

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2020

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate à Lausanne,

et

O._____, à Vevey, intimé.

Art. 6 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954, est au bénéfice d'une formation d'ingénieur suivie à l' [...] de Lausanne ([...]). Dès 1979, l'assuré a occupé différents postes au sein d'entreprises actives dans la télécommunication, notamment en tant que chef de projet.

Sur le plan médical, l'assuré a été suivi depuis 1988 jusqu'en 2014 par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, en raison d'un état anxio-dépressif.

En 2004, l'assuré a été licencié du poste qu'il occupait depuis 1987 au sein de [...] AG comme ingénieur en télécommunication. S'en est suivie une période de chômage de deux ans. Arrivé en fin de droit, l'assuré a entamé une activité indépendante dans le domaine informatique. Entre 2007 et 2013, ses revenus annuels ont été compris entre 8'991 fr. et 32'900 francs.

En 2013, Q. _____ a obtenu un mandat de partenariat avec la société Z. _____ SA, l'occupant à raison de 6 heures par jour, trois jours par semaine.

Le 20 novembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'il souffrait d'une maladie psychique depuis 1988.

Procédant à l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) a recueilli des informations médicales auprès du nouveau psychiatre traitant de l'assuré, le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport médical du 16 janvier 2015, ce spécialiste a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen, une dépendance à l'alcool actuellement contrôlée ainsi qu'un trouble de la

personnalité. La capacité de travail de l'assuré se limitait à 50% depuis le 20 mai 2014 dans son activité d'ingénieur en télécommunication. Le pronostic était peu favorable, le patient répondant aux crises par une anxiété inhibitrice qui freinait les changements et augmentait le repli.

Le 10 juillet 2015, malgré une amélioration de son état, le Dr Z. _____ a confirmé, en raison d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité, une capacité de travail limitée à 50% depuis 2014.

Par décision du 27 avril 2016, l'OAI a pris en charge, du 1^{er} juin 2016 au 31 mai 2017, une mesure de réinsertion économique et de soutien sur le lieu de travail (REST) auprès de Z. _____ SA. Le taux de présence a été fixé à 50%. L'assuré a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (procédure AI 134/16 - 202/2018), contestant le montant de l'indemnité journalière, fixé à 64 fr. 55.

Au terme de la mesure de réinsertion économique et de soutien précitée, un rapport a été réalisé le 6 septembre 2016 par Intégration pour tous Vaud. L'employeur de l'assuré y indiquait que l'intéressé n'était plus psychiquement en mesure d'occuper un poste salarié en raison d'absences répétées dues à des états de burnout, à des pertes de mémoire régulières, à des difficultés psychomotrices, à une incapacité à organiser son travail de manière autonome et à un rythme de travail extrêmement lent. L'employeur estimait son rendement entre 50% et 75% selon les tâches qui lui étaient confiées.

Dans un rapport médical du 5 décembre 2016, le Dr Z. _____ a rendu compte d'une aggravation de l'état dépressif de l'assuré en raison d'un conflit conjugal.

Le 20 janvier 2017, une expertise a été réalisée par C. _____, psychologue et spécialiste en neuropsychologie. Elle a retenu une atteinte cognitive légère caractérisée par un léger ralentissement et de légers

troubles attentionnels, compatibles avec un état dépressif et une fatigue chronique. Mme C. _____ indiquait que l'assuré était capable d'effectuer ses tâches professionnelles, mais avec une légère baisse de rendement modulée par la fatigue, de l'ordre de 10 à 20% en début de journée et de 30 à 40% en fin de journée. Afin d'optimiser le rendement et de limiter les erreurs de l'assuré dans une activité professionnelle, Mme C. _____ préconisait de prévoir un horaire souple, où l'intéressé pouvait gérer ses pauses selon ses besoins, de limiter les interférences (tels que les téléphones à traiter en cours de journée) et d'éviter au maximum les situations de stress.

Poursuivant l'instruction du dossier, l'OAI a préconisé la mise en œuvre d'une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique, confiée respectivement au Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie et au Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans l'optique de la réalisation de cette expertise psychiatrique par le Dr S. _____, le Dr Z. _____ a adressé à ce dernier un courrier du 12 avril 2017, dont la teneur est la suivante :

« Mr Q. _____ souffre d'un trouble dépressif récurrent, avec des périodes d'épisodes dépressifs modérés et parfois sévères. Plusieurs épisodes ont lieu chaque année.

Mr Q. _____ souffre aussi d'un trouble de la personnalité mixte à traits dépendants et obsessionnels. Il réagit au stress par une inhibition et un ralentissement, et lors de stress émotionnel prolongé par des réactions paranoïdes. Du fait de son trouble de la personnalité, sa vie affective et relationnelle est perturbée, il n'a pas d'enfant et son mariage tardif est actuellement en procédure de divorce.

Les limitations fonctionnelles sont surtout liées à une difficulté à la concentration avec une obsessionalisation des tâches, une fatigue et une anxiété chronique avec une baisse de l'estime de soi. Professionnellement, il ne supporte que très mal les stress, se retire chez lui. »

Le Dr S. _____ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique le 15 mai 2017. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Concernant les diagnostics dénués d'incidence sur dite capacité, il a énuméré les pathologies suivantes :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01),
- troubles de la personnalité sans précision (traits narcissiques) (F60.9),
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation nocive pour la santé (F1x.1).

Le Dr S. _____ a retenu une capacité de travail de 80% en raison de limitations fonctionnelles induites par les troubles de la personnalité de l'intéressé, évoquant les éléments suivants :

« Cet assuré présente une personnalité à traits narcissiques et ceci vraisemblablement depuis l'adolescence, ce qui ne l'a pas empêché de travailler, mais qui peut expliquer les différents passages dépressifs qu'il a vécus en fonction de ses échecs professionnels, notamment en 1988, il dit avoir été fortement déprimé et avoir été en incapacité de travail pendant une année, il aurait à ce moment-là pris contact pour la première fois avec un psychiatre.

Par la suite, l'assuré a travaillé sans être vraiment satisfait par rapport à l'image de lui-même, signalons qu'il a également travaillé en tant qu'indépendant et qu'apparemment, son entreprise n'a pas très bien fonctionné.

Signalons également que selon le Dr G. _____ et le Dr Z. _____, l'assuré a vécu des épisodes dépressifs en fonction des événements, mais les signes et les symptômes décrits ne correspondent pas à un degré sévère qui aurait justifié l'incapacité de travail de cet assuré.

Je signale encore que selon le Dr Z. _____, cet assuré présente une fatigue ainsi que des troubles de la concentration avec une diminution du stress et des conflits souvent avec sa femme et l'employeur. Toutefois, ces troubles cognitifs ont pu être objectivés lors de l'examen neuropsychologique mais seulement d'un degré léger, donc nous pouvons considérer que ces troubles associés aux traits de personnalité de l'assuré provoquent des limitations fonctionnelles d'un 20% au maximum, l'assuré pouvant donc travailler à 80% ».

Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 29 mai 2017, le Dr N. _____ n'a retenu aucune pathologie ayant une répercussion sur la capacité de travail. Concernant des diagnostics dénués de telles répercussions, il a retenu un syndrome lombovertébral récurrent

chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie, une minime discopathie et arthrose facettaire postérieure L4-L5, un status post-opération de la cataracte de l'œil droit en 2014, un syndrome de fatigue chronique ainsi qu'une hypercholestérolémie stable sous traitement. La capacité de travail, d'un point de vue purement rhumatologique, était estimée à 100% dans son activité habituelle, cette dernière respectant ses limitations fonctionnelles, soit l'interdiction de mouvements en porte-à-faux avec un long bras de levier et du port de charge en porte-à-faux avec un long bras de levier de 10 à 20 kilos, de manière répétitive. D'un point de vue bi-disciplinaire cependant, la capacité de travail se montait à 80%, sans diminution de rendement.

Le 1^{er} juin 2017, l'assuré a débuté une nouvelle mesure de réinsertion sous la forme d'une mesure d'entraînement à l'endurance, pour le compte de [...], à raison de deux heures par jour quatre jours par semaine. Une augmentation progressive était prévue jusqu'à quatre heures par jour, quatre jours par semaine. Lors d'un entretien avec les collaborateurs de l'OAI tenu le 17 juillet 2017, l'assuré a souligné qu'il se sentait bien dans cette mesure et souhaitait pouvoir la poursuivre.

A l'occasion d'un rapport final établi le 20 juillet 2017, l'OAI a résumé les mesures professionnelles mises en place au profit de l'intéressé de la manière suivante :

« Il dépose une demande le 25.11.2014. Durant la période de l'intervention précoce, nous avons mis en place des mesures de formation : des cours LXE et LP1 en informatique afin de lui procurer plus de ressources pour maintenir son activité d'indépendant.

Des mesures d'ordre professionnel se sont ouvertes par la suite, c'est qui a permis de mettre en place une mesure de réinsertion REST d'une durée d'une année (01.06.2016 au 31.05.2017) chez Z. _____ SA, employeur qui donnait des mandats à M. Q. _____. La mesure, qui avait aussi prévu le suivi d'un coaching d'IPT auquel l'assuré n'a pas adhéré, n'a pas été concluante. En effet, M. Q. _____ présentait des difficultés à maintenir les présences et le rythme de travail.

En parallèle, l'instruction médicale du dossier a nécessité la mise en place d'une expertise bi-disciplinaire. Dans l'attente des résultats de cette expertise, nous avons mis en place une mesure de réinsertion à bas seuil chez [...] à Vevey pour permettre à notre assuré d'être actif et continuer à toucher les prestations. »

Procédant au calcul du salaire exigible, l'office AI a appliqué une réduction de 15% en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré, de son âge et de son taux d'occupation. Il a retenu une capacité attentionnelle réduite et la nécessité d'éviter les interférences ou les situations stressantes, l'intéressé s'approchant en outre de l'âge de la retraite.

Par projet de décision du 9 août 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer un quart de rente à partir du 1^{er} mai 2015 en raison d'un degré d'invalidité de 41%.

Le 11 septembre 2017, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il soutenait que le rapport du Dr S._____, à la base du projet de décision, était dénué de pertinence, au contraire des autres rapports psychiatriques versés au dossier. Il faisait également valoir qu'il était illusoire d'espérer trouver des employeurs désireux de l'engager, notamment au vu de son âge, de ses connaissances informatiques et bureautiques insuffisantes et de ses troubles cognitifs.

Par décision du 15 décembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision.

B. **a)** Par acte du 23 janvier 2018, Q._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Florence Bourqui, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} mai 2015. Il soutenait en premier lieu que le rapport d'expertise du Dr S._____ était trop peu rigoureux pour se voir accorder une quelconque primauté sur les autres rapports médicaux versés au dossier. Par ailleurs, étant âgé de 60 ans lors du dépôt de sa demande de prestations, respectivement de 63 lorsque l'OAI s'est prononcé la première fois sur sa capacité de travail médico-théorique, il convenait de se demander si, de manière réaliste, il était en mesure de retrouver un emploi dans un marché du travail équilibré. Il rappelait à cet égard ses troubles de la mémoire et de l'attention, son manque

d'autonomie, son incapacité à faire face au stress et ses absences régulières.

b) Par réponse du 15 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée, estimant en substance qu'il n'y avait aucune raison de considérer que l'âge avancé de l'assuré pouvait l'empêcher de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. En effet, si un changement d'activité pouvait poser problème à l'approche de la retraite, ce n'était pas le cas de l'assuré, qui aurait conservé une capacité de travail dans son activité habituelle.

c) Répliquant en date du 13 avril 2018, l'assuré a confirmé ses conclusions. Un examen global de ses possibilités d'engagement devait être entrepris, pas uniquement en cas de changement de domaine d'activité. Il n'était d'ailleurs plus capable d'effectuer correctement son activité habituelle d'informaticien en raison de ses nombreux troubles cognitifs. Ces derniers affectaient sa capacité de rendement et ne pouvaient être palliés par ses compétences ou son expérience.

d) Dupliquant en date du 3 mai 2018, l'OAI a confirmé les éléments développés à l'occasion de sa réponse.

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 expresse prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie 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 contre la décision du 15 décembre 2017 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-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 ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (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 leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. L'office intimé fonde la décision litigieuse sur les deux rapports d'expertise établis respectivement les 15 et 29 mai 2017 par les Dr S._____ et N._____, dont les conclusions sont disputées. Dans le cas particulier, il importe toutefois peu d'en éprouver le caractère probant, dans la mesure où se pose avant tout la question de savoir s'il est effectivement possible pour le recourant de réintégrer le marché du travail, compte tenu notamment de son âge et de ses limitations fonctionnelles, qui ne sont en l'occurrence pas remises en cause.

a) En effet, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail,

mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

b) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible

des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 et TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2).

c) Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; voir aussi Jacques-André Schneider, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in : Grenzfälle in der Sozialversicherung, Zurich 2015, p. 5).

6. Le recourant soutient que sa situation, au vu notamment de son âge, requiert un examen global de ses chances de réintégrer un marché du travail équilibré. Pour l'Office intimé, dès lors que le recourant peut reprendre son activité habituelle et ainsi y faire valoir ses compétences de même que son expérience, l'âge de l'intéressé ne saurait constituer un obstacle à sa réinsertion, invoquant notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_427/2010 du 14 juillet 2010 consid. 2.4 et 2.5.

a) En l'espèce, l'âge déterminant à prendre en considération est celui du recourant au moment de l'expertise du Dr S._____, le 15 mai 2017, constatant l'exigibilité médicale d'une activité lucrative, l'activité habituelle étant réputée convenable. L'intéressé était alors âgé de 63 ans, à deux ans de l'âge de la retraite.

b) Les limitations fonctionnelles du recourant objectivées par l'expertise médicale mais également dans le cadre de mesures de réinsertion, soit des troubles cognitifs et attentionnels et une faible résistance au stress, entravent à l'évidence ses chances de retrouver un emploi. Dans le contexte de telles limitations, l'intimé a lui-même reconnu la nécessité de mettre en place une mesure de réinsertion à bas seuil chez

[...]. Cette mesure a été bien acceptée par l'intéressé, en raison notamment d'un rythme de travail progressif, passant de deux heures par jour, quatre jours par semaine (équivalent à un 20%) à quatre heures par jour, quatre jours par semaine (équivalent à un 50%). Ainsi, toute reprise d'un travail nécessiterait des aménagements spécifiques importants et ce pour un taux d'occupation qui resterait réduit. À cet égard, Mme C._____, dans son évaluation du 20 janvier 2017, a préconisé un horaire souple où l'assuré aurait la possibilité de gérer ses pauses selon ses besoins, la limitation des interférences tout comme les situations de stress. On peut ainsi raisonnablement douter qu'un éventuel employeur consente à de tels aménagements afin d'optimiser un rendement déjà réduit chez le recourant, et ce pour une durée de deux ans au maximum, l'intéressé se trouvant ensuite en mesure de faire valoir son droit à la retraite. Les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles du recourant l'empêchent ainsi de manière réaliste de retrouver un emploi sur un marché du travail équilibré à l'âge qui est le sien. Aucun employeur potentiel ne consentirait objectivement à l'engager, sauf concessions irréalistes au regard de l'activité que l'on tient encore théoriquement pour exigible.

c) Les arguments de l'intimé ne sauraient remettre en cause cette appréciation. En effet, on remarque que la mesure professionnelle réalisée au sein de Z._____ SA n'a pas été concluante, malgré le fait que le recourant évoluait dans son domaine de compétence. Son expérience n'a pas permis de surmonter les répercussions négatives induites par ses limitations fonctionnelles. L'arrêt du Tribunal fédéral (9C_427/2010) invoqué par l'intimé ne lui est d'aucun secours, procédant à l'examen global des possibilités de réinsertion dans le marché du travail d'un assuré de 57 ans, bien plus jeune que le recourant. Le renvoi à une activité adaptée sur la base d'une appréciation strictement médico-théorique, contredite dans le cadre de mesures de réinsertion concrètes, ne sera donc pas suivi.

7. a) En définitive, le recours doit être admis pour ce motif et la décision attaquée réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée au recourant dès le 1^{er} mai 2015.

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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 15 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'Q._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2015.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de dépens, fixée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Bourqui, pour le recourant,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :