

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 janvier 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Dessaux, juge, et Dormond Béguelin, assesseur
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par Me Amandine Torrent, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 15, 17 et 18 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, a travaillé en qualité d'administrateur médical au S._____ (ci-après : le S._____), dans différents pays d'[...] entre 1991 et 1996, puis de 2004 à 2006. L'assuré dispose en outre d'un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce et de vendeur, ainsi que d'un diplôme de l'Ecole Hôtelière de [...]. Il parle cinq langues, soit le français, l'anglais, l'allemand, l'italien et l'espagnol. Selon son curriculum vitae, l'assuré a aussi été directeur régional d'une Fondation de 1994 à 1995 et s'est occupé de la location d'une maison d'hôtes.

L'assuré a été en incapacité de travail totale dès avril 2013.

Le 10 février 2014, L._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

B. Aux termes d'un rapport du 26 mars 2014 du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier P._____ (ci-après : le Centre hospitalier P._____), les diagnostics incapacitants de carcinome épidermoïde du haut pharynx, de status post évidemment ganglionnaire et exérèse trans-orale de la langue, d'infection VIH sous trithérapie et de status post perforation rectale avec péritonite ont été posés. Le rapport mentionnait encore que l'assuré gardait un état précaire au niveau de sa santé à la suite de plusieurs interventions majeures de la gorge, ainsi qu'une colostomie, mais qu'il y avait une stabilisation progressive.

Dans un rapport du 31 mars 2014, la Dresse J._____, spécialiste en médecine interne générale, a énuméré les différentes restrictions qu'elle avait constatées, soit des problèmes liés à la fatigue, la concentration et la mémoire. Elle a relevé une impossibilité de faire une tâche de manière prolongée et estimé que l'activité exercée auparavant n'était plus exigible. Dans un document annexe de la même date, la

Dresse J._____ a ajouté aux diagnostics incapacitants déjà mentionnés dans le rapport du 26 mars 2014 du Centre hospitalier P._____ une dysthymie dépressive réactionnelle apparue progressivement depuis l'été 2013.

Selon un rapport du 11 mai 2014, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a expliqué avoir été consulté pour une prise en charge de phytothérapie. Le médecin a indiqué qu'il n'y avait aucune restriction physique ou psychique et que l'assuré pouvait reprendre le travail exercé précédemment à 100 %.

Le dossier a été soumis au Dr R._____ du Service médical régional (ci-après : SMR), médecin praticien et spécialiste en médecine du travail. On extrait ce qui suit de son rapport du 22 juin 2014 :

Notre position : la situation semble un peu préoccupante au vu du stade, car il n'y a pas eu de radiothérapie adjuvante, et avec un T1N3M0, il existe de fortes chances de récurrence ; la maladie évolue depuis 12 mois maintenant. La situation est stabilisée. Le cas est en rémission. Nous proposons de clôturer comme suit.

L'IT [incapacité de travail] durable est fixée à avr.13. L'IT est de 100% depuis, puis de 0% dès avr.14 (cf. ci-dessus). La CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] qui est une AA [activité adaptée], est de 100% dès avr.14. [...]

Au total, nous suivons les conclusions des hospitaliers et du Dr M._____ telles que formulées ci-dessus. Elles sont justes et convaincantes au regard de la maladie.

En date du 30 juin 2014, considérant que l'assuré avait été à même de reprendre son activité habituelle à plein temps depuis le 1^{er} avril 2014 à la suite d'une incapacité de gain qui avait duré d'avril 2013 au 31 mars 2014, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant le refus du droit aux prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré ne présentant aucun préjudice économique.

Par courrier du 9 juillet 2014, L._____ a fait part de ses observations à l'OAI. En particulier, il a relevé qu'il était toujours en arrêt de travail à 100 % et produit un certificat médical de la Dresse J._____ confirmant ses dires.

Procédant à des mesures d'instruction complémentaires, l'OAI a interpellé le Dr M. _____ sur la situation de l'assuré. En réponse à cette demande, le médecin a confirmé dans son rapport du 21 juillet 2014 que l'évolution était favorable et que l'assuré était asymptomatique. Le Dr M. _____ a précisé ce qui suit s'agissant de la capacité de travail de l'assuré :

Sa capacité de travail dans sa dernière activité (gestion de chambres d'hôtes) est totale. Dans son activité antérieure, (activité au S. _____ en zones de guerre et ceci jusqu'en 2006), sa capacité de travail serait diminuée par rapport à un suivi régulier nécessaire (HIV ; et statut post-carcinome). A mon avis, cette remarque n'a pas lieu d'être, Monsieur L. _____ ne m'a jamais parlé de retourner au S. _____.

La Dresse J. _____ a quant à elle indiqué dans son rapport du 22 août 2014 que l'évolution de l'assuré était inchangée et que la capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, était nulle depuis mai 2013. Les limitations fonctionnelles retenues étaient une asthénie, une dyspnée, des troubles de concentration et de mémorisation, une anxiété, ainsi qu'une perte de l'élan vital.

A la teneur du rapport du 24 septembre 2014 du Dr G. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au niveau de la sphère ORL, ni de traitement, mais un suivi clinique tous les trois mois. Le médecin a précisé qu'il s'était uniquement prononcé sur la sphère ORL.

L'assuré a été hospitalisé du 5 au 22 août 2014 au Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier P. _____ afin de le mettre à l'abri d'un geste auto-agressif. Selon le rapport établi par ledit service le 28 octobre 2014, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive a été diagnostiqué. Un traitement de Dalmadorm et de Temesta Expidet a été introduit et l'assuré s'est vu recommander d'entreprendre un suivi psychiatrique.

Les éléments suivants ressortent notamment d'un rapport du 29 octobre 2014 du Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne

générale et en infectiologie auprès du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier P. _____ :

1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

La situation sur le plan somatique est pour l'instant stabilisée avec l'absence de récurrence du cancer ORL. Il bénéficie d'un suivi aux 3 mois par les médecins ORL pour ce cancer de la langue. Sur le plan digestif il a récupéré de nombreuses interventions abdominales. En revanche sur le plan psychologique et psychiatrique la situation ne s'est pas améliorée avec un tentamen début août, malheureusement suivi par une forte suspicion d'une agression sexuelle avec amnésie circonstancielle. Un suivi psychologique régulier a été entrepris par le patient.

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

Le patient était administrateur au S. _____ jusqu'en 2006 et il est actuellement incapable d'envisager des missions avec S. _____ à l'étranger et surtout sur le plan psychologique il n'est pas capable d'avoir une activité qui nécessite une concentration et une attention sur plusieurs heures consécutives. Sa capacité de travail actuelle est donc de 0%.

Cette incapacité de travail à 0% est présente depuis avril 2013, date du diagnostic de son cancer ORL.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Il est actuellement prématuré d'envisager une réinsertion professionnelle du patient dans son état actuel.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Le patient n'est tout simplement pas fonctionnel actuellement.

5. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Je suis le patient depuis ce mois anamnestiquement et au vu des nombreuses interventions sur 2013, je peux raisonnablement dire rétroactivement qu'il n'était pas capable de travailler dès le moment où le patient a été suivi par les ORL et dès que l'intervention chirurgicale a eu lieu au niveau de la face. Les complications multiples que je n'ai pas rappelées au point 1 concernant la mastite et la surinfection avec intervention au niveau du mamelon G ont également contribué à maintenir l'arrêt de travail.

Au vu des nouveaux rapports au dossier, un avis SMR a été sollicité. Il ressort du document établi le 18 novembre 2014 par le Dr

R._____ qu'il y avait une importante divergence entre les capacités de travail retenues par les différents médecins et qu'il y avait par conséquent lieu de demander au psychiatre traitant un rapport médical complet avec status détaillé.

L'assuré a été à nouveau hospitalisé du 6 au 8 janvier 2015 à la Clinique B._____ après une tentative de suicide. Le rapport établi le 3 mars 2015 mentionnait un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen.

D'après un rapport du 20 février 2015 du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, l'assuré faisait l'objet d'un suivi psychiatrique depuis le 28 août 2014 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et une personnalité émotionnellement labile. Selon le médecin, l'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} janvier 2015 et son précédent emploi n'était plus exigible. Les restrictions psychiques consistaient en une sévère labilité émotionnelle, une irritabilité, des idées suicidaires chroniques, des troubles de la concentration et de l'attention, une anhédonie, une aboulie, de la fatigue, des paroxysmes d'angoisse invalidants, des troubles du sommeil, un ralentissement psychomoteur et des difficultés relationnelles importantes.

Vu le rapport précité du Dr W._____, le SMR a proposé la mise en œuvre d'un examen SMR psychiatrique ou d'une expertise psychiatrique.

Selon un rapport du 17 mars 2016 du Dr Z._____, l'assuré a subi une aggravation de son état clinique avec une hépatite E aiguë qui a nécessité une hospitalisation du 9 au 19 février 2016. Le médecin a noté un impact négatif sur l'état clinique et une incapacité de travail à 100 % pendant toute cette période et également à la date du rapport.

A la teneur de l'expertise psychiatrique réalisée le 21 décembre 2016 par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, du Centre D._____ de [...] (ci-après : le Centre D._____), un trouble anxieux et dépressif mixte a été diagnostiqué, ainsi qu'une accentuation des traits de personnalité narcissique. Selon le médecin, ces atteintes n'avaient toutefois pas de répercussion sur la capacité de travail et l'activité actuelle était adaptée. Il ressort également du rapport que l'assuré n'a jamais voulu prendre d'antidépresseurs afin de « garder la tête claire », mais qu'il en avait néanmoins pris pendant six mois jusqu'en septembre 2016. L'assuré n'avait pas de suivi psychiatrique au moment de l'expertise. Sous l'angle de la cohérence, l'expert a retenu ce qui suit :

L'expertisé aurait ainsi présenté une atteinte psychique réactionnelle au cancer, puis à la situation sociale et financière générant un conflit dans le contexte d'une accentuation de traits de personnalité narcissique. Ces derniers expliquent les tentatives de suicide. Par contre, il est difficile de retenir un trouble dépressif récurrent, car aucun épisode dépressif n'est réellement attesté médicalement avant 2014 selon la CIM-10 ; le rapport d'hospitalisation psychiatrique concernant le séjour d'août 2014 non plus. Seul le rapport psychiatrique ambulatoire atteste un épisode dépressif sévère alors que le suivi a débuté dès la sortie de l'hôpital le 22.08.2014. Ceci signifierait une aggravation de l'état psychique vers un épisode dépressif sévère qui devrait justifier une incapacité de travail de 100% ; cette dernière est cependant retenue dès le 01.01.2015 et pour une durée indéterminée. Le début de l'épisode dépressif sévère se situerait à mi-décembre 2014 au plus tôt, car une durée minimale de deux semaines est nécessaire pour le retenir. De manière contradictoire, le rapport d'hospitalisation psychiatrique à la Clinique B._____ n'indique qu'un épisode dépressif moyen dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent. Pour rappel, le séjour a débuté le 06.01.2015 et a été interrompu le 08.01.2015. Ainsi, il y aurait une réduction de la gravité de l'état dépressif sans aucune médication antidépressive et sur une courte durée. Or, un épisode dépressif sévère doit se traiter par une médication antidépressive également selon les recommandations usuelles. Sur la base de ces éléments, il est difficile de retenir plus qu'un épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne dès début 2015. Un tel épisode ne peut justifier qu'une incapacité de travail transitoire.

Par la suite, l'expertisé n'a jamais pris de traitement antidépresseur et n'a plus été suivi depuis mars 2015. Dès lors, on doit considérer que l'épisode dépressif est entré en rémission.

On doit aussi relever que l'expertisé déclare avoir arrêté son suivi une fois qu'il a obtenu le rapport psychiatrique destiné à l'AI. Il avoue également sa méfiance envers la psychiatrie.

Selon le rapport du Dr R. _____ du SMR du 26 janvier 2017, les conclusions de l'expertise précitée pouvaient intégralement être suivies et il n'existait par conséquent aucune incapacité de travail.

Par décision du 30 janvier 2017, l'OAI a entièrement confirmé son projet du 30 juin 2014 et rejeté la demande de prestations de l'assuré.

C. Par acte du 28 février 2017 (date du dépôt par porteur), L. _____ a déféré la décision rendue le 30 janvier 2017 par l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'annulation de cette décision. En substance, il reprochait à l'OAI d'avoir ignoré qu'il était toujours en incapacité totale de travail et qu'il avait des problèmes de santé somatiques qui avaient conduit à des arrêts de travail prolongés. A l'appui de son recours, il a produit de nombreux certificats médicaux portant sur des périodes d'arrêt de travail, non continues, du 10 mai 2013 au 31 mars 2017. L'assuré a également remis un certificat du 23 février 2017 du Dr Z. _____, qui relevait que l'assuré avait eu des arrêts de travail au-delà du 1^{er} avril 2014 et qu'il était fragilisé sur le plan psychologique. Le médecin ajoutait les éléments suivants :

J'ai revu le patient le 22 février afin de discuter votre courrier et l'informer du présent courrier à votre attention. Bien qu'ébranlé par votre décision, j'ai constaté que sur le plan physique il avait (enfin) retrouvé un poids et un état général amélioré. Le patient m'a dit être ouvert à vous rencontrer et prêt à envisager des mesures de réinsertion, mais il ne comprend pas (et moi non plus) comment l'AI peut dire que durant ces 4 dernières années (mai 2013 - 2017), il n'y a pas eu d'atteinte à la santé entraînant une diminution de capacité de gain.

Dans sa réponse du 30 mars 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, invoquant que le rapport du 23 février 2017 du Dr Z. _____ ne permettait pas de retenir une incapacité de travail vu l'amélioration de l'état de santé de l'assuré tant sur le plan psychique qu'après l'hépatite E aiguë de février 2016.

Répliquant le 24 mai 2017, L. _____, désormais représenté par Me Amandine Torrent, a précisé ses conclusions, en ce sens qu'il a requis l'octroi de mesures professionnelles. Subsidièrement, il a conclu au

renvoi de la décision litigieuse pour nouvelle instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, l'assuré a fait valoir, en se fondant sur le rapport du 15 mai 2017 du Dr G._____ produit en annexe à la réplique, que son ancienne activité d'administrateur médical au S._____ n'était plus exigible du fait des difficultés de concentration et d'une fatigabilité accrue, mais aussi en raison de ses limitations fonctionnelles postopératoires au niveau du bras droit et de la nécessité d'un suivi oncologique rapproché qui ne permettait pas de voyage à l'étranger de longue durée, en particulier dans des zones de précarité. L'assuré a ajouté qu'il gardait néanmoins une capacité résiduelle de travail de 80 % à 100 % dans une activité adaptée, par exemple de bureau ou toute autre activité sans contrainte physique ou de concentration particulière, mais qu'il avait besoin de mesures professionnelles pour se réinsérer professionnellement. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, l'audition de différents témoins, notamment de médecins, et la tenue d'une audience publique. L'assuré a également produit un rapport du 16 mai 2017 du Dr Z._____, qui notait en particulier une fatigabilité, une certaine difficulté à se concentrer et une labilité d'humeur (fragilité) certaine. Le praticien recommandait une activité adaptée entre 80 et 100 %, sans horaire irrégulier, ni travail de force.

Dans sa duplique du 16 juin 2017, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de motifs pertinents pour modifier sa position, qui n'était contredite ni par le Dr G._____, ni par le Dr Z._____.

Le 10 juillet 2017, l'assuré a réitéré sa demande de débats publics et produit de nouvelles pièces médicales relatives à une opération chirurgicale survenue au mois de mai 2017, soit une exérèse de deux carcinomes baso-cellulaires cutanés cervical et thoracique.

La Cour des assurances sociales, composée de M. Piguet, président, de M. Perdrix et de Mme Dormond Béguelin, juges assesseurs, a tenu audience le 5 octobre 2017. Mme Dessaux, juge, a succédé à M. Perdrix, juge assesseur, démissionnaire au 31 décembre 2017.

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 (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références citées) ; 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 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, la question du droit à une rente d'invalidité n'est pas litigieuse. Le recourant ne conteste pas que son état de santé, aussi bien somatique que psychique, ne l'empêche pas d'exercer une activité lucrative (rapports du 15 mai 2017 du Dr G._____ et du 16 mai 2017 du Dr Z._____). Il fait néanmoins valoir des limitations fonctionnelles au bras droit, des troubles de la concentration et une fatigabilité accrue, ainsi que le risque de rechute tumorale.

c) A l'appui de son recours, le recourant demande ainsi uniquement l'octroi de mesures professionnelles « dans le but de retrouver un emploi adapté à ses problèmes de santé ». Le litige porte donc sur la question de savoir si le recourant a droit à des mesures d'ordre professionnel.

3. a) Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^e révision de l'AI], FF 2005 4223 ch.° 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 139 V 399 consid. 5.1 ; 138 I 205 consid. 3.1).

b) Aux termes de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel l'invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chance de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les

entretiens d'orientation, les tests d'aptitude ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (TFA I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a *in* RCC 1988 p. 191).

c) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être

déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 139 V 399 consid. 5.5).

d) Enfin, aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

4. D'après 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 quelle qu'en 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

5. a) En l'espèce, les différents rapports médicaux au dossier retiennent que le recourant nécessite un suivi clinique régulier (rapports du 21 juillet 2014 du Dr M. _____ et du 15 mai 2017 du Dr G. _____), en particulier pour la problématique ORL (notamment rapport du Dr G. _____ du 24 septembre 2014). Les médecins en concluent que le recourant ne peut plus effectuer de longs séjours à l'étranger en raison des contrôles réguliers qu'il doit effectuer (rapports du 29 octobre 2014 du Dr Z. _____ et du 15 mai 2017 du Dr G. _____).

b) S'agissant d'éventuelles autres limitations, plusieurs rapports mentionnent qu'il n'y a aucune restriction et que la situation est stabilisée (rapports du 11 mai 2014 du Dr M. _____, du 24 septembre 2014 du Dr G. _____, des 29 octobre 2014 et 23 février 2017 du Dr Z. _____). Néanmoins, le Dr G. _____ et le Dr Z. _____ font état, dans leur rapport du 15, respectivement du 16 mai 2017, d'une fatigabilité et de problème de concentration, impliquant une activité sans horaire irrégulier, ni travail de force.

aa) Pour ce qui est de l'aspect somatique, les praticiens s'accordent à dire qu'il n'y a pas d'atteinte, ni de limitations (rapports des 11 mai et 21 juillet 2014 du Dr M. _____, du 29 octobre 2014 du Dr Z. _____, du 24 septembre 2014 du Dr G. _____) et qu'il n'y a pas de restriction, excepté les longs séjours à l'étranger (rapport du 29 octobre 2014 du Dr Z. _____). Les pièces médicales produites au stade de la procédure judiciaire, à savoir notamment les rapports du mois de mai 2017 des Drs G. _____ et Z. _____ n'apportent pas d'éléments nouveaux qui permettraient de s'écarter des rapports précédents. En particulier, il n'y a pas eu depuis l'été 2014 d'atteinte sur le plan somatique - excepté l'hépatite B aiguë de février 2016 dont le recourant s'est remis - qui justifierait une péjoration de la situation et l'admission de nouvelles limitations fonctionnelles.

bb) Quant au plan psychiatrique, on ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées du Dr V._____, étant souligné que le rapport d'expertise du 21 décembre 2016 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation, une discussion étayée des diagnostics retenus après confrontation des éléments relatés par les médecins traitants du recourant. Ce document aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Les déclarations du recourant à l'expert concernant l'absence de suivi psychiatrique et de médication (plus de prise de Temesta depuis septembre 2016) corroborent du reste l'analyse de l'expertise du 21 décembre 2016 quant à l'appréciation de la gravité de l'état psychique.

c) Partant, il convient d'admettre que l'activité d'administrateur médical auprès du S._____ avec des voyages de longue durée n'est plus adaptée, compte tenu des contraintes inhérentes à une telle activité, soit de longs séjours à l'étranger incompatibles avec un suivi oncologique rapproché. Il n'en demeure pas moins, vu l'absence d'autres limitations fonctionnelles, que le recourant dispose d'une capacité de travail pleine et entière qu'il est en mesure de valoriser.

6. Reste à examiner la nécessité d'une mesure de reclassement ou de placement.

a) Il ressort du curriculum vitae du recourant qu'il a exercé la profession d'administrateur médical au sein de différents hôpitaux dans plusieurs pays en guerre de 1991 à 2006. Selon le document, il a dû gérer les aspects financiers, administratifs, logistiques et de ressources humaines des diverses structures hospitalières dans lesquelles il a travaillé. Le recourant parle cinq langues et mentionne aussi l'organisation de festivals et de congrès. Il dispose en outre d'un certificat fédéral de

capacité d'employé de commerce et de vendeur, ainsi que d'un diplôme de l'Ecole Hôtelière de [...].

b) Compte tenu de l'expérience acquise au cours de sa carrière professionnelle et de sa formation, il apparaît peu vraisemblable que le recourant ne soit pas en mesure – sans l'aide d'un reclassement professionnel – de les valoriser au vu des places disponibles sur le marché du travail. Il n'apparaît pas non plus que le recourant nécessite un soutien particulier pour ses démarches de recherche d'emploi. Une aide au placement n'est dès lors pas non plus nécessaire.

c) Par conséquent, il y a lieu de retenir que des mesures de réadaptation ne sont pas nécessaires pour que le recourant puisse prétendre à un gain équivalent à celui que lui offrait son ancienne activité.

7. Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre d'une expertise et l'audition de témoins requises par le recourant n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

8. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 30 janvier 2017 confirmée.

b) 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'assurance-invalidité 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 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis 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. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

d) Par décision du juge instructeur des 3 mars et 12 avril 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 février 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Amandine Torrent. Cette dernière a produit sa liste des opérations le 22 décembre 2017, faisant état de 15 heures et 45 minutes de travail, auxquelles s'ajoutent des débours par 120 francs. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Torrent est arrêtée à 3'191 fr. 40 (débours par 120 fr. et TVA sur le tout compris) compte tenu d'un tarif horaire de 180 francs.

e) La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 janvier 2017 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 laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Amandine Torrent, conseil du recourant, est arrêtée à 3'191 fr. 40 (trois mille cent nonante-et-un francs et quarante centimes), débours et TVA inclus.

V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Amandine Torrent (pour L. _____),
- 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 :