

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 371 vom 27. Juni 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__371

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 371 du 27 juin 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 371 del 27 giugno 2013

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MIGRAINE, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 28 LAI, 29 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.06.2013 Arrêt / 2013 / 371

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MIGRAINE, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 28 LAI, 29 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 197/11 - 154/2013 ZD11.024423 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 27 juin 2013 _____ Présidence de M. Métral Juges :
Mme Röthenbacher et Mme Di Ferro Demierre Greffière : Mme Preti ***** Cause
pendante entre : S. _____, à St-Sulpice, recourant, représenté par Me Joël Crettaz,
avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
intimé. _____ Art. 6, 7 et 8 LPGA; 4, 28 et 29 LAI E n f a i t : A. S. _____
(ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1959, a été victime d'un accident le 15 janvier
2002. Il a fait une chute en se rendant sur son lieu de travail dans les circonstances
suivantes: alors qu'il était en train de refermer le coffre de sa voiture, il a glissé sur la neige
et est tombé en arrière, heurtant ainsi violemment avec sa tête le côté gauche du pare-chocs
arrière. Il a perdu connaissance durant quelques instants. Dans les suites immédiates de
l'accident, l'assuré s'est plaint de vertiges, de vomissements, de cervicalgies, de lombalgies,
de nausées, d'engourdissement au niveau de l'index et du pouce droits, d'une vision altérée
ainsi que d'une légère altération du sommeil. L'assuré s'est ainsi retrouvé en incapacité
totale de travailler, attestée par son médecin traitant, le Dr K. _____.
L'assureur-accidents de l'assuré, la R. _____ (ci-après: la R. _____), a instruit le
dossier et pris en charge le cas. Ont été successivement mandatés en qualité d'expert: - la
Prof. J. _____, médecin chef de la Division [...] du Centre T. _____ (ci-après: le
Centre T. _____) et C. _____, psychologue, qui ont établi un rapport le 6 mai 2003; -
le Dr X. _____, spécialiste en ophtalmologie, qui a rendu un rapport le 1 er juillet 2003.
Réalisée les 20 mai et 24 juin 2003, cette expertise a permis de constater les éléments
suivants: « 4. Diagnostics: · maculopathie cicatricielle bilatérale, plus marquée à l'œil droit
qu'à l'œil gauche, secondaire à une chorioretinopathie séreuse centrale (épithéliopathie
rétinienne diffuse). · migraines ophtalmiques classiques. · troubles neuropsychologiques
(mémoire, concentration, langage). · nuchalgies et dorsalgies. Seuls les deux premiers points
(chorioretinopathie séreuse centrale, migraines ophtalmiques) seront discutés et pris en
compte pour la suite des questions qui me sont destinées. [...] 7. Un traitement médical

susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré entre-t-il en compte? a) si oui quel traitement? Je ne peux me prononcer que pour la sphère ophtalmologique. En ce qui concerne la chorioretinopathie séreuse centrale, il n'y a pas de traitement à proposer actuellement étant donné qu'il n'y a pas de décollement séreux rétinien et que la maculopathie est cicatricielle aux deux yeux. Le pronostic visuel est bon, même si certains patients peuvent être à nouveau symptomatiques, en cas de réactivation de la maladie rétinienne. En ce qui concerne les migraines ophtalmiques classiques, M. S. _____ n'a pas encore de traitement efficace pour stopper les importantes crises de céphalées, ceci malgré une médication par des médicaments de la famille des «triptans». On peut se poser la question de l'adéquation d'un traitement de fond, préventif, en utilisant des bêtabloqueurs per os ou encore de l'amitriptyline. Ce traitement devrait être discuté avec le neurologue traitant du patient. S'il s'agit de migraines ophtalmiques classiques, le pronostic est généralement bon, la fonction visuelle n'étant pas atteinte entre les crises migraineuses. Je relèverais le fait que les crises migraineuses de ce patient sont stéréotypées, toujours à droite, qu'elles n'étaient pas présentes avant l'accident du 15.01.2002, et que M. S. _____ se sent «bizarre. Déconnecté», comme «décalé» par rapport au monde réel durant ses crises. Une IRM cérébrale me semblerait adéquate, essentiellement au vu du fait que les crises migraineuses de ce patient sont toujours du même côté. b) Quel est votre pronostic: Concernant la chorioretinopathie séreuse centrale, il est possible que M. S. _____ présente d'autres épisodes de décompensation, à la faveur d'un stress important par exemple. Il n'y a pas de mesures préventives qui permettraient d'enrayer le phénomène. Par rapport aux autres patients ayant présenté spontanément une chorioretinopathie séreuse centrale, le risque de M. S. _____ n'est pas augmenté, que ce soit pour de nouvelles récurrences ou pour une péjoration de sa fonction visuelle. De même, il est tout à fait possible que la fonction visuelle de ce patient soit stationnaire jusqu'à la fin de ses jours. Concernant les crises de migraines ophtalmiques classiques, la majorité des patients sont améliorés par un traitement, qu'il soit ponctuel ou qu'il s'agisse d'un traitement de fond. Il est en effet rare, mais pas impossible, qu'une personne souffrant de migraines n'arrive pas à être améliorée par les traitements disponibles à ce jour. Le pronostic de ce patient concernant la fréquence et l'importance des migraines ne pourra donc être donné qu'après une durée de traitement adéquate, en accord avec le neurologue traitant de M. S. _____, la Dresse Z. _____.

8. Capacité de travail a) Dans quelle mesure l'assuré est-il apte à exercer l'activité de directeur commercial d'une entreprise de matériel auxiliaire pour handicapés? Sur le plan strictement ophtalmologique, M. S. _____ devrait être apte à exercer l'activité susnommée. Les troubles visuels de l'œil droit (métamorphopsies très modérées, ainsi que très légère diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit), ne sont pas suffisants pour entraver de manière significative un tel emploi à plein temps. En ce qui concerne les crises de migraines ophtalmiques, le problème est différent vu que, actuellement, des céphalées pulsatiles intenses que ressent ce patient le handicapent pour une durée qui peut aller de ½ journée jusqu'à 3 jours parfois. Actuellement ce patient n'a pas de traitement de fond pour ce problème (bêtabloqueurs, amitriptyline par exemple) et un tel traitement devrait être discuté avec son neurologue traitant. b) Des limitations en raison de séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré? La maculopathie cicatricielle de ce patient ne devrait pas influencer de manière significative l'activité professionnelle de cet assuré. Actuellement, les migraines ophtalmiques de ce patient sont au premier plan de son handicap et sont un facteur limitant dans son travail étant donné qu'il n'ose pas conduire pendant la phase d'aura visuel et que la conduite est rendue difficile par l'importance des

céphalées qui suivent l'aura visuelle. De plus, les céphalées n'étant actuellement pas jugulables par les traitements jusqu'alors tentés, il présente parfois des phases de prostration pouvant aller de 6 heures à 72 heures, limitant évidemment son activité professionnelle. [...]» - et le Centre F. _____, à [...] (ci-après: Centre F. _____), dont le rapport, daté du 26 mars 2004, est cosigné par les Drs N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V. _____, spécialiste en neurologie. Par décision du 4 février 2005, confirmée sur opposition le 19 mai 2005, la R. _____ a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 31 mars 2004, motif pris de l'absence d'un lien de causalité entre les troubles présentés par l'assuré et la chute survenue le 15 janvier 2002. L'assuré a interjeté un recours contre cette décision, lequel a été rejeté par jugement du 9 février 2006 du Tribunal des assurances du canton de Vaud (cause AA 59/05 – 48/2006). Le 16 août 2005, l'assuré a recouru au Tribunal fédéral contre ce jugement. Par arrêt du 21 septembre 2007 (TF U 371/06), le Tribunal fédéral a admis le recours en ce sens qu'il a annulé le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 9 février 2006, ainsi que la décision sur opposition de la R. _____ du 19 mai 2005, la cause étant renvoyée à l'assureur-accidents pour complément d'instruction et nouvelle décision. Reprenant l'instruction du dossier, la R. _____ a mis en place une expertise médicale réalisée par le Dr B. _____, spécialiste en neurologie, sur la base des documents d'instruction fournis par la R. _____, ainsi que sur l'entretien avec l'assuré et un examen neurologique effectués le 7 janvier 2010. Dans son rapport du 12 janvier 2010, le Dr B. _____ a posé le diagnostic de céphalées et troubles visuels atypiques. Il ressortait de la rubrique «appréciation» de son rapport, les éléments suivants: «L'assuré est un homme âgé actuellement de 51 ans, en bonne santé habituelle jusqu'à l'événement assuré, victime le 15.01.2002 d'un accident caractérisé par une glissade sur la neige, avec choc sur la tête, entraînant une perte de connaissance dont la durée reste indéterminée, et est estimée entre 3 et 15 minutes en fonction des différents documents à disposition et les dires de l'assuré. Dans les suites de cet événement, l'assuré a développé divers symptômes: des troubles visuels, des céphalées, des cervicalgies, des lombalgies. Les lombalgies ont évolué favorablement, et actuellement, elles ne sont plus subjectivement considérées comme invalidantes. Dès lors, il n'y a pas lieu de rediscuter cette problématique, et nous adhérons aux conclusions exprimées dans l'expertise effectuée le 26.04.2004 par le Centre F. _____ à [...], qui conclut à une hernie discale L4-L5 révélée, mais non provoquée par le traumatisme, survenant sur un état antérieur dégénératif, avec atteinte du status quo ante/sine en janvier 2003. Deuxièmement, une problématique purement ophtalmologique a pu également être mise en évidence dans les suites de l'accident, à savoir: une maculopathie cicatricielle bilatérale, plus marquée à l'oeil droit qu'à l'oeil gauche, secondaire à une chorioretinopathie séreuse centrale (épithéliopathie rétinienne diffuse). Le lien de causalité entre l'événement et cette pathologie a été discuté par l'expert neuro-ophtalmologue, le Docteur X. _____, et en tant que neurologue, nous ne pouvons qu'adhérer à ses conclusions. En résumé, le Docteur X. _____ estime qu'il s'agit d'une maladie, mais décompensée par l'événement assuré. Au moment de l'expertise, le status quo ante est considéré comme "partiellement rétabli" et d'un point de vue fonctionnel, cette pathologie n'entraînait plus aucune limitation fonctionnelle, et en particulier sur le plan professionnel. Finalement, il persiste actuellement, et au premier plan, une problématique essentiellement neurologique. Il s'agit de troubles visuels récidivants, subjectivement intéressant l'oeil droit, suivis par des céphalées intenses et invalidantes, des nausées, de rares vomissements.

Ce tableau peut être considéré comme chronique, puisqu'il intervient 75% du temps. Divers diagnostics ont été retenus par les différents neurologues consultés: syndrome post-traumatique subjectif, migraines avec aura, migraines ophtalmiques, syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale, migraines post-traumatiques. Objectivement, le status neurologique détaillé est rigoureusement normal. L'examen neuropsychologique effectué en mai 2003 n'a pas mis en évidence d'anomalie compatible avec une pathologie organique. Finalement, sur le plan neuroradiologique, les examens effectués jusqu'à ce jour, ont permis d'exclure une pathologie intracérébrale significative. Compte tenu de ces éléments, une céphalée symptomatique est exclue. Dans le diagnostic différentiel, nous pouvons retenir trois hypothèses: a) Migraines avec aura typiques (code IHS 1.2.1, code ICD-10 G43.10) b) Céphalées post-traumatiques chroniques secondaires à un traumatisme crânien mineur (code IHS 5.2.2; code ICD-10 G44.30) éventuellement céphalées chroniques après distorsion cervicale (code IHS 5.4; ICD-10 G44.841) c) Céphalées de tension chroniques (code IHS 2.3.2; code ICD-10 G44.23), diagnostic qui parfois ne peut être bien individualisé des céphalées attribuées à une somatisation (IHS 12.1; ICD-10 R51).

a) Si l'on considère que l'assuré présente une maladie migraineuse, on doit retenir le diagnostic de migraine avec aura typique (code IHS 1.2.1). Rappelons que l'IHS définit la migraine sans aura de façon suivante (The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition (Cephalalgia 2004; 24 suppl 1: 1-160)): A) Au moins 5 crises répondant aux critères B à D, B) Crises durant de 4 à 72 heures (en l'absence de traitement ou en cas d'échec du traitement), C) La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes: - Unilatéralité, - Caractère pulsatile de la douleur, - Intensité modérée à sévère, - Aggravation par les activités physiques de routine (marche ou montée d'escaliers par exemple) D) Pendant la céphalée, présence d'au moins un des signes suivants: - Nausées et/ou vomissements, Photophobie et phonophobie, E) Symptômes ne pouvant être attribués à une autre affection. Quant à la définition selon l'IHS de la migraine avec aura typique elle est la suivante: A) Au moins 2 crises répondant aux critères B à D, B) Aura correspondant à au moins une des descriptions suivantes, mais sans déficit moteur. - Symptômes visuels totalement réversibles positifs (ex: lumières, points ou lignes clignotants) et/ou négatifs (scotomes (zones du champ visuel dans lequel la vision est partiellement ou totalement lacunaire)), - Symptômes sensitifs totalement réversibles positifs (ex: picotements, piqûres) et/ou négatifs (ex: engourdissement), - Troubles de l'élocution totalement réversibles, C) Au moins deux des caractéristiques suivantes: - Symptômes visuels homonymes (situés du même côté) et/ou symptômes sensitifs unilatéraux, - Au moins un symptôme de l'aura s'est développé progressivement en au moins 5 minutes et/ou différents symptômes de l'aura surviennent successivement en au moins 5 minutes, - Chaque symptôme persiste au moins 5 minutes et au plus 60 minutes, D) La céphalée répondant aux critères B à D de la Migraine sans aura débute pendant l'aura ou lui succède en moins de 60 minutes, E) Symptômes ne pouvant être attribués à une autre affection. A priori, l'assuré présente tous les critères d'une migraine avec aura typique. Toutefois, l'expérience nous permet de dire qu'il existe de nombreuses atypies. o Tout d'abord le caractère chronique et extrêmement fréquent des accès, et ceci depuis maintenant 8 ans est tout à fait inhabituel. o Dans la grande majorité des migraines chroniques, à savoir celles qui surviennent plus de 15 jours par mois (code IHS 1.5.1), il s'agit de migraines sans aura. o On est également étonné par l'absence de toute modulation avec le temps, et surtout par l'absence complète d'effet de tous les traitements tentés jusqu'à ce jour, y compris les triptans, et ceci sur une période prolongée de 8 années. o Les troubles visuels décrits par

l'assuré sont systématiquement monoculaires droits, alors que l'aura migraineuse typique est un phénomène visuel binoculaire intéressant un hémichamp visuel (troubles fonctionnels de type rétrochiasmatique). Enfin, l'expérience nous permet d'observer que la très grande majorité des patients qui souffrent de migraines chroniques et invalidantes, ont une thymie abaissée et se présentent comme des personnes lasses et épuisées par leur symptomatologie, ce qui n'est manifestement pas l'impression que nous donne l'assuré. Il convient également de souligner que la migraine est une maladie. Sur la base des connaissances actuelles on est en mesure d'affirmer qu'il s'agit d'une maladie génétiquement déterminée (Genetics of Migraine in The Headache ed. By Olesen, pg 241. Lippincott, Williams, Wilkins 2000). La notion de migraines post-traumatiques n'est pas reconnue par l'IHS. En conséquence, dans cette hypothèse, un lien de causalité naturelle avec l'événement assuré doit être considéré comme peu probable. b) Si l'on considère que l'assuré présente des céphalées post-traumatiques, ou un syndrome post-commotionnel, nous estimons que le tableau, en particulier épisodique, sévère, associé à des troubles visuels, est peu typique. Par ailleurs, après traumatisme crânien mineur, l'évolution d'un tel syndrome est en général favorable en l'espace de 6-12 semaines (Les traumatismes cérébraux mineurs in L'Expertise Médicale ed. par P. Rosatti. Ed Médecine et Hygiène 2002). La persistance de céphalées chroniques à plus long terme est possible, mais l'intensité décrite par l'assuré, ainsi que les répercussions peuvent être considérées comme tout à fait atypiques. C'est la raison pour laquelle nous partageons l'avis des experts du Centre F. _____, qui considèrent: "... on peut admettre en tant que conséquence de l'événement accidentel la persistance de maux de tête ...", mais "... l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne peuvent être mises en relation de causalité naturelle avec l'événement accident du 15.01.2002 au demeurant d'importance modeste." Les mêmes considérations peuvent être faites pour le syndrome après distorsion cervicale. c) Dernière hypothèse, si l'on admet que l'assuré présente des céphalées de tension, ou plus probablement, compte tenu du caractère atypique, des céphalées psychogènes, nous ne pouvons admettre un lien de causalité naturelle avec l'événement assuré, en l'absence de pathologie psychiatrique sous-jacente, en particulier de type syndrome post-traumatique. En conclusion, et selon la règle de degré de vraisemblance prépondérante, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et la symptomatologie est au maximum possible. Sur le plan de la capacité de travail, des céphalées chroniques ne devraient pas entraîner de manière significative une limitation fonctionnelle dans un travail de type directeur commercial, étant spécifié qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique sous-jacente.» Le Dr B. _____ a considéré que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Par décision du 22 juin 2010, confirmée sur opposition le 9 août 2010, la R. _____ a supprimé le droit aux prestations d'assurance au 31 mars 2004, au motif qu'il n'existait plus de lien de causalité entre les symptômes actuels et l'accident, le statu quo ante, respectivement le statu quo sine ayant été atteint au plus tard à cette date. Saisie d'un recours contre la décision sur opposition du 9 août 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par jugement du 16 mai 2011 (cause AA 84/10 – 61/2011). Elle a considéré que l'expertise menée par le Dr B. _____ respectait les instructions données par le Tribunal fédéral dans le cadre du complément d'instruction qu'il avait ordonné (TF U 371/06), que le Dr B. _____ était compétent, de par sa spécialité de neurologue, pour examiner le cas de l'assuré s'agissant des migraines ophtalmiques dont il se plaignait, contrairement au Dr X. _____, lequel ne disposait pas de spécialisation dans ce domaine, et enfin qu'il n'existait pas d'incapacité de travail en lien

avec l'accident du 15 janvier 2002. Cet arrêt a énuméré les rapports d'expertises et médicaux au dossier, à savoir notamment: - Le rapport médical du 11 février 2003 de la Dresse Z._____, neurologue traitant de l'assuré, lequel a exposé (cf. arrêt Casso AA 84/10 – 61/2011, p. 4): «[...] Ce patient présente après un traumatisme crânio-cérébral sur une chute de sa hauteur, un cortège de symptômes compatibles avec un syndrome post-traumatique subjectif qui comprend des troubles mnésiques, des troubles de la concentration, un manque du mot, des cervicalgies et des céphalées, ainsi que des troubles sensitifs des deux mains. Il a développé également, depuis l'accident, des céphalées épisodiques précédées de troubles visuels monoculaires droits et associés à des phénomènes végétatifs, description compatible avec une migraine avec aura dont l'origine est, vraisemblablement post-traumatique puisqu'il n'y a jamais eu de céphalées de ce type auparavant. L'examen clinique met en évidence un syndrome cervical modéré et un syndrome lombo-vertébral relativement marqué avec des signes d'irritation radiculaire modéré bilatéral, sans déficit neurologique et corrélé à l'IRM à une hernie discale médiane L4-L5. On n'observe pas d'atteinte des paires crâniennes ni d'éléments cliniques en faveur d'une myélopathie cervicale ou d'un déficit radiculaire aux membres supérieurs. [...]» - Le rapport d'expertise de la Prof. J._____ du 6 mai 2003, dont il est ressorti ce qui suit (cf. arrêt Casso AA 84/10 – 61/2011, p. 5): «[...] 4. Diagnostic Signes d'affaiblissement du rendement cognitif survenant à certaines épreuves attentionnelles et mnésiques antérogrades épisodiques susceptibles de fluctuation dans le cadre d'un examen se situant par ailleurs dans les limites des normes chez un assuré présentant des plaintes décrivant des modifications de la personnalité et de l'efficacité cognitive. 5. Existe-t-il un lien de causalité entre l'accident du 15.1.2002 et les plaintes actuelles ? Sur la base des documents que vous nous avez transmis et des données amnésiques fournies par S._____ [S._____], les perturbations décrites sous le point 4 sont dues de manière vraisemblablement prépondérante à l'accident du 15 janvier 2002. 6. L'accident du 15.1.2002 a-t-il décompensé un état antérieur ? Nous ne pouvons exclure que l'accident du 15 janvier 2002, les accidents de 1985 et 1997 décrits plus haut, aient contribué à ces troubles, ayant décompensé une situation fragile. De plus, une investigation psychiatrique nous semble indiquée. 7. Un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré entre-t-il en compte ? Sur le plan strictement neuropsychologique, nous n'avons pas de prise en charge à proposer. Cependant, une prise en charge réussie du syndrome douloureux serait probablement accompagnée par une amélioration sur le plan cognitif. 8. Capacité de travail ? a) dans quelle mesure l'assuré est-il apte à exercer l'activité de directeur commercial d'une entreprise de matériel auxiliaire pour handicapé ? Sur le plan neuropsychologique, nous retenons au maximum une incapacité de travail de 20% dans l'activité antérieure; telle que nous l'a définie S._____, soit "responsable du recrutement, de la formation et du suivi des vendeurs". b) des limitations, en raison de séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré ? Suite à l'accident, S._____ formule des plaintes dont le bien-fondé est certainement partiellement soutenu par les résultats de notre évaluation neuropsychologique. c) le cas échéant, quelles sont-elles ? Voir réponse 8 a Cette incapacité est notamment liée au ralentissement, aux troubles mnésiques et à la fatigabilité. d) une reprise, éventuellement partielle, de l'activité professionnelle est-elle possible à court ou moyen terme ? Probablement, si le syndrome douloureux est traité avec succès. [...] 9. L'assuré souffre-t-il d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ? A 17 mois de l'accident du 15 janvier 2002, nous ne considérons pas que l'état médical soit stabilisé. Un délai d'au moins six mois nous paraît souhaitable avant qu'un pourcentage d'atteinte à l'intégrité soit retenu. [...]» - Le rapport

d'expertise du 26 mars 2004 établi par le Centre F. _____, dont la teneur est notamment la suivante (cf. arrêt Casso AA 84/10 – 61/2011, p. 7 à 10): «[...] [Sur le plan neurologique], sur la base des éléments à notre disposition, il est probable que Monsieur S. _____ a présenté lors de l'accident du 15.1.2002 un TCC mineur suivi d'un syndrome post-commotionnel expliquant les maux de tête, les troubles de la mémoire et de la concentration, la fatigue et la fatigabilité et les sensations vertigineuses. Il est probable également qu'il a présenté une distorsion cervicale et une contusion cervico-dorso-lombaire banale. Deux ans après l'événement accidentel, si l'on peut admettre en tant que conséquence de l'événement accidentel la persistance de maux de tête à caractère migraineux en tant que céphalées post-traumatiques, de quelques rachialgies, de quelques sensations vertigineuses ainsi que de troubles de la mémoire et de la concentration, l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne peuvent être mises en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 15.1.2002 au demeurant d'importance modeste. Il est également frappant que l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées jusqu'ici n'ait eu aucun effet sur les plaintes. D'un point de vue strictement neurologique, bien que le patient signale la persistance de maux de tête survenant à une fréquence de plusieurs épisodes par semaine, des sensations vertigineuses, des troubles visuels, des troubles de la mémoire et de la concentration, une fatigue et une fatigabilité et des sensations vertigineuses, nous estimons, pour les éléments susmentionnés, qu'il n'est pas possible de retenir d'incapacité de travail significative en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel. Il existe vraisemblablement des facteurs de surcharge psychogène malgré l'absence de pathologie psychiatrique significative. [...] Sur le plan ostéo-articulaire, nous avons examiné les images de l'IRM lombaire. Il ne peut être établi une relation de causalité que tout au plus possible entre ces images et l'accident. Des lésions de ce type peuvent rester durant des années asymptomatiques (prévalence de 19.5% de lésions radiologiques dans une population asymptomatique pour une classe d'âge de moins de 40 ans et 50% pour 40 ans et plus). [...] En l'espèce, il y a lieu de retenir que l'accident du 15.1.2002, soit une chute de sa hauteur, n'a pas revêtu l'importance particulière requise. Il n'y [a] pas eu de syndrome radiculaire déficitaire constaté dans les premiers jours après l'accident. Un syndrome vertébral cervical et lombaire a été lui décrit depuis l'accident. Selon l'expérience médicale habituelle, un syndrome vertébral révélé par un accident mais non provoqué par celui-ci, retrouve le statu quo ante après une période de 6 mois, voire un an au maximum. Nous estimons donc que le statu quo ante en ce qui concerne le syndrome vertébral a été atteint en janvier 2003. Sur le plan ophtalmologique il est possible de s'en tenir au rapport d'expertise du Docteur X. _____ daté du 1 er juillet 2003. Celui-ci a posé un diagnostic de maculopathie cicatricielle bilatérale, plus marquée à l'oeil droit qu'à gauche, secondaire à une chorioretinopathie séreuse centrale (épithéliopathie rétinienne diffuse). Notre confrère estime que sur le plan ophtalmologique, Monsieur S. _____ devrait être apte à exercer son activité antérieure. Les troubles visuels de l'oeil droit (métamorphopsies très modérées, ainsi que très légère diminution de l'acuité visuelle de l'oeil droit) ne sont pas suffisants pour entraver de manière significative un tel emploi à plein temps. Par ailleurs il ne retient pas d'atteinte à l'intégrité, la baisse de l'acuité visuelle et de l'atteinte campimétrique n'étant pas suffisamment prononcée selon les tables de la SUVA. Sur la plan psychologique on ne peut pas mettre en évidence, lors de cet examen unique, de pathologie psychiatrique particulière, par contre le patient frappe par un côté lisse sur le plan émotionnel, alors qu'il décrit une symptomatologie majeure avec un handicap important, le tout sans la moindre émotion apparente. Il n'y a aucun signe

notamment d'état de stress post traumatique, la capacité de travail sur le plan psychique est entière. [...] 4. Diagnostic? - Probable syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale simple (degré I à II selon la Québec Task Force). - Migraines post-traumatiques. - Hernie discale et compression foraminale L4-L5 5. Causalité naturelle (merci de motiver vos réponses) 5.1 Lesquelles de vos constatations sont pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 15.01.2002 ? Pour les éléments développés plus haut, il apparaît que Monsieur S._____ a présenté lors de l'accident du 15.1.2002 un TCC mineur avec commotion cérébrale suivi d'un syndrome post-commotionnel et une probable distorsion cervicale de degré I à II selon la Québec Task Force. Il a vraisemblablement également présenté une contusion rachidienne banale. Sur la base des éléments susmentionnés, on peut donc admettre que l'apparition des troubles est en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 15.1.2002. Si l'on peut admettre la persistance encore actuellement de céphalées post-traumatiques ainsi que d'un syndrome post-commotionnel après distorsion cervicale mineure, il apparaît difficilement possible d'accepter une relation de causalité naturelle entre l'importance actuelle des troubles ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et le caractère objectivement modeste de l'événement accidentel du 15.1.2002. Les lésions observées sur l'IRM lombaire du 15.8.2003 suggèrent qu'une hernie discale L4-L5 a pu être révélée mais non provoquée par le traumatisme qui n'a pas une intensité suffisante pour être à l'origine de cette pathologie. Le statu quo ante/sine a été atteint en janvier 2003. 5.2. Pour autant qu'il subsiste des séquelles en relation de causalité probable avec l'accident du 15.01.02, l'état de santé est-il également influencé par des maladies, des états malades antérieurs, d'autres facteurs étrangers non-accidentels ou des suites d'accidents précédents ? Cas échéant, lesquels sont-ils et degré (%) de l'influence ? En ce qui concerne le syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale, il n'y a pas de facteurs étrangers à l'événement accidentel jouant un rôle significatif dans l'évolution du cas si ce n'est d'éventuels facteurs psychiques qui n'ont pas été mis en évidence lors du présent bilan. Les discopathies C4-C5 et C5-C6 mises en évidence aux radiographies standards de la colonne cervicale pratiquées le 7.3.2003 ne jouent vraisemblablement pas de rôle dans l'évolution du cas. Pour ce qui est de la hernie, les séquelles décrites actuellement par l'assuré sont à mettre sur le compte d'un facteur étranger non accidentel qui est la dégénérescence discale. 5.3. L'accident du 15.01.02 a-t-il décompensé un état antérieur au sens du point 5.2. ? Statu quo ante ou sine rétabli? Sur le plan strictement neurologique, il n'y avait pas d'état antérieur significatif. Sur le plan orthopédique, il y a probablement un état antérieur sous forme de dégénérescence discale L4-L5. On peut considérer que la chute sur les fesses, de sa hauteur, a pu révéler la pathologie, et créer une aggravation transitoire de celle-ci. Le statu quo sine est considéré comme rétabli après six mois, soit au début 2003. 6. Capacité de travail Comment appréciez-vous la capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident du 15.01.2002 ? 6.1. Dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré(e) est-il (elle) apte à exercer son activité de directeur des ventes? La capacité de travail dans l'activité professionnelle exercée préalablement est complète. Il n'y a pas de baisse de rendement, pas de limitations. [...] 8. Atteinte à l'intégrité L'assuré(e) souffre-t-il (elle) d'une atteinte importante (altération évidente ou grave) et durable (prévisible qu'elle subsistera avec: au moins la même gravité, pendant toute la vie) de son intégrité physique ou mentale ? Cas échéant, quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexe 3 de L'OLAA)? Merci de motiver votre réponse. Une éventuelle part en raison de facteurs étrangers à l'accident ou résultant d'un accident

antérieur doit être évaluée (%) séparément. Sur le plan strictement neurologique, on peut admettre en tant que conséquence de l'événement accidentel du 15.1.2002 la persistance de céphalées migraineuses post-traumatiques, d'un syndrome post commotionnel discret et d'un syndrome après distorsion cervicale léger pouvant entraîner une perte à l'intégrité de 5%. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité sur les plans orthopédique, ophtalmologique et psychique.» - Une expertise effectuée le 9 novembre 2004 par le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au terme de laquelle ce médecin a posé les diagnostics suivants (cf. arrêt Casso AA 84/10 – 61/2011, p. 10): «F 32.8 Episode dépressif Actuellement en rémission partielle HDRS: 10/12 Echelle des troubles de l'humeur Hirschfeld/Weber-Rouget, Aubry: 0 point sur 13 IMC: 22, fourchette normale DD: Pas de troubles de la personnalité ni de troubles anxieux selon les critères de la CIM-10 Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) Si je note une plainte essentiellement algique, elle ne s'accompagne pas de sentiment de détresse et elle ne survient pas dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants que pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Diagnostic exclu.» Le Tribunal fédéral amené à se prononcer à la suite du recours de l'assuré contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 16 mai 2011, a rendu un arrêt le 8 juin 2012 (TF 8C_447/2011). Il a rejeté le recours, niant l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et la symptomatologie persistant après le 31 mars 2004. Il a motivé sa position comme suit: «[...] Par ailleurs, l'atteinte à la santé persistant après le 31 mars 2004 est essentiellement de nature neurologique, comme l'a relevé le docteur X. _____, selon lequel les troubles strictement ophtalmologiques (métamorphopsies très modérées et très légère diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit) ne sont pas suffisamment importants pour entraver de manière significative la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle (rapport du 1 er juillet 2003). Rien ne s'opposait dès lors à ce que le complément d'instruction fût confié à un neurologue. En outre, on ne saurait reprocher au docteur B. _____ de n'avoir pas suffisamment pris position sur les conclusions du docteur X. _____. Le rapport d'expertise du docteur B. _____ traite de tous les aspects déterminants pour le droit éventuel à des prestations et contient des réponses soigneusement motivées aux questions posées. En ce qui concerne en particulier l'absence de lien de causalité, ce rapport contient suffisamment d'éléments pour mettre en doute la fiabilité des conclusions du docteur X. _____, selon lesquelles le lien de causalité entre l'accident et les céphalées pulsatiles accompagnées de troubles visuels doit être admis au seul motif que l'assuré ne souffrait pas de céphalée avant cet événement.» B. Dans l'intervalle, l'assuré a déposé, le 17 février 2009, une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), avec la précision quant au genre de l'atteinte «traumatisme crânien occasionnant des crises de migraine ophtalmique précédées d'auras répétitives journalières et traumatisme cervical-vertébral». Dans un rapport médical du 8 mai 2009 à l'OAI, le Dr K. _____ a posé les diagnostics de traumatisme crânien et commotion cérébrale, hématomes révélés par l'IRM et chorioretinite séreuse centrale à l'oeil gauche, provoquant dès le 15 janvier 2002 des migraines ophtalmiques sévères répétitives chroniques associée à traumatisme cervicodorso-lombaire (invalidant depuis lors). Il précisait que ces troubles n'existaient pas avant l'accident du 15 janvier 2002 et estimait que l'assuré était en incapacité totale de travailler depuis cette date. Le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), s'est basé sur l'expertise du Dr B. _____ et a retenu ce qui suit dans son avis médical du 9 février 2010: «[...] Il persiste

jusqu'à ce jour des migraines avec aura chroniques (migraines ophtalmiques), qui sont cependant fortement atypiques pour l'expert neurologue Dr B. _____; en effet, leur chronicité (8 ans), leur extrême fréquence et l'absence complète d'effet des divers traitements tentés sont surprenants. Il est aussi inhabituel qu'un assuré qui souffrirait de migraines à ce point chroniques et invalidantes ne soit pas déprimé. Il pourrait donc s'agir de céphalées psychogènes. Quel que soit le diagnostic, selon l'expert, des céphalées chroniques ne devraient pas entraîner de limitation fonctionnelle significative dans un travail de type directeur commercial. Il n'y a donc pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI.» Par projet de décision du 16 février 2010, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte invalidante. L'assuré a contesté ce projet de décision. Il a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr B. _____, sur lequel s'était basé l'OAI pour lui refuser ses prestations, n'était pas relevant, cet expert ayant été mandaté par la R. _____ avec laquelle il était en litige. Il considérait que l'avis du Dr X. _____ devait primer, compte tenu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 21 septembre 2007. Il a en outre requis un complément d'instruction, à savoir la sollicitation du Dr X. _____ pour qu'il reprenne l'examen de son cas. Il a joint à son opposition l'arrêt du Tribunal fédéral du 21 septembre 2007, le rapport d'expertise du Dr X. _____ du 1^{er} juillet 2003, un certificat médical du Dr K. _____ du 24 mai 2010 attestant une prolongation d'arrêt complet de travail du 24 mai au 16 juillet 2010, ainsi que celui de la Dresse Z. _____ du 15 juin 2010 indiquant que l'assuré souffrait d'une migraine post-traumatique depuis l'accident du 15 janvier 2002 avec des céphalées vingt à vingt-cinq jours par mois et qu'il restait donc en incapacité totale de travailler depuis lors. Selon un avis du 1^{er} février 2011, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a relevé que les migraines dont souffrait l'assuré n'étaient pas du domaine d'excellence du Dr X. _____, que sur la question neurologique l'expertise du Dr B. _____ prévalait et qu'il n'avait par conséquent aucune raison de modifier sa position. Le Dr D. _____ a dès lors maintenu les conclusions du rapport d'examen SMR du 9 février 2010. Dans un avis du 18 mai 2011, le Dr W. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin au SMR, a retenu qu'il convenait de se référer au rapport d'expertise neurologique du Dr B. _____, le Dr X. _____ reconnaissant implicitement que le problème était d'ordre neurologique et non ophtalmologique. Le Dr W. _____ a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise du Dr B. _____ et a conclu à l'absence de limitation fonctionnelle significative dans l'activité habituelle de l'assuré. Par courrier du 25 mai 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il maintenait sa position et a confirmé son projet de décision du 16 février 2010 par décision du même jour. C. Par acte du 29 juin 2011, S. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 25 mai 2011, concluant, sous suite de frais et dépens, à la réformation de la décision querellée en ce sens qu'une rente de l'assurance-invalidité lui est octroyée à compter de janvier 2003. Il s'en remet à justice pour la fixation du taux d'invalidité. Pour l'essentiel, il fait valoir que l'appréciation médicale du Dr X. _____, consistant à retenir un effet incapacitant des migraines, prime sur celle du Dr B. _____. Il requiert en outre un complément d'instruction sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le 13 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a soutenu que les appréciations des deux experts ne s'opposaient pas, mais se complétaient. Il considérait en outre que l'instruction médicale était adéquate pour se déterminer sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Par écriture du 11 octobre 2011, le recourant a confirmé ses conclusions. Dans leurs courriers des 11

octobre 2011, 17 décembre 2012, et 18 février 2013, les parties ont maintenu leurs positions. Le 26 février 2013, le Tribunal a informé les parties du fait que la cause paraissait suffisamment instruite et que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu. En droit : 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité. 3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - 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 (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let.c). 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 pour un taux d'invalidité de 70% au moins. L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. b) 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 et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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. c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni

son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. a) S'agissant de la date de l'ouverture du droit à la rente, il y a lieu de constater que celle-ci n'entre en considération qu'à compter du 1^{er} août 2009, étant donné la date à laquelle est intervenu le dépôt de la demande, à savoir le 17 février 2009 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). b) Cela étant, il convient d'évaluer l'incapacité de travail du recourant pour la période concernée. Pour se prononcer, l'intimé a considéré que le recourant présentait une capacité de travail entière tant dans son activité que dans une activité adaptée, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr B._____. Le recourant, pour sa part, conteste cette appréciation, en se référant notamment aux rapports médicaux de ses médecins traitants. S'agissant des troubles ophtalmologiques, le Dr X._____ a retenu, dans son rapport du 1^{er} juillet 2003, que le recourant présentait une maculopathie cicatricielle bilatérale, plus marquée à l'œil droit qu'à l'œil gauche, secondaire à une chorioretinopathie séreuse centrale. Cette atteinte était responsable d'une très légère diminution de l'acuité visuelle à l'œil droit ainsi que de métamorphopsies modérées de l'œil droit. De l'avis du Dr X._____, ce trouble ophtalmologique n'était pas de nature à entraver de manière significative l'exercice de son activité habituelle à temps plein, ce qui n'a d'ailleurs fait l'objet d'aucune contestation de la part du recourant. En outre, aucun autre document médical au dossier ne permet de conclure à une appréciation différente.

Concernant les maux de tête, il convient de rappeler que le Dr X._____, ophtalmologue, a notamment constaté, en 2003, qu'ils présentaient un caractère invalidant pour le recourant et préconisait dès lors la mise en place d'un traitement de fond à discuter avec le neurologue traitant. En 2004, les médecins du Centre F._____ parvenaient à des conclusions opposées, à savoir l'absence d'effet incapacitant des maux de tête, raison pour laquelle le Tribunal fédéral a ordonné la mise en œuvre d'une nouvelle expertise dans son arrêt du 21 septembre 2007. Le Dr B._____, spécialiste en neurologie, a été mandaté à cette fin, puisque les migraines ophtalmiques dont se plaint le recourant relèvent du domaine neurologique et non ophtalmologique. Au sujet de son rapport d'expertise du 12 janvier 2010, le recourant soutient que le Dr B._____ ne s'est pas prononcé sur l'effet incapacitant des maux de tête, se limitant à examiner la question spécifique du lien de

causalité dans le cadre de la procédure en assurance-accidents. Or, il apparaît que le Dr B. _____ ne s'est pas limité à exclure un lien de causalité naturelle avec l'accident. En effet, il a envisagé divers diagnostics et considéré que celui de migraines avec aura typique n'était pas le plus probable, en motivant clairement son avis. Cet expert a relevé qu'il existait de nombreuses atypies dans les plaintes formulées par l'assuré: le caractère chronique et extrêmement fréquent des accès depuis huit ans, l'absence d'effet des traitements tentés, le fait qu'il s'agissait toujours de migraines avec aura et que les troubles visuels étaient systématiquement monoculaires droits. Il notait également que la très grande majorité des patients qui souffraient de migraines chroniques et invalidantes, avaient une thymie abaissée et se présentaient comme des personnes lasses et épuisées par leur symptomatologie, ce qui n'était manifestement pas le cas du recourant. Cela étant, le Dr B. _____ a envisagé d'autres diagnostics tels que céphalées post-traumatiques ou syndrome post-commotionnel, d'une part, et céphalées de tension ou céphalées psychogènes, d'autre part, qui permettaient d'expliquer tout au plus une partie des plaintes de l'assuré. Ce médecin a considéré que ces diagnostics ne pouvaient pas expliquer l'importance de ces plaintes et ne devraient pas entraîner d'incapacité de travail significative dans une activité de type directeur commercial, en l'absence de pathologie psychiatrique sous-jacente. Ces constatations rejoignent, pour l'essentiel, celles des médecins du Centre F. _____ et du Dr M. _____. Enfin, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise du Dr B. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, ce rapport a été établi en connaissance du dossier médical et de l'anamnèse. Les plaintes exprimées par le recourant et les constatations cliniques ont été dûment décrites, les conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Il n'y a ainsi aucune raison de s'en écarter. Quant aux certificats médicaux des Dr K. _____ et Z. _____ produits par le recourant à l'appui de son opposition du 16 juin 2010, ils ne sont pas de nature à mettre en doute les constatations du Dr B. _____. En effet, ces médecins n'apportent aucun élément médical qui n'était pas déjà connu et qui n'aurait pas été pris en compte par le Dr B. _____ dans son appréciation médicale. Le Dr K. _____ s'est limité à prolonger un arrêt de travail sans autres explications et la Dresse Z. _____ n'a fait que mentionner la fréquence élevée des migraines présentées par le recourant. Dans ces circonstances, il convient de constater que le recourant présente bien une capacité de travail entière tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, de sorte que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en lui refusant le droit à la rente. 5. Le recourant requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Dans la mesure où le dossier est complet, et qu'il permet ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 6. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. 7. a) 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 de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe

(art. 49 al. 1 LPA-VD). b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 25 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Joël Crettaz (pour S. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.