par palliers entre septembre 2019 et décembre 2020, ce qu'il aurait fallu établir.

**e)** En définitive, on ne voit pas quels sont les éléments probants qui ont pu amener le Dr X. \_\_\_\_\_ à considérer que l'état de santé du recourant s'était amélioré au mois de septembre 2019 au point qu'il aurait alors retrouvé une pleine capacité de travail. Les perspectives d'amélioration ne sont pas suffisantes et n'ont pas été vérifiées par la suite, surtout au vu des plaintes formulées par le recourant en octobre 2020 concernant son manque d'énergie, ses troubles cognitifs et sa difficulté à gérer le stress. Par ailleurs, il y a lieu de constater que l'expert psychiatre, bien qu'invité par le SMR à le faire dans le cadre de questions complémentaires, n'a pas motivé son point de vue plus avant, quant au retour subit à une pleine capacité de travail, question que le SMR ne pouvait éluder en se satisfaisant d'une réponse de l'expert qui esquivait une interrogation, dont la légitimité est indéniable.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence).

**b)** En l'occurrence, il s'avère que les conclusions de l'expert psychiatre X. \_\_\_\_\_ quant à la date posée pour un retour à une pleine capacité de travail sur le plan psychique ne revêtent pas un caractère probant. L'instruction doit dès lors être complétée et actualisée. Il se

justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, apte à établir une variation plausible et dûment motivée, propre au trouble en question, de l'amélioration de la capacité de travail entre septembre 2019 et décembre 2020. Cela fait, il incombera à l'office AI de rendre une nouvelle décision sur le droit éventuel du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, étant précisé que le constat d'une capacité de travail entière à la date du rapport d'expertise du Centre M. \_\_\_\_\_ du 10 décembre 2020 n'est pas remis en cause faute d'arguments somatiques et psychiques en faveur d'une incapacité de travail à ce moment-là.

**c)** Dès lors qu'un complément d'instruction est nécessaire concernant la situation médicale du recourant, il s'avère vain de débattre de son éventuelle capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui.

**7.** Au vu de ce qui précède et dans la mesure où le recourant a conclu principalement à l'allocation d'une rente entière de l'assurance-invalidité non limitée dans le temps, son recours doit être partiellement admis. La décision attaquée est donc annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**8. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Au vu des circonstances de la présente affaire, il convient de fixer les frais judiciaires à 600 fr., répartis pour moitié à charge de l'intimé et pour l'autre moitié à charge du recourant.

**b)** La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 16 décembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la

cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de B.\_\_\_\_\_.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens partiels.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Maëlle Kolly, avocate (pour B.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :