

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 avril 2013

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : MM. Bidiville et Monod
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z. _____, à Montreux, recourant,

et

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

Art. 6 ss, 43 et 44 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1967, ressortissant marocain, a déposé une demande de prestations sous la forme d'une orientation professionnelle, le 7 octobre 2005. Il a travaillé en qualité de gérant d'un magasin G._____ du 2 avril 1991 au 5 octobre 2004, son contrat de travail ayant pris fin le 31 juillet 2005.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, le dossier de l'assureur perte de gain (D._____) de l'assuré a été produit. Il en ressort notamment les pièces médicales suivantes;

- Un rapport médical du 15 novembre 2004 du Dr J._____, médecin généraliste traitant, qui a posé les diagnostics de douleurs lombaires sur double hernie discale et d'état anxio-dépressif. Elle évaluait l'incapacité de travail à 100 % dès le 6 octobre 2004, pour une durée indéterminée.

- Un consilium psychiatrique du 24 juin 2005 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, établi à la suite d'un examen pratiqué le 23 juin 2005, au terme duquel il a posé les diagnostics suivants:

- Episode dépressif sévère en rémission partielle
- Trouble anxieux à spécifier une fois que la dépression se sera amendée
- Probables traits de personnalité pathologique (éléments narcissiques et borderline), là encore à vérifier une fois que la crise et la dépression actuelle seront dépassées.

Ce médecin se prononçait en faveur d'une reprise partielle de travail dans les semaines à venir (au plus dans les deux mois), l'assuré présentant une incapacité de travail à 100 % dans l'intervalle. Plus précisément, il a conclu en ces termes: "Pour le moment, la persistance d'un syndrome dépressif et anxieux relativement important justifie l'incapacité de travail pour quelques semaines encore. On devrait pouvoir envisager une reprise à 50% dans un délai de deux mois au plus, puis à 100% un à trois mois plus tard. La présence de traits pathologiques de la

personnalité contribue à la sévérité de la réaction dépressive, mais elle aggrave aussi le risque de comportements régressés qui pourraient être favorisés par la prolongation de l'arrêt de travail".

Dans un rapport médical adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) du 10 janvier 2006, le Dr J._____ a retenu les diagnostics suivants: douleurs lombaires et lombosciatique droite persistante (malgré une hémilaminectomie L4-L5-L5-S1 droite), discectomie L4-L5 pour cure de hernie discale et sténose du recessus en 2001, état anxio-dépressif majeur dû à son licenciement secondaire à un problème lombaire, état anxio-dépressif majeur avec tentative de suicide par ingestion de médicaments et d'alcool dans le contexte d'une procédure de licenciement et de divorce. Le médecin traitant était d'avis que son patient présentait une incapacité de travail de 100 % de durée indéterminée depuis le 6 octobre 2004, avec une amélioration progressive de son état de santé. Compte tenu de l'amélioration de son état physique et psychologique, il devait pouvoir bénéficier de mesures professionnelles, dans la mesure où il était limité dans le port de charges et devait trouver une activité permettant les positions alternées.

Selon un rapport médical du 1^{er} mars 2006 à l'OAI, le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble de la personnalité avec traits narcissiques et abandonniques (F 60.8), d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et de hernie discale. Cette spécialiste décrivait un état de santé stationnaire sans évolution véritable concernant la capacité de travail et indiquait qu'un traitement psychiatrique pouvait permettre une reconstruction narcissique susceptible de permettre une récupération, au moins partielle, de la capacité de travail. Le Dr A._____ précisait que la reprise par l'assuré d'un travail de bureau avec des responsabilités pouvait être bénéfique mais qu'il était très difficile d'en préciser le pourcentage compte tenu de l'extrême labilité de son humeur et l'instabilité de son équilibre très influencé par des facteurs externes. En l'état, les symptômes

psychiques étaient trop fortement entremêlés et changeants pour permettre de préciser le degré d'incapacité de travail. Cette spécialiste avouait l'impossibilité de savoir dans quelle mesure une activité de bureau adaptée pouvait être exigée, ce point devant selon elle alors faire l'objet d'un test dans la réalité.

Dans un rapport d'examen du Service Médical Régional (SMR) de l'AI du 23 novembre 2006, le Dr V. _____ a retenu en tant qu'atteinte principale à la santé un status post-cure de hernie discale avec lombalgies chroniques. Il s'est exprimé comme il suit sur les pièces médicales figurant au dossier:

"[...]

Le Dr J. _____ a examiné l'assuré la dernière fois en décembre 2005. Il estime que l'assuré était en incapacité de travail à 100% dès le 06/10/2004 et que son état de santé s'est amélioré progressivement depuis. Il mentionne «Toutefois, dans ce contexte, le patient est licencié ce qui le pousse dans un état anxiodépressif majeur ayant arrêté en arrêt de travail jusqu'à ce jour». Pour le Dr J. _____ c'est l'état dépressif qui a justifié l'arrêt de travail dès la convalescence post-chirurgicale écoulée.

Le Dr X. _____ écrit le 24 juin 2005 que l'état dépressif justifie une incapacité de travail et que la reprise est envisageable «Dans un délai de deux mois au plus». La capacité de travail était donc entière dès le 25 août 2005.

Suite au traitement chirurgical de la hernie discale il convient [de retenir] que le poste de travail de l'assuré respecte les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, possibilité d'alterner les positions assise et debout chaque heure.

L'assuré étant gérant d'un magasin G. _____ avec 17 collaborateurs, sa tâche ne comprenait pas de manipulation de charges.

Dans l'activité habituelle la capacité de travail est entière dès le 25 août 2005."

Par projet de décision du 7 décembre 2006, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR et a refusé d'octroyer des mesures professionnelles. Il était d'avis que l'état de santé physique et psychiatrique de l'assuré ne contre-indiquait pas la poursuite de son activité professionnelle habituelle de gérant d'un magasin avec plusieurs collaborateurs sous ses ordres, dite activité n'impliquant pas la manipulation de charges lourdes et privilégiant

l'alternance des positions. L'assuré bénéficiait ainsi d'une capacité de travail entière dès le mois de mai 2005, soit postérieurement à sa convalescence post-chirurgicale.

Le 4 janvier 2007, l'assuré a fait part à l'OAI de ses observations sur le projet de décision précité. Il exposait d'une part que son activité de gérant de petites surfaces commerciales nécessitait un travail physique et, d'autre part, que n'ayant ni diplôme ni certificat il lui serait impossible de retrouver un poste de gérant dans le commerce de la vente en détails. Il demandait ainsi une aide pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé.

Dans un rapport médical du 26 janvier 2007, le Dr J. _____ a souligné qu'en raison d'un problème de hernie discale, son patient ne pouvait pas effectuer n'importe quel travail, de sorte qu'il était important qu'il puisse effectuer une réinsertion plutôt que de rester ad æternam à la charge des instances sociales. L'octroi d'une telle mesure se justifiait car l'assuré ne bénéficiait d'aucune formation et ne pouvait par conséquent retrouver une place de gérant.

A la suite d'un stage du 13 mai au 6 juin 2008 aux Etablissements Publics pour l'Intégration (EPI) à Genève, il ressort ce qui suit d'un rapport d'évaluation du 14 juillet 2008:

"La mesure d'orientation professionnelle de M. Z. _____ a été interrompue le 6 juillet 2008 pour la mise en place d'un projet professionnel.

Les capacités physiques, le cursus professionnel ainsi que les capacités d'adaptation nous ont conduit à centrer nos recherches dans le secteur tertiaire. Le comportement et l'engagement de M. Z. _____ ont été bons durant la mesure, il a participé activement à la recherche d'une solution.

Les orientations retenues en fin de mandat sont:

- Comptabilité;
- Gestion d'entreprise;
- Formation d'adulte, management.

M. Z. _____ a pris contact avec l'Ecole Lémania (Lausanne) et s'est renseigné sur le diplôme de gestion d'entreprise. Le programme de

formation est intéressant et le marché de l'emploi devrait être porteur.

Après avoir contacté l'OAI, nous proposons que M. Z. _____ soit mis au bénéfice d'un mandat de formation. La formation débuterait le 4 août 2008 par un cours de perfectionnement en langue anglaise, la formation de gestion en entreprise débuterait quant à elle le 20 octobre 2008. Les EPI n'assumeront pas le suivi de la mesure.

Par conséquent, nous sortons comme convenu M. Z. _____ de nos effectifs en date du 6 juillet 2008."

Les responsables des EPI ont observé que les capacités de l'assuré étaient compatibles avec un emploi où il pouvait alterner les positions, à plein temps et avec un rendement de 80% dans le circuit économique normal.

La formation entreprise par l'assuré auprès de l'école Lémania a finalement débouché sur l'obtention, le 27 mars 2009, d'un diplôme de commerce option gestion d'entreprise. A la suite de nombreuses recherches d'emplois restées infructueuses, le 10 mars 2011, l'OAI a accordé une aide au placement à l'assuré.

Par communication du 6 juillet 2011, l'OAI a constaté la réussite des mesures professionnelles entreprises, étant précisé que l'objectif de l'assuré était de trouver un poste adapté (dans la gestion commerciale) lui permettant de réaliser un revenu excluant le droit à la rente.

Le 14 juillet 2011, l'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations sous la forme d'une rente. Il mentionnait une aggravation de son état de santé mise en évidence à la suite d'un examen médical pratiqué le 6 juillet 2011 par son médecin traitant. Il précisait avoir toujours présenté une incapacité de travail physique entravant toute activité de bureau assis ou debout.

Dans un rapport médical du 18 juillet 2011, le Dr J. _____ a fait état d'une aggravation des douleurs au niveau lombaire avec blocage lombaire fréquent lorsque le patient commençait à marcher. Elle indiquait

en outre que son patient était toujours extrêmement déprimé. Elle estimait qu'au vu de sa fragilité psychique et physique, il ne subsistait qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée justifiant le droit à une demi-rente AI, ce qui lui permettrait de travailler dans un avenir proche.

Au terme d'un avis médical SMR du 2 août 2011, le Dr V. _____ s'est prononcé en ces termes sur le dossier médical de l'assuré:

"Les troubles dégénératifs rachidiens sont connus de longue date et pris en compte dans notre appréciation de 2006.

Les problèmes psychiques ont été appréciés par le Dr X. _____ dans son rapport pour D. _____.

Ces problèmes n'ont pas entravé la formation de l'assuré sur plusieurs années visant un DES [diplôme d'études supérieures].

Le rapport du Dr J. _____ du 18 juillet 2011 ne met pas en évidence une aggravation durable des problèmes de santé de l'assuré."

Par décision du 12 août 2011, l'OAI a observé que l'assuré avait achevé sa réadaptation professionnelle et disposait ainsi de la possibilité de réaliser un revenu en 2011 d'approximativement 82'500 fr. qui excluait le droit à la rente.

B. Par acte du 31 août 2011, Z. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à l'octroi d'une rente d'au minimum 50 %, d'une aide au placement ainsi qu'au réexamen de son dossier par un médecin non psychiatre. Il indique une aggravation de son état de santé sur le plan somatique «Maladie du dos» et précise ne plus pouvoir porter de charges supérieures à 2 kilos par bras, ne pas pouvoir rester assis plus d'une heure et nécessiter une alternance des positions. Il soutient qu'il ne lui est pas possible de tenir une journée entière dans un bureau. Il a produit une attestation médicale du 3 avril 2007 du Dr J. _____ dont il ressort en particulier ce qui suit en lien avec l'état de santé somatique du recourant:

"[...]

Depuis le 06.10.04, le patient n'a plus pu travailler et ne peut toujours pas travailler actuellement pour les raisons suivantes:

D'abord le 06.10.04, lombo-sciatique aiguë sur hernie discale L5-S1 majeure avec compression radiculaire ayant entraîné un arrêt de travail comme gérant, le patient devant soulever des charges régulièrement.

Cet état est rapidement associé à un état anxio-dépressif majeur avec idées suicidaires, ceci étant secondaire aux problèmes professionnels mais aussi à un problème de couple et une procédure de divorce. Ceci amènera Monsieur Z._____ à un tel point dépressif, qu'il fait un tentamen en mars 2005.

Depuis, l'état du patient est stable mais il est toujours impossible pour lui de travailler, principalement pour le problème lombo-sciatique de hernie discale mais aussi pour le problème dépressif qui pourtant s'améliore très lentement avec de nombreuses rechutes.

A noter que l'état dépressif du patient [ne présente] aucun danger concernant la garde des enfants puisqu'il est actuellement stable et sous TTT. [...]"

Dans sa réponse du 1^{er} novembre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours. Il considère que l'instruction médicale du dossier de l'assuré a été menée à satisfaction. Il précise que sa décision se fonde sur le consilium psychiatrique du 24 juin 2005 du Dr X._____ ainsi que sur l'avis du Dr J._____ du 10 janvier 2006.

Par réplique du 12 novembre 2011, le recourant modifie les conclusions de son recours et requiert, à titre principal, un complément d'instruction sous la forme d'un examen médical complémentaire. Il répète que son incapacité de travail se justifie par des problèmes dorsaux (lombo-sciatique aiguë sur hernie discale L5-S1 majeure avec compression radiculaire).

Dans sa duplique du 22 décembre 2011, l'OAI informe qu'il n'a pas de nouveau commentaire à ajouter et maintient dès lors sa position.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du

6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) compte tenu des fêtes estivales 2012 (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Il respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

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

b) Le litige porte en l'espèce, sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail. Il importe d'examiner si le recourant bénéficie d'une capacité de travail entière ou si, comme il le soutient, d'une capacité de travail réduite nonobstant les mesures de réadaptation octroyées.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA,

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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40 % minimum (art. 28 al. 1 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1,

8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2).

La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) Selon le principe de la 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 qu'elle 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).

4. a) Sur le plan psychiatrique, on dispose au dossier des rapports médicaux du Dr X._____, psychiatre, de juin 2005 qui fait état d'une symptomatologie dépressive sévère (en voie d'amélioration) et de traits de personnalité pathologiques, notamment narcissiques et borderline. En janvier 2006, le Dr J._____, (médecin traitant), relève un état anxio-dépressif majeur avec tentative de suicide. A l'instar du Dr X._____, elle observe alors une amélioration progressive de l'état de santé, sans pour autant se prononcer avec certitude sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant. Dans un rapport du 1^{er} mars 2006, le Dr A._____, psychiatre, rejoint l'avis du médecin traitant en ce sens qu'elle avoue se trouver dans l'impossibilité de déterminer avec précision la capacité de travail du recourant. Cette spécialiste pose les diagnostics invalidants de personnalité avec traits narcissiques et abandonniques (F 60.8) et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 60.8). Elle précise que les symptômes psychiques sont trop fortement entremêlés et changeants pour pouvoir préciser le degré d'incapacité de travail et indique qu'un traitement psychiatrique à long terme est indispensable pour permettre, à tout le moins en partie, une amélioration de la capacité de travail du recourant dans son domaine d'activité.

Le rapport médical du 18 juillet 2011 du Dr J._____ produit par le recourant dans le cadre de sa nouvelle demande du 14 juillet 2011 se limite, sur le plan psychiatrique, à faire état d'un patient "toujours déprimé" ayant souvent effectué des tentamens par le passé, sans plus amples et précises indications.

A l'aune de ces éléments, on observe que même si le rapport médical du Dr J._____ de juillet 2011 s'avère relativement succinct s'agissant de l'aspect psychiatrique en lien avec l'aggravation de l'état de santé annoncé, il n'en demeure pas moins que les éléments sur lesquels se fonde l'OAI - respectivement les médecins du SMR - pour affirmer que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans sa dernière activité professionnelle sont relativement anciens puisqu'ils datent de 2005 et 2006. Dans la mesure où d'une part, une période de cinq à six ans

sépare ces pièces médicales du rapport du Dr J._____ du 18 juillet 2011 et que, d'autre part, le rapport d'une spécialiste (le Dr A._____) du 1^{er} mars 2006 mentionne un trouble de la personnalité instable ne permettant alors pas de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle du recourant, il n'est pas envisageable de se fonder exclusivement sur l'appréciation du Dr X._____ du mois de juillet 2005 pour pouvoir se positionner sans équivoque en l'espèce, ceci à plus forte raison encore que ce médecin réservait déjà l'évaluation ultérieure d'un trouble anxieux, ainsi que d'un trouble de la personnalité pathologique, une fois la dépression amendée. Il existait ainsi, déjà en 2005 et 2006, une incertitude sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle en regard de l'atteinte psychiatrique affectant l'assuré, dont certains troubles devaient encore faire l'objet d'une évaluation. On ne sait en particulier pas comment ces différents troubles encore à évaluer sont susceptibles d'influencer la capacité de travail du recourant, pas plus que l'on ne dispose d'une évaluation récente et fiable de sa capacité de travail. Dans ces circonstances, l'OAI ne pouvait faire l'économie de mesures d'instruction complémentaires afin de réévaluer, en juillet 2011, l'état de santé psychiatrique du recourant par le biais d'une expertise psychiatrique ou, à tout le moins, par la réalisation d'un examen psychiatrique au sein de son service médical.

b) Sur le plan somatique, le Dr J._____ atteste une aggravation de l'état de santé de son patient en juillet 2011. Elle indique en 2007 que le problème lombo-sciatique de hernie discale entrave toute possibilité pour le recourant de reprise d'une activité professionnelle (cf. attestation médicale établie le 3 avril 2007). Elle précise encore, dans son rapport médical du 18 juillet 2011, que l'aggravation en question se traduit par de fréquents blocages lombaires lorsque le recourant se met en mouvements. L'office AI, suivant en ce sens l'avis du SMR, considère pour sa part que le médecin traitant n'a pas mis en évidence une aggravation durable des problèmes de santé du recourant.

A lecture du dossier, on doit reconnaître que l'on ne dispose que d'éléments succincts sous forme de l'appréciation, au demeurant peu

précise, d'un médecin généraliste traitant quant à une éventuelle aggravation de l'état de santé somatique du recourant. A cet égard, force est de constater qu'excepté dans le rapport d'évaluation des EPI, dont les responsables (non médecins) ont observé des possibilités pour le recourant de travailler à plein temps avec un rendement réduit, aucun médecin ne s'est clairement prononcé sur l'incidence des problèmes de hernie discale sur la capacité de travail du recourant. L'avis médical du SMR du 2 août 2011 ne tient en outre nullement compte d'une probable évolution de l'état de santé entre 2006 et 2011. Le Dr V._____ affirme par ailleurs que ces problèmes n'ont pas entravé la formation visant un DES alors que la décision du 12 août 2011 fait état d'un certain nombre de cours à rattraper avant d'obtenir le diplôme. On ne sait finalement pas si l'assuré a pu mener à terme sa formation compte tenu de ses nombreuses absences médicalement attestées durant les derniers temps de ses études, on voit mal que l'on puisse faire l'économie d'un examen pratiqué par un spécialiste (rhumatologue ou neurologue) avant de pouvoir statuer avec certitude sur l'existence ou non d'une récente péjoration de l'état de santé somatique du recourant.

5. a) 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 qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité 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 oeuvre 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 lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

b) En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 4), l'instruction menée par l'intimé sur les plans psychiatrique et somatique (rhumatologique) se fonde sur des rapports médicaux anciens dont les conclusions ne sont plus forcément à jour compte tenu du rapport du Dr J._____ de juillet 2011 et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. Il ressort également du dossier que les derniers temps de formation ont été ponctués de périodes d'incapacité de travail et l'on ne sait même pas si le diplôme que visait l'assuré a été obtenu.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) (art. 44 LPGGA) – ou à tout le moins un examen au SMR – qui devra notamment porter sur l'aspect d'un nouvel épisode dépressif et sur l'incidence du trouble anxieux et du trouble de la personnalité diagnostiqué ainsi que sur leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant. Il s'agira également d'évaluer l'incidence des problèmes de hernie et des problèmes lombaires sur la capacité de travail résiduelle.

6. Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de

la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

b) Dans la mesure où le recourant n'a pas recouru aux services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, il ne peut prétendre à des dépens, quand bien même il obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 12 août 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Z. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :