

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 16, 43 et 44 LPGA ; art. 17 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1970, est atteint depuis l'enfance du syndrome de Gilles de la Tourette.

En 1986, il a entamé un apprentissage d'électronicien auprès de la société R._____SA, qu'il n'a toutefois pas pu mener à terme compte tenu de ses problèmes de santé.

L'assuré s'est réorienté dès 1989 en poursuivant un nouvel apprentissage d'assistant d'exploitation au sein de N._____ où il a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC). A l'issue de cet apprentissage, il a exercé la fonction de praticien d'exploitation à N._____ en dépit des difficultés liées à son état de santé.

Il a été victime de deux accidents de moto successifs en 1991 et 1992, au cours desquels il a été blessé au genou droit, respectivement au dos et à la clavicule droite.

Compte tenu des limitations fonctionnelles consécutives à ces événements, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 22 mars 1993.

Plusieurs tentatives de reclassement à l'interne de N._____ se sont avérées infructueuses, faute d'emploi adapté aux limitations de l'assuré. Dès lors, l'OAI l'a mis au bénéfice d'un reclassement professionnel de responsable de parc micro-informatique à compter du 9 décembre 1996 (cf. communications de l'OAI des 5 décembre 1996 et 25 février 1997).

L'assuré a été engagé à plein temps par l'entreprise L. _____ dès le 1^{er} septembre 1997 de sorte que l'OAI a mis un terme au reclassement professionnel. Par décision du 3 octobre 1997, l'OAI a ainsi considéré l'assuré comme reclassé avec succès et constaté l'absence de préjudice économique à l'issue des mesures professionnelles. Cette décision est entrée en force.

Après avoir occupé plusieurs emplois salariés de courte durée, l'assuré a créé sa propre entreprise informatique, W. _____, et a débuté son activité en avril 1998.

B. En date du 27 janvier 2014, l'assuré a formulé une seconde requête de prestations auprès de l'OAI, en raison d'un syndrome de Gilles de la Tourette et des troubles associés, de problèmes au genou droit, à l'épaule, au bras gauche, au dos et aux cervicales des suites d'une fracture de l'humérus gauche, ainsi qu'en raison d'une ostéoporose. Il précisait avoir cessé son activité indépendante le 31 juillet 2013, compte tenu d'une incapacité totale de travail survenue dès le 1^{er} juillet 2013.

Le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie, médecin traitant de l'assuré, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 10 février 2014. Il a indiqué qu'en sus du syndrome de Gilles de la Tourette, son patient souffrait de « cervicoscapulalgies suite à un enclouage centro-médullaire sur fracture de l'humérus en 2009 » et d'une « ostéoporose due à un hypogonadisme sur status après cancer d'un testicule et hyperprolactinémie ». Il a souligné que la capacité de travail n'était pas susceptible d'amélioration.

Dans un rapport du 25 février 2014, le Dr C. _____, chef de clinique au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F. _____, a signalé qu'à la suite d'une chute d'un tabouret de bar le 1^{er} décembre 2009, une fracture spiroïde de l'humérus gauche avait été diagnostiquée chez l'assuré, laquelle avait nécessité une intervention chirurgicale en janvier 2010. Les diagnostics retenus étaient ceux de « cervicoscapulalgies chroniques gauches et dorsalgies hautes dans le

cadre d'un status après enclouage centro-médullaire d'une fracture diaphysaire de l'humérus gauche, d'une ostéoporose traitée et d'un syndrome de Gilles de la Tourette ». Des incapacités de travail de 40% avaient été prononcées « à différents moments avec des limitations intriquant non seulement le problème de l'épaule, mais aussi le problème global ». Des limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule avec restriction du port de charges devaient certainement perdurer, à tout le moins partiellement. L'exercice de l'activité habituelle était exigible, mais le rendement était réduit de 30% à 40%.

Le Dr E._____, spécialiste en ophtalmologie, a communiqué un rapport à l'OAI le 21 mars 2014, faisant état d'un « kératocône modéré bilatéral, prédominant à l'œil droit » diagnostiqué chez l'assuré. Il a signalé au titre de possible limitation fonctionnelle une « fatigabilité augmentée à l'écran ».

En date du 4 mai 2014, le Dr B._____, spécialiste en neurologie au sein de l'Hôpital universitaire G._____, a rapporté que son patient souffrait d'un « syndrome de Gilles de la Tourette avec impulsivité », accompagné de tics moteurs entravant les actions et le fil de la pensée. S'agissant d'un trouble chronique, l'évolution était difficilement prévisible. Les tics disruptifs non suppressibles étaient qualifiés de « stigmatisants » et réduisaient la qualité du travail. La situation avait été compliquée par le traitement neuroleptique, lequel avait entraîné un cancer du testicule et une hyperprolactinémie. L'orchidectomie effectuée en 1996 avait causé un hypogonadisme. Le Dr B._____ estimait la capacité de travail dans l'activité habituelle à un taux oscillant entre 50% et 60% sur la base de sa dernière consultation en septembre 2013 et de l'avis de son patient. Une reprise d'activité professionnelle était toutefois impossible à prévoir. Il préconisait une expertise approfondie de l'assuré.

Par avis du 24 juin 2014, après s'être entretenu avec le Dr B._____, le Dr H._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a considéré que l'assuré était doté d'une capacité de travail « limitée à 50% depuis l'âge adulte » dans toutes activités adaptées à ses limitation

fonctionnelles. Il convenait d'éviter « la position debout/assis statique prolongée, le travail avec les membres supérieurs au-dessus de la tête, le port de charges moyennes à lourdes, les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche ». L'assuré présentait en outre une « diminution des capacités de concentration et d'adaptation », ainsi que des « difficultés relationnelles avec autrui ».

Entre-temps, soit du 27 mars 2014 au 1^{er} mai 2014, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'un assessment professionnel individuel auprès de l'institution U. _____ (cf. communication de l'OAI du 2 avril 2014). Le rapport correspondant, daté du 27 mai 2014, relate au titre de cibles professionnelles les activités de détective privé ou d'assistant socio-éducatif. L'assuré a formellement sollicité un reclassement professionnel en qualité de détective privé par courrier du 27 août 2014.

Consulté pour prise de position sur le dossier de l'assuré, le Service juridique de l'OAI s'est déterminé le 19 septembre 2014. Il a constaté que l'appréciation du SMR, selon laquelle la capacité de travail de l'assuré serait restreinte de 50% depuis l'âge adulte était contredite par les pièces du dossier, dans la mesure où ce dernier avait été en mesure de terminer un apprentissage et d'exercer des activités lucratives salariées et indépendante durant de nombreuses années. L'assuré ne s'était par ailleurs adressé à l'OAI qu'en 2014 par le dépôt d'une nouvelle demande de prestations, postérieurement à l'accident du 1^{er} décembre 2009. Cette date devait a priori être prise en compte comme début du délai d'attente d'un an avant l'ouverture du droit à une rente. Le droit à des mesures professionnelles devait être examiné sous l'angle d'un reclassement, non pas d'une formation professionnelle initiale. Une enquête économique de l'activité indépendante devait être réalisée pour déterminer le revenu hypothétique sans invalidité. L'activité potentielle de détective privé devait enfin être analysée attentivement au regard des limitations fonctionnelles de l'assuré, tandis que l'exigibilité médicale de l'exercice d'une activité lucrative n'était pas clairement définie.

L'enquête économique sur l'activité indépendante a été effectuée le 7 janvier 2015, après réception des bilans comptables de l'assuré pour les années 2005 à 2010. Vu la moyenne des revenus réalisés de 2005 à 2009, majorée des cotisations sociales, l'enquêteur de l'OAI a déterminé un revenu hypothétique sans invalidité de 30'781 francs. Était annexé un extrait du registre du commerce afférent à l'entreprise W._____, laquelle avait été radiée par suite de cessation d'activité le 16 juillet 2013. Sur internet, une nouvelle entreprise M._____ au nom de l'assuré, fondée en novembre 2015, semblait active dans la surveillance vidéo et l'agencement de mobilier.

L'OAI a décidé de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle au sein du centre Centre I._____ dès le 9 mars 2015. Cette mesure a toutefois été interrompue le 11 mars 2015 par l'assuré et ledit centre au vu du manque d'engagement de l'assuré (cf. communication de l'OAI du 17 mars 2015). Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a dès lors déterminé théoriquement un degré d'invalidité de 9,38% par la méthode générale de comparaison des revenus, sur la base d'une capacité de travail exigible de 50%.

Dans l'intervalle, par avis du 22 janvier 2015, le Dr H._____ du SMR a préconisé la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assuré, dont le mandat a été confié au Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. communication de l'OAI du 31 mai 2016).

L'expert précité a procédé à son examen le 21 novembre 2016 et rédigé son rapport à la même date, après avoir notamment sollicité une analyse neuropsychologique de l'assuré auprès de M. J._____, neuropsychologue. Il a également requis un tirage du rapport établi le 25 mai 2012 par le Département de psychiatrie du Centre hospitalier F._____ au terme d'une hospitalisation volontaire de l'assuré à [...] entre le 31 mars 2012 et le 11 avril 2012 pour « mise à l'abri d'un geste auto-agressif ». Le Dr K._____ a retenu les diagnostics suivants, présents

depuis le jeune âge, au titre des diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail :

- Syndrome de Gilles de la Tourette avec troubles neuropsychologiques associés (F95.2).
- Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F60.1).
- Trouble anxieux, type existentiel (F41.9).
- Diminution des aptitudes cognitives.

Il a par ailleurs précisé les éléments ci-après :

« Interaction des diagnostics :

[...] Il existe une interaction clairement dans le sens que la maladie neurologique - psychiatrique a créé des particularités de fonctionnement avec des altérations significatives du fonctionnement social et professionnel. Il y a en arrière-fond un tableau polymorphe avec des éléments type borderline, anxiété et difficultés relationnelles.

Selon l'analyse du co-expert neuropsychologue, il y a une diminution significative des aptitudes cognitives pour la durée et les tâches complexes. »

L'expert a en définitive conclu à une capacité de travail limitée à 50% dans « toutes les activités exercées jusqu'ici ». Relevant qu'il était « très difficile, voire impossible », de dater précisément la survenance de cette réduction de la capacité de travail, il a pris en compte les années 2012 - date de l'hospitalisation à [...] - ou 2013.

Le SMR, sous la plume des Drs P._____ et V._____, a rendu un rapport final le 6 décembre 2016, aux termes duquel il s'est pour l'essentiel rallié aux conclusions de l'expertise du Dr K._____. A ainsi été retenue une capacité de travail restreinte à 50% dans toutes activités à compter du 31 mars 2012, vu les diagnostics de « syndrome de Gilles de la Tourette avec troubles neuropsychologiques associés », « modification durable de la personnalité », « cervicocapulalgies gauches post fracture humérale » et « gonalgies post fracture du plateau tibial ». Les limitations fonctionnelles consistaient en une « limitation à assumer une activité au long cours sur plus de quelques heures (4 heures par jour), travail limité à des activités peu exigeantes au plan cognitif, position debout/assis statique prolongée, travail avec les membres supérieurs au-dessus de la

tête, port de charges moyennes à lourdes, mouvements répétitifs du membre supérieur gauche ».

En date du 18 janvier 2017, l'assuré, assisté de Me Jean-Michel Duc, a sollicité la prise en charge de cours de menuiserie et de dépannage électrique afin de pérenniser son entreprise individuelle de dépannage et d'agencement mobilier, à laquelle il se consacrait à hauteur de quelques heures par semaine. Il a par ailleurs requis l'examen de son droit à une demi-rente d'invalidité, estimant que son revenu hypothétique sans invalidité devait être déterminé sur la base de l'activité d'électronicien à laquelle il se serait consacré sans atteinte à la santé.

Par projet de décision du 19 janvier 2017, l'OAI a annoncé à l'assuré son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente. Il a procédé à l'évaluation de l'invalidité en comparant le revenu hypothétique sans invalidité de 30'781 fr. déterminé par l'enquêteur économique avec un revenu d'invalidité à 50% tel que ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Compte tenu d'un abattement de 15% sur ce dernier revenu, il a mis à jour un degré d'invalidité de 9,38%, équivalent à celui fixé par son Service de réinsertion professionnelle en 2015. Ce taux n'ouvrait droit ni à une rente, ni à un reclassement professionnel.

C. L'assuré a contesté ce projet par écriture de Me Duc du 23 février 2017. Il a fait valoir que le syndrome de Gilles de la Tourette avait entraîné des difficultés dès son apprentissage auprès de R. _____ SA, ainsi qu'au sein de N. _____. Sa capacité de travail était déjà restreinte de sorte que le revenu hypothétique sans invalidité aurait dû être déterminé sur la base d'un emploi d'électronicien. Par ailleurs, à son sens, seule une activité peu exigeante et indépendante pouvait être réalisée compte tenu de sa maladie. Dès lors, le revenu d'invalidité déterminé ne respectait pas les exigences de sa situation concrète. L'assuré a également contesté le début du délai d'attente pris en compte par l'OAI, à savoir mars 2012, soulignant que le syndrome de Gilles de la Tourette avait entraîné des problèmes depuis toujours, soit bien avant 2012,

respectivement 2009. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.

L'OAI a établi sa décision le 28 avril 2017, maintenant la teneur du projet contesté. Il a rappelé que l'assuré avait été précédemment reclassé sans préjudice économique selon la décision rendue le 3 octobre 1997 et avait pu déployer une activité indépendante jusqu'en juillet 2013. Compte tenu des périodes d'incapacité de travail consécutives à l'accident du 1^{er} décembre 2009, l'OAI a estimé que la capacité de travail était restreinte à 50% dès cette date. Il a au surplus confirmé la valeur probante conférée à l'expertise du Dr K. _____ et les revenus déterminés par son Service de réinsertion professionnelle pour fixer le degré d'invalidité à 9,38%.

D. Représenté par Me Duc, l'assuré a déféré la décision du 28 avril 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 1^{er} juin 2017, requérant son annulation. Il a conclu principalement à l'octroi de plus amples prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Reprenant et étayant les arguments précédemment avancés en procédure d'audition, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique destinée à déterminer les conséquences du syndrome de Gilles de la Tourette sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles entre 1986 et 2012, ainsi que sur la survenance d'une aggravation de son état de santé. Il a également requis son audition, celle de ses deux formateurs auprès de R. _____ SA et de N. _____, ainsi que l'organisation de débats publics. Il a enfin demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 6 juin 2017, la magistrate instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré à compter du 1^{er} juin 2017, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires et en désignant Me Jean-Michel Duc au titre d'avocat d'office.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 4 juillet 2017 et en a proposé le rejet, tout en se référant aux déterminations de son Service juridique versées au dossier de l'assuré.

L'assuré a maintenu ses conclusions et sollicité l'audition de deux témoins supplémentaires pour étayer les difficultés rencontrées au début de son parcours professionnel aux termes d'une réplique du 21 août 2017.

Par duplique du 8 septembre 2017, l'OAI a indiqué n'avoir rien à ajouter et confirmé ses propres conclusions.

La juge instructrice s'est adressée au recourant par courrier du 28 juin 2018, indiquant écarter ses requêtes d'audition de témoins et de débats publics. Me Duc était par ailleurs invité à produire une liste détaillée de ses activités.

Le recourant s'est déterminé le 6 juillet 2018 et a réitéré ses requêtes précitées, tandis que Me Duc a renoncé à fournir le montant de ses honoraires.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 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 LPGA).

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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 1^{er} juin 2017 contre la décision de l'OAI du 28 avril 2017 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble.

En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

b) Selon la jurisprudence, l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale, soit notamment des rentes de l'assurance-invalidité, n'est en principe pas limitée dans le temps. Pour autant que la situation de fait ne soit plus susceptible d'évoluer au moment de la décision, cette autorité s'étend aussi bien aux conditions du droit à la prestation qu'aux facteurs qui en fixent l'étendue. Sous réserve d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), lesdits éléments ne peuvent pas être remis en question et réexaminés à tout moment, sauf si la loi prévoit expressément une autre réglementation. Ces principes valent également dans le cadre d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA ou de nouvelle demande. En revanche, la survenance d'une nouvelle atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 9C_294 2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références ; 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1).

Le Tribunal fédéral a également rappelé que si la personne assurée ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas qu'elle se verrait dans tous les cas et à tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il peut tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui

entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. Bien plus, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Ainsi, le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et références citées).

c) Contrairement à ce que semble prétendre le recourant, il n'est pas contesté par l'intimé qu'il a rencontré dès le début de l'âge adulte des difficultés relationnelles et fonctionnelles liées au syndrome de Gilles de la Tourette qui ont entravé le bon déroulement de son parcours professionnel. C'est d'ailleurs précisément dans ce contexte et à la suite d'accidents survenus en 1991, respectivement 1992, que le recourant a sollicité une première fois des prestations d'assurance auprès de l'intimé le 22 mars 1993. Il a ainsi été mis au bénéfice d'un reclassement professionnel en qualité de responsable de parc micro-informatique entre décembre 1996 et mai 1997. L'intimé a statué à l'issue de cette mesure par décision du 3 octobre 1997, retenant l'absence de préjudice économique et niant au recourant le droit à des mesures professionnelles subséquentes, ainsi qu'à une rente d'invalidité.

Compte tenu de la décision rendue le 3 octobre 1997, entrée en force et par conséquent dotée de l'autorité de la chose jugée, la Cour de céans n'est pas habilitée à statuer sur la situation antérieure à cette date. Il n'y a donc pas lieu de revenir sur les circonstances entourant la formation professionnelle acquise par le recourant entre 1986 et 1992, ni de remettre en question le degré d'invalidité nul mis en évidence par l'intimé à la date du 3 octobre 1997. La requête formulée par le recourant dans ses écritures en vue d'auditionner ses formateurs de l'époque est par conséquent manifestement sans pertinence à ce stade et ne peut qu'être rejetée. Il apparaît de même superflu d'auditionner le recourant dans ce contexte. Les mesures d'instruction requises par le recourant peuvent

donc être écartées par appréciation anticipée des preuves (cf. sur cette question : ATF 131 I 153 consid. 3 et les références citées).

d) Il s'agit en revanche de retenir des éléments versés au dossier constitué par l'intimé, notamment des comptes individuels tenus au nom du recourant, que l'état de santé de ce dernier s'est notablement stabilisé entre les deux procédures administratives. Cette stabilisation a été suffisamment importante et durable pour permettre au recourant de développer son entreprise individuelle de services informatiques. Le recourant a en effet démontré avoir pu se consacrer à cette activité à plein temps durant plus de dix ans sans recourir aux prestations d'assurance. Ainsi qu'il l'a lui-même indiqué en remplissant le formulaire de demande de prestations du 27 janvier 2014, il a d'ailleurs maintenu cette activité jusqu'en juillet 2013 (cf. également : extrait du registre du commerce vaudois mentionnant la radiation de W. _____ à la date du 16 juillet 2013).

Vu les éléments rappelés ci-dessus et la jurisprudence mentionnée supra, il convient de circonscrire l'objet du litige à l'examen de la survenance d'un nouveau cas d'assurance et de ses conséquences. Dans ce contexte, par décision du 28 avril 2017, l'intimé a fixé dite survenance au 1^{er} décembre 2009 (date de la fracture de l'humérus), pris en considération une diminution de 50% de la capacité de travail à compter de cette date et déterminé un degré d'invalidité de 9,38% excluant le droit aux prestations revendiquées.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

4. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à

une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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).

5. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

La prestation dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références ; cf. Ulrich Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, 1985, p. 82 ss et 123 ss).

b) 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 [5e révision de l'AI] ; FF 2005 4215,

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 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références).

c) A teneur de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée 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

droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

En outre, l'art. 18 al. 1 LAI prévoit que 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) ou à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

6. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 ; 105 V 156 consid. 1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) In casu, le recourant a fait l'objet d'une expertise approfondie sur le plan psychiatrique auprès du Dr K._____. Le rapport corrélatif, daté du 21 novembre 2016, répond en tous points aux réquisits jurisprudentiels ci-dessus pour se voir accorder pleine valeur probante. L'expert a en effet procédé à une analyse minutieuse des pièces versées au dossier, ainsi que des compléments sollicités auprès du Centre hospitalier F._____ et du neuropsychologue J._____, dont il s'est adjoint les services à bon escient. Il a par ailleurs effectué un examen clinique du recourant, assorti de divers tests, tout en faisant état de manière étayée des plaintes formulées et des constats objectifs. Il parvient du reste à des conclusions motivées et exemptes de contradictions s'agissant de la capacité de travail du recourant. On peut ainsi considérer que le volet psychiatrique lié à la problématique du recourant a été investigué à satisfaction.

c) Cela étant, fait défaut une appréciation globale et pluridisciplinaire de la situation, le recourant étant affecté par le syndrome de Gilles de la Tourette du point de vue neurologique, mais également de divers problèmes de santé sur les plans rhumatologique et/ou orthopédique, ophtalmologique et endocrinien. Les différents spécialistes ayant pris en charge le recourant se sont certes exprimés plus ou moins précisément sur sa capacité résiduelle de travail. Cela étant, on ne dispose d'aucune synthèse médicale qui tiendrait compte de la pluralité des atteintes à la santé restreignant le potentiel du recourant et de ses limitations fonctionnelles. Le Dr B._____, lequel a décrit le plus précisément possible les conséquences du syndrome de Gilles de la Tourette, a au demeurant expressément suggéré une expertise globale du recourant, quand bien même il a envisagé une capacité de travail réduite de 50% ou 60% (cf. rapport de ce spécialiste du 4 mai 2014). En l'état, la capacité de travail effective du recourant et ses limitations fonctionnelles ne sont néanmoins pas fixées avec suffisamment de précision pour trancher cette question.

d) Par ailleurs, manquent également au dossier les périodes détaillées durant lesquelles le recourant aurait été en incapacité de travail totale ou partielle, notamment des suites de l'accident du 1^{er} décembre 2009, de sorte qu'il n'est pas davantage possible de dater la survenance d'un nouveau cas d'assurance.

7. Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il n'est pas possible de statuer sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité en l'état.

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall /Zurich, 3ème éd. 2015, n° 27 ad art. 43 LPG).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il incombe à l'intimé de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale du recourant.

Singulièrement, il lui appartient d'actualiser les pièces médicales et de faire procéder à une évaluation pluridisciplinaire (à tout le moins sur les plans neurologique, endocrinien, rhumatologique et/ou orthopédique, ainsi qu'éventuellement ophtalmologique), à l'issue de laquelle un consilium pourrait fixer la capacité de travail résiduelle du recourant et ses limitations fonctionnelles, compte tenu de son état de santé global. Un centre d'expertise apparaît particulièrement adéquat dans une situation aussi complexe que celle du recourant. Un tel centre pourrait au demeurant s'adjoindre les services du Dr K. _____ pour actualiser l'aspect psychiatrique du cas.

Aux fins de déterminer précisément la date de survenance du nouveau cas d'assurance, il s'imposera dans ce contexte de vérifier les périodes d'incapacité de travail du recourant à compter de l'année 2009. A cet égard, on note que les comptes individuels AVS du recourant font état de revenus dégagés en 2010 à hauteur de 39'416 fr., en 2011 de 15'292 fr., en 2012 de 23'692 fr. et pour la moitié de l'année 2013 à 9'333 fr. au titre de l'activité indépendante. On ignore cependant quelles étaient les périodes d'incapacité de travail du recourant durant ces périodes.

d) Il s'agira ensuite de statuer sur le droit aux prestations du recourant, non sans examiner s'il peut prétendre un reclassement

professionnel. A défaut, l'intimé devra également examiner si d'autres mesures professionnelles, contenues dans la palette à disposition aux art. 15 ss LAI, entrent en ligne de compte in casu (cf. consid. 4 et 5 supra).

8. Pour le surplus, au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition de débats publics formulée par le recourant. On relèvera que dans l'éventualité où, après complément d'instruction, le recourant devait ne pas obtenir gain de cause devant l'autorité administrative, il lui serait loisible de renouveler sa requête de débats publics devant la Cour de céans en cas de recours.

9. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 2'500 fr., lesquels couvrent équitablement le montant dû au titre de l'assistance judiciaire et sont portés à la charge de l'intimé qui succombe (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 28 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :