

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2015

Composition : M. NEU, président
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

B._____, à R._____, recourant, représenté par Me Gilles Monnier,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 LAI

E n f a i t :

A. Originaire de Macédoine, B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1988, célibataire, a acquis la nationalité suisse par voie de naturalisation le 26 mars 2001.

Lors d'une rixe, le 1^{er} juillet 2004, l'assuré a reçu un coup de poing dans l'œil droit, ayant entraîné une plaie perforante cornéenne avec incarceration irienne et expulsion du cristallin. Il a immédiatement subi une révision et suture de la plaie, puis a bénéficié d'une prise en charge avec adaptation de lentilles de contact qu'il n'a toutefois pas tolérées.

Sans formation professionnelle, il a travaillé de novembre 2006 à octobre 2008 en tant que vendeur, puis a émargé à l'assurance-chômage de novembre 2008 à novembre 2010. Il n'a pas retravaillé depuis lors.

En date du 31 mai 2010, B._____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) une demande de prestations AI faisant état d'un traumatisme oculaire sévère en cours de traitement.

Dans un rapport du 22 juin 2010 à l'office AI, les médecins de l'Hôpital ophtalmique H._____ ont considéré que la capacité de travail de l'assuré était totale dans l'activité de vendeur. Il fallait toutefois compter avec une diminution de rendement en raison de la fatigabilité oculaire.

Par décision du 11 avril 2011, l'office AI a dénié le droit de l'assuré à toutes prestations en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. Il n'y avait en outre pas de préjudice économique car l'assuré était en mesure de mettre en œuvre une pleine capacité de travail et de gain, notamment dans l'activité qu'il exerçait avant de tomber au chômage.

Statuant le 3 octobre 2011 (cause n° AI 145/11 - 442/2011), la Cour de céans a admis le recours formé par B._____ contre cette décision. L'administration avait convenu en cours de procédure que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé ce qui justifiait de poursuivre l'instruction sur le plan médical. En conséquence, la Cour de céans a annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

B. Reprenant l'instruction de la cause, l'office AI a recueilli divers renseignements d'ordre médical. Il a également demandé la production du dossier de l'assurance-chômage et de l'assurance-accidents.

Dans un rapport du 22 décembre 2011, le Dr J._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmologue traitant, a expliqué que le 16 novembre 2010, l'assuré avait bénéficié de la mise en place d'un implant secondaire, avec vitrectomie. Dans un premier temps, l'évolution avait été favorable avant de se dégrader par la suite, nécessitant une explantation le 14 avril 2011. Selon le Dr J._____, l'incapacité de travail était totale du 16 novembre 2010 au 30 avril 2011.

Le 15 février 2012, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui allouer une rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2011 au 31 mars 2012. Après avoir rappelé que l'intéressé avait bénéficié de différents traitements, notamment une vitrectomie à la suite de l'atteinte subie à son œil droit en 2004, il a considéré que son acuité visuelle s'était améliorée grâce à cette intervention. Néanmoins, les complications survenues justifiaient de retenir une incapacité de travail et de gain totale de novembre 2010 au 22 décembre 2011 (date du rapport du Dr J._____). Dès cette date, au plus tard, la capacité de travail et de gain de l'assuré était entière dans son activité habituelle d'employé de commerce de détail. En conséquence, le droit à une rente entière d'invalidité était reconnu du 1^{er} novembre 2011 (soit à l'échéance du délai de carence d'une année) au 31 mars 2012 (la rente étant supprimée trois mois après l'amélioration constatée).

L'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet en date du 5 mars 2012, complétées le 14 mai suivant. Il a fait état de nouvelles complications survenues postérieurement au mois de décembre 2011 ayant nécessité la mise en place d'une kératoprothèse en mars 2012. En outre, la présence de douleurs chroniques à l'œil atteint limiterait l'exercice soutenu d'une activité lucrative (cf. rapport du Dr J. _____ du 2 mai 2012 joint en annexe). A cela s'ajoute l'aspect inesthétique présenté par cet organe, remettant selon lui en question l'exigibilité de l'activité de vendeur. Il a par ailleurs indiqué faire l'objet d'un suivi psychiatrique depuis le mois de juillet 2011 pour un épisode dépressif sévère. De l'avis des psychiatres traitants, dont le rapport du 3 mai 2012 était annexé, les limitations fonctionnelles (troubles importants de la concentration et de la mémoire, anxiété massive, thymie triste, baisse de l'élan vital et retrait social majeur) excluaient toute capacité de travail dans n'importe quelle activité. L'assuré a en conséquence demandé l'annulation du projet de décision du 15 février 2012, lequel ne correspondrait plus selon lui à son état de santé actuel.

Prenant position sur les pièces médicales au dossier dans un avis du 1^{er} juin 2012, le Dr L. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) et spécialiste en médecine interne générale, a demandé la production de documents médicaux rendant compte du suivi psychiatrique et ophtalmologique depuis janvier, respectivement mars 2012.

Une fois en possession des renseignements requis, le Dr L. _____ s'est déterminé dans un avis du 5 novembre 2012. Sur le plan ophtalmologique, il a constaté que le rapport du Dr J. _____ du 12 juillet 2012 ne contredisait pas sa propre appréciation. En revanche, il a relevé que les rapports fournis par les psychiatres traitants de l'assuré ne comportaient pas de diagnostic au sens d'une classification internationale, alors même qu'un trouble de l'humeur ne semblait pas douteux. En outre, les limitations fonctionnelles psychiques n'étaient pas détaillées et la capacité de travail dans l'activité habituelle ou une activité adaptée à ces

limitations n'était pas appréciée. Le Dr L._____ a en conséquence demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès de la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Mandatée en date du 4 décembre 2012 par l'office AI, la Dresse G._____ a déposé son rapport le 2 mars 2013. Au terme de son examen, elle a observé de nombreuses discordances entre le discours « dépressif » de l'assuré, son attitude dans le cabinet et au laboratoire. Par ailleurs, contrairement aux allégations de l'assuré, elle n'a pas objectivé des troubles de la mémoire et de l'attention. Elle en a déduit que l'intéressé adoptait manifestement un comportement d'invalidé, ce qui rendait toute mesure de placement ou de réadaptation illusoire. Elle a ainsi conclu à l'absence de trouble psychique et à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement.

Par décision du 27 mai 2013, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2011 au 31 mars 2012 avec une motivation identique à celle contenue dans son projet du 15 février 2012, à l'exception d'un éventuel soutien du service de placement.

C. Par acte du 26 juin 2013, B._____ a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision. Avec suite de frais et dépens, il conclut à titre principal à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} novembre 2011. Subsidiairement, il réclame le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il fait pour l'essentiel valoir que, contrairement à ce que prétend l'office AI, l'examen du dossier révèle qu'il ne dispose plus, tant du point de vue somatique que psychique, d'une capacité de travail résiduelle, que ce soit dans son ancienne activité ou dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il souligne en particulier que, postérieurement à l'avis du SMR du 1^{er} septembre 2011, les différents rapports du Dr J._____ relatent de graves complications successives dans l'évolution de son affection visuelle (multiples hospitalisations, greffe, implantation, explantation, prothèses, douleurs chroniques) ayant eu pour effet de prolonger son incapacité de travail. Il ajoute que les propos de ce médecin

sont dépourvus de toute ambiguïté lorsqu'il affirme que la capacité de travail est limitée du seul point de vue ophtalmologique, les troubles psychiques étant réservés. De l'avis du recourant, ces éléments empêchaient à eux seuls l'office AI de retenir qu'il présente une capacité de travail entière dans son ancienne activité. Sur le plan psychique, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse G._____, lui reprochant d'être incomplète et mal fondée. Elle ne tiendrait en outre pas compte de l'intégralité des points litigieux importants et ne reposerait pas sur un examen complet de son état de santé psychique. Sur la base des éléments au dossier, le recourant estime par conséquent qu'il n'est pas possible de retenir que son état de santé, respectivement ses conséquences sur sa capacité de gain, se serait amélioré au point qu'une suppression de rente se justifierait. A défaut de se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2011 sans limitation dans le temps, il demande le renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il complète l'instruction en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire ou, à tout le moins, psychiatrique.

Dans sa réponse du 29 août 2013, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives dans leurs écritures subséquentes.

D. **a)** Le 14 mai 2014, le magistrat instructeur, d'entente entre les parties, a confié au Centre d'expertises N._____, de la Policlinique X._____ le soin de procéder à une expertise bidisciplinaire ophtalmologique et psychiatrique. Déposé le 25 novembre 2014, le rapport était signé par les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il débutait par un rappel de l'énoncé du motif de l'expertise et par un résumé des principales pièces administratives et médicales au dossier (pp. 1-12), puis rendait compte de l'examen de médecine interne du 7 octobre 2014 comportant notamment une anamnèse circonstanciée et la description des plaintes de l'assuré (pp. 12-18), du consilium psychiatrique

du 28 octobre 2014 (pp. 18-24) et de la consultation d'ophtalmologie pratiquée par la Dresse W. _____ en date du 30 octobre 2014 (pp. 24-25). Le rapport se terminait par l'énoncé des diagnostics retenus, l'appréciation du cas et les réponses au questionnaire soumis aux experts (pp. 25-30). Il était par ailleurs précisé que les conclusions du rapport avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 11 novembre 2014, réunissant les Drs T. _____ et V. _____.

Au terme de leurs examens, les experts ont posé les diagnostics suivants :

« Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Douleurs oculaires droites en relation avec une phtyose progressive et lente de l'œil droit (H57.1) avec status après :
 - Rupture traumatique du globe oculaire droit le 01.07.2004
 - Mise en place d'un implant Artisan et vitrectomie en novembre 2010
 - Explantation de l'implant en raison de douleurs et sclérite répétée en avril 2011
 - Greffe cornéenne en juin 2011
 - Mise en place d'une kératoprothèse de Boston en mars 2012
- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2)
- Attaques de panique (F41.0)
- Etat de stress post traumatique probable (F43.1)
- Utilisation nocive pour la santé de différentes substances psychoactives (alcool, cannabis, psychodysléptiques) (F19.1)

« Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Cécité de l'œil droit (H54.4) »

Sous l'intitulé « appréciation du cas », les experts se sont exprimés en ces termes :

« Monsieur B. _____, 26 ans, marié, sans enfant, originaire de Macédoine, suisse depuis 2001, n'a pas de formation professionnelle et a travaillé comme vendeur jusqu'en septembre 2008 où il est au bénéfice de l'assurance-chômage.

Monsieur B. _____ est connu de l'Hôpital ophtalmique H. _____ depuis l'âge de 14 ans pour une dégénérescence cornéenne marginale de Terrien à l'œil droit. En juillet 2004, il reçoit un coup de poing sur cet œil fragilisé et présente une rupture traumatique du globe oculaire droit avec expulsion du cristallin. Il présente dès lors une importante diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit. Durant plusieurs années, il travaille comme vendeur et en 2010 l'Hôpital ophtalmique H. _____ lui propose une intervention secondaire à l'œil droit qui permettrait d'augmenter son acuité visuelle. Monsieur B. _____ espère dès lors pouvoir obtenir un permis de conducteur de poids lourds.

Le 16 novembre 2010, il bénéficie de la mise en place d'un implant Artisan au niveau de l'œil droit. Malheureusement l'évolution est défavorable avec douleurs intenses, inflammation oculaire et perte de l'acuité visuelle malgré plusieurs traitements et interventions. La dernière opération étant la mise en place d'une kératoprothèse à l'œil droit en mars 2012.

Sur le plan asséculo-logique, Monsieur B. _____ avait effectué une demande de prestations auprès de l'AI le 31 mai 2010, prestations refusées dans un premier temps par l'OAI le 11 avril 2011. L'ophtalmologue traitant, le Dr J. _____ retenant une incapacité de travail à 100% dans toute activité de novembre 2010 à fin décembre 2011, l'office AI décide en date du 15 février 2012 l'octroi d'une rente AI à 100% limitée dans le temps du 1^{er} novembre 2011 au 31 mars 2012. Monsieur B. _____ conteste cette décision signalant être suivi depuis le mois de juillet 2011 par la Policlinique psychiatrique F. _____, les psychiatres traitants retenant une incapacité de travail complète depuis le début de leur suivi à savoir juillet 2011. Une expertise psychiatrique est alors demandée par l'AI à la Dresse G. _____ qui dans son rapport du 2 mars 2013 ne retient aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et estime que cette dernière est complète dans toute activité. Le 27 mai 2013, l'Office AI confirme sa décision et le 27 juin 2013, Monsieur B. _____ adresse un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par l'intermédiaire de Me Gilles Monnier.

C'est dans ce contexte que la présente expertise est demandée.

Sur le plan ophtalmologique, depuis la pose de la kératoprothèse à l'œil droit le 15 mars 2012, Monsieur B. _____ n'a subi aucune autre intervention chirurgicale. En dehors d'une acuité visuelle de l'œil droit limitée aux mouvements des doigts, Monsieur B. _____ se plaint essentiellement de douleurs sévères, continues, lancinantes, quotidiennes, responsables d'insomnie et d'un important retentissement dans sa vie quotidienne. Monsieur B. _____ est aussi gêné par l'aspect esthétique de son œil.

A l'examen ophtalmologique, on retrouve actuellement une acuité visuelle mesurée aux mouvements de la main à l'œil droit et à

100% à l'oeil gauche. Le champ visuel droit retrouve de fortes altérations, mais est normal pour l'oeil gauche.

D'un point de vue strictement ophtalmologique, Monsieur B. _____ est donc monophtalme avec un oeil unique fonctionnel ce qui en tant que tel n'entraîne pas de diminution de la capacité de travail dans l'ancienne activité de vendeur sous réserve d'aménagements nécessaires. De ce point de vue, selon nos confrères ophtalmologues, la capacité de travail n'a pas diminué depuis la fin du mois de décembre 2011, où le Dr J. _____ évaluait la capacité de travail de complète.

Cette appréciation ne prend en compte que les limitations fonctionnelles liées à la diminution de l'acuité visuelle de l'oeil droit. En revanche, les douleurs ressenties et décrites par Monsieur B. _____ sont secondaires à la phtyse progressive et lente de l'oeil droit. Ces douleurs chroniques, bien réelles, sont susceptibles d'avoir d'importantes répercussions sur l'état psychique de l'assuré avec une baisse progressive de ses capacités adaptatives. Ainsi les douleurs qui trouvent une origine organique participent en tant que telles à une diminution de la capacité de travail de Monsieur B. _____.

Ceci nous amène à discuter les aspects psychiatriques qui font l'objet d'appréciations totalement contradictoires entre les avis formulés par les médecins traitants de la Polyclinique psychiatrique F. _____ et l'avis de la Dresse G. _____ dans son expertise de mars 2013. Monsieur B. _____ est suivi depuis le mois de juillet 2011 par la Fondation C. _____ (Polyclinique psychiatrique F. _____) suite à l'échec de l'intervention ophtalmologique. Les psychiatres traitants évoquent une symptomatologie dépressive majeure associée à des attaques de panique et un syndrome de stress post traumatique et retiennent une incapacité de travail complète. Par contre, la Dresse G. _____, en mars 2013, ne retient aucun diagnostic psychiatrique invalidant.

Actuellement, l'examen psychiatrique permet de retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. En effet, Monsieur B. _____ décrit une tristesse constante, une baisse de plaisir, une fatigabilité marquée, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une incapacité à se projeter dans le futur, des troubles du sommeil importants, des troubles de l'appétit ainsi que des troubles de la sphère sexuelle. A l'examen clinique, l'entretien est laborieux, avec un ralentissement psychomoteur manifeste. L'échelle psychométrique de dépression (échelle MADRS) situe l'expertisé avec un score supérieur à 30/60, dans la zone de dépression sévère.

Par ailleurs, nous retenons aussi le diagnostic d'attaques de panique comme les confrères de la Fondation C. _____. En effet, Monsieur B. _____ décrit de façon claire des attaques d'anxiété paroxystique qui atteignent leur intensité maximum en l'espace de 10 min avec un sentiment de mort imminente, des symptômes neurovégétatifs comme des fourmillements, des vertiges avec la crainte de survenue d'une nouvelle crise. Monsieur B. _____ a d'ailleurs présenté un tel épisode lors de l'entretien avec l'interniste dans la présente expertise. Précisons que nous n'avons aucune raison de remettre en doute les symptômes présentés par Monsieur B. _____ à ce moment.

Concernant un éventuel état de stress post traumatique, en reprenant l'anamnèse de façon détaillée, Monsieur B. _____ décrit

quelques flashbacks diurnes plutôt fugaces dans les semaines qui ont suivi son agression de 2004. Par contre à partir de 2011, après les interventions ophtalmologiques, une symptomatologie plus typique d'état de stress post traumatique est à nouveau décrite. L'échelle d'appréciation spécifique PCL-S de l'état de stress post traumatique donne un score de 55 au-dessus du seuil habituellement admis de 44 points. Ce score est proche de la moyenne des sujets présentant un état de stress post traumatique. Etant donné l'apparition différée de ce syndrome pour suivre la logique de la CIM-10 « *lorsque la survenue est différée de plus de 6 mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent pas être attribuées à un autre trouble* », l'appellation de « probable » sera donc associée à l'état de stress post traumatique que nous retenons chez l'expertisé.

Enfin comme dernier diagnostic psychiatrique, nous retenons encore une utilisation nocive pour la santé de différentes substances psychoactives, à savoir l'alcool, le cannabis et occasionnellement de l'ecstasy. Ces substances sont utilisées selon l'expertisé pour tenter de diminuer les douleurs et son irritabilité. Actuellement, nous n'avons pas de répercussion au niveau organique, en particulier au niveau hépatique, mais il y a toutefois lieu d'évoquer une utilisation nocive pour la santé, ce genre de consommation étant susceptible d'aggraver à la fois le syndrome dépressif et les altérations cognitives qui en découlent.

Il apparaît donc au terme de cette évaluation psychiatrique que nos conclusions divergent de l'appréciation de la Dresse G. _____ dans son expertise de mars 2013. Les raisons de cette divergence d'avis sont décrites en détail point par point dans le consilium de notre expert psychiatre, le Dr V. _____, auquel nous nous permettons de renvoyer le lecteur.

Par contre, notre évaluation clinique est tout à fait concordante avec l'avis formulé par les confrères de la Fondation C. _____ et nous n'avons pas de raison de nous en écarter.

Concernant les limitations fonctionnelles significatives sur le plan psychiatrique, nous relevons principalement une baisse des capacités de planification et de structuration des tâches, une forte diminution de sa flexibilité et de sa capacité d'adaptation. L'usage des compétences spécifiques s'en trouve donc fortement réduit. Sa capacité de jugement et de prise de décision est également abaissée de même que son endurance. Monsieur B. _____ se trouve particulièrement anxieux, dévalorisé, sa capacité de s'affirmer est également abaissée et il présente d'importants troubles relationnels au sein d'un groupe.

Sur le plan thérapeutique, Monsieur B. _____ a actuellement interrompu son suivi pour différentes raisons. D'une part il aurait mal vécu un changement de thérapeute, ce qui est fréquent dans le cadre des suivis institutionnels. Par ailleurs, il indique que les différentes médications psychotropes ne lui ont jamais apporté de bénéfice, raison pour laquelle son adhérence au traitement s'avère très faible. Sur le plan médico-théorique, au vu des atteintes psychiatriques sévères, Monsieur B. _____ pourrait cependant bénéficier de la reprise d'un suivi psychiatrique spécialisé. Il serait préférable qu'il puisse s'adresser à un psychiatre dans la pratique privée pour éviter des changements de thérapeutes et la question d'une prise en charge par hypnose, telle qu'avancée par l'expertisé, pourrait avoir du sens dans ce genre de situation.

Concernant la capacité de travail, il apparaît actuellement au vu des limitations fonctionnelles que Monsieur B._____ présente une incapacité de travail totale dans le circuit économique ouvert et ceci depuis le début de son suivi psychiatrique à savoir depuis juillet 2011. Le pronostic reste extrêmement réservé et même si une nouvelle prise en charge psychiatrique pouvait être remise en place, au vu de la chronicité des troubles, de l'absence d'amélioration initiale et lors de la prise en charge à la Fondation C._____, il est à craindre que ces mesures ne soient pas suffisantes pour permettre une amélioration significative de la capacité de travail.

En conclusion, il apparaît que la situation sur le plan strictement ophtalmologique n'a pas changé concernant la capacité de travail depuis le rapport du Dr J._____ du 22 décembre 2011. Sur le plan psychiatrique, l'état de santé de Monsieur B._____ n'a guère évolué depuis la prise en charge psychiatrique en juillet 2011 et nous rejoignons l'avis des psychiatres traitants à savoir que l'incapacité de travail est totale depuis lors. En ce sens, nos conclusions s'écartent de l'expertise de la Dresse G._____ de mars 2013. »

Le rapport se concluait par les réponses des experts aux questions qui leur étaient soumises :

« **A. Questions cliniques**

Voir l'expertise.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique: sur le plan ophtalmologique, vision monophthalme avec cécité de l'œil droit, pas de limitation dans l'activité préalablement exercée. Capacité de travail à 100%.

Au plan psychique et mental: limitations fonctionnelles significatives: état de dépendance important vis-à-vis de son épouse, diminution des capacités de planification et de structuration des tâches, importante diminution de sa flexibilité et de ses capacités d'adaptation, réduction de l'usage de ses compétences spécifiques, de sa capacité de jugement et de sa prise de décision de même que de son endurance. Anxiété, sentiment de dévalorisation, diminution de sa capacité de s'affirmer. Capacité de travail à 0% au plan psychique et mental.

Au plan social: difficultés du contact avec des tiers, difficultés d'évoluer au sein d'un groupe, les relations proches sont relativement préservées (avec son épouse et très rarement avec un ou deux amis).

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

- 2.1. *Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*
Incapacité de reprendre une activité de vendeur en raison des troubles psychiatriques.
- 2.2. *Description précise de la capacité résiduelle de travail*
Capacité de travail 0%.
- 2.3. *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure (heures par jour) ?*
Non.
- 2.4. *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*
Oui de 100%.
- 2.5. *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*
Incapacité de travail de 20% au moins depuis le 16.11.2010, date de la mise en place d'un implant secondaire Artisan.
- 2.6. *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*
Incapacité de travail à 100% depuis lors, tout d'abord pour raisons ophtalmologiques et depuis le mois de juillet 2011 essentiellement pour raisons psychiatriques.

- 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**
Non.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

- 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Non, en raison de la gravité des troubles psychiques, Monsieur B._____ n'est pas en mesure de bénéficier d'une réadaptation professionnelle.

- 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Non.

- 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?**

Non, aucune autre activité n'est possible en raison des troubles psychiatriques qui sont sévères. Le pronostic reste très réservé et il est à craindre que la mise en place de nouvelles mesures de prise en charge psychiatrique soit insuffisante pour permettre une amélioration significative de la capacité de travail. »

b) Le 27 novembre 2014, le rapport d'expertise judiciaire du Centre d'expertises N._____ du 25 novembre 2014 a été soumis aux parties avec un délai pour déposer leurs déterminations.

A son écriture du 15 décembre 2014, l'office AI a joint une copie de l'avis du SMR du 4 décembre 2014, dans lequel le Dr L._____ a écrit ce qui suit :

« Il s'agit d'un assuré de 26 ans qui a déposé une demande le 17 novembre 2011 se plaignant que des problèmes ophtalmiques entravaient son insertion dans l'économie.

Le rapport d'expertise judiciaire, psychiatrique et ophtalmique, daté du 25 novembre 2014 remet en doute le bien-fondé de l'expertise G._____.

L'expert psychiatre, le Dr V._____, expose sa position dans le paragraphe discussion de la page 21 à la page 24 et les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions de l'expertise G._____. Relevons aussi qu'un test MADRS a été réalisé et son résultat commenté de façon critique en page 22. De même les aptitudes psychiques ont été évaluées par un test mini- CIF-TAPP. L'expert fait donc reposer ses conclusions, sur l'étude du dossier, ses observations cliniques et le résultat des tests mis en place. Il s'agit là d'éléments médicaux pertinents qui nous étaient inconnus antérieurement.

Il s'agit d'une expertise judiciaire. Après une lecture attentive de ce travail et une relecture exhaustive de ce dossier, nous ne trouvons pas dans le cadre d'une expertise judiciaire de motif formel / raison nous permettant de remettre en cause les conclusions des experts. »

Plus particulièrement, l'office AI a constaté que les conclusions des experts posaient qu'au vu des limitations fonctionnelles de nature psychique significatives du recourant, celui-ci présentait une incapacité de travail totale dans le circuit économique ouvert et ce depuis juillet 2011, période marquée par le début de sa prise en charge psychiatrique.

De son côté, le recourant a relevé en date du 19 janvier 2015 que, compte tenu des conclusions résultant de l'instruction, auxquelles l'office intimé déclarait adhérer, il convenait d'admettre le recours et de faire droit à sa conclusion principale, en lui octroyant une rente entière

d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2011 et ce, sans limite dans le temps.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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.

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

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA 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 al. 1 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 (première phrase).

En vertu de 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, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

d) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, 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).

e) En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 et les références ; TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

4. En l'espèce, la situation de l'assuré n'étant pas clairement établie sur le plan médical au vu des avis médicaux divergents des

médecins traitants, d'une part, et de ceux du SMR ainsi que des experts mandatés par l'office AI, d'autre part, une expertise judiciaire bidisciplinaire ophtalmologique et psychiatrique a été mise en œuvre et confiée au Centre d'expertises N. _____ de la Policlinique X. _____.

a) Dans leur rapport du 25 novembre 2014, les experts retiennent que l'assuré présente une acuité visuelle mesurée aux mouvements de la main à l'œil droit et à 100% à l'œil gauche. Le champ visuel droit retrouve de fortes altérations, mais est normal pour l'œil gauche.

D'un point de vue strictement ophtalmologique, l'assuré est donc monophtalme avec un œil unique fonctionnel ce qui en tant que tel n'entraîne pas de diminution de la capacité de travail dans l'ancienne activité de vendeur sous réserve d'aménagements nécessaires. Aux yeux des experts, la capacité de travail n'a dès lors pas diminué depuis la fin du mois de décembre 2011, date à laquelle le Dr J. _____ avait considéré que la capacité de travail était complète après avoir admis une incapacité de travail de 100% du 16 novembre 2010 au 30 avril 2011 (cf. rapport du 22 décembre 2011). Cette appréciation ne prend toutefois en compte que les limitations fonctionnelles liées à la diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit et laisse de côté les douleurs oculaires décrites par l'assuré. Considérant que ces dernières s'inscrivent dans le contexte de la rupture traumatique du globe oculaire droit survenue le 1^{er} juillet 2004, les experts estiment qu'elles sont secondaires à la phtyose progressive et lente de l'œil atteint, si bien qu'elles influent sur la capacité de travail de l'assuré. Ces douleurs chroniques, bien réelles, sont susceptibles d'avoir d'importantes répercussions sur son état psychique avec une baisse progressive de ses capacités adaptatives. Ainsi, selon les experts, les douleurs, qui trouvent une origine organique, participent en tant que telles à une diminution de la capacité de travail de l'assuré en raison des troubles psychiatriques qu'elles induisent.

b) A cet égard, le Dr V. _____ retient l'existence d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), des attaques de

panique (F41.0), un probable état de stress post-traumatique (F43.1) ainsi qu'une utilisation nocive pour la santé de différentes substances psychoactives (alcool, cannabis, psychodélytiques) (F19.1). Ces atteintes entraînent des limitations fonctionnelles significatives sur le plan psychiatrique, principalement sous la forme d'une baisse des capacités de planification et de structuration des tâches, une forte diminution de la flexibilité et de la capacité d'adaptation. L'usage des compétences spécifiques s'en trouve donc fortement réduit. La capacité de jugement et de prise de décision est également abaissée de même que l'endurance. L'assuré se trouve particulièrement anxieux, dévalorisé, sa capacité de s'affirmer est également abaissée et il présente d'importants troubles relationnels au sein d'un groupe. Partant, les experts en déduisent une incapacité de travail totale dans le circuit économique ouvert depuis le début du suivi psychiatrique dont l'assuré fait l'objet, à savoir depuis le mois de juillet 2011.

c) De ce qui précède, les experts concluent que l'assuré présente une incapacité totale de travail dans toute activité à compter du 16 novembre 2010 pour des raisons ophtalmologiques d'abord, puis pour des raisons psychiatriques depuis le mois de juillet 2011.

d) Il convient encore de relever que le rapport d'expertise du 25 novembre 2014 du Centre d'expertises N._____ de la Policlinique X._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante (cf. consid. 3.e supra). Fruit d'une étude circonstanciée du cas, il rapporte les plaintes exprimées par la personne examinée, comporte l'anamnèse de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, il contient une appréciation claire de la situation médicale, laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Celles-ci peuvent donc être suivies. Elles ne sont au demeurant pas contestées par les parties.

5. a) Selon 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).

b) Dans le cas présent, on retiendra, à l'instar du Dr J._____, suivi en cela par les experts judiciaires, que le recourant présente une incapacité totale de travail depuis le 16 novembre 2010 pour des raisons ophtalmologiques. Toutefois, contrairement à ce que prétend l'ophtalmologue traitant dans son rapport du 22 décembre 2011, l'état de l'assuré ne s'est pas amélioré à la suite de l'explantation pratiquée le 14 avril 2011. Bien plutôt, des douleurs chroniques ont persisté depuis lors entraînant d'importantes répercussions sur le plan psychique, de telle sorte que, à compter du mois de juillet 2011, l'assuré a entrepris un suivi psychiatrique (cf. aussi rapport du Dr J._____ du 2 mai 2012). Les experts en déduisent que, depuis lors, l'incapacité totale de travail est imputable aux atteintes psychiatriques présentées par l'assuré. Il y a dès lors lieu d'admettre que l'incapacité totale de travail a perduré sans discontinuer depuis le mois de novembre 2010, plus précisément depuis le 16 novembre 2010, date de la mise en place d'un implant secondaire Artisan, avec vitrectomie. Cette date marque ainsi le début du délai de carence d'une année, lequel échoit par conséquent le 16 novembre 2011. Le droit à une rente entière d'invalidité prend donc naissance le 1^{er} novembre 2011.

6. En définitive, le recours doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision entreprise en ce sens que l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2011.

7. Il reste à statuer sur les frais et dépens de la cause (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, le recourant qui obtient gain de cause a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la

complexité du litige, de fixer à 3'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 27 mai 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B. _____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2011, sans limite dans le temps.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles Monnier, avocat (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 :