

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 septembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Armand Hichri,
avocat à Lausanne au sein d'Inclusion Handicap,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un Certificat fédéral de capacité (CFC) d'électricien, a travaillé en qualité de technicien de maintenance auprès de la Société de la S._____ (ci-après : l'employeur) du 1^{er} janvier 2002 au 31 mars 2014, date à laquelle les rapports de travail ont pris fin, en raison de l'absence prolongée de l'assuré pour cause de maladie.

L'assuré s'est ensuite inscrit auprès de l'assurance-chômage en tant que demandeur d'emploi et a, à ce titre, sollicité l'octroi d'indemnités de chômage. Il a conséquemment été mis au bénéfice d'un délai-cadre d'indemnisation deux ans à partir du 1^{er} avril 2014.

Le 2 septembre 2014, l'assuré 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), faisant état d'une dépression existante depuis le 11 mars 2013. Il a joint à sa demande divers rapports médicaux, dont notamment :

- un rapport du 24 juin 2013 de la Dre H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assuré, dans lequel ce médecin a attesté une incapacité de travail totale du 24 juin au 7 juillet 2013,
- un rapport du 27 août 2013 de la Dre H._____, attestant une incapacité de travail totale du 11 au 24 mars 2013 pour un état d'épuisement et un état anxio-dépressif, le facteur de crise étant celui d'une surcharge de travail et de difficultés professionnelles,
- un rapport du 19 décembre 2013 du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant une incapacité de travail totale depuis le 4 juillet 2013 et de 50 % du 1^{er} au 31 janvier 2014,
- un rapport du 26 juin 2014 du K._____, attestant une incapacité de travail totale à partir du 21 mai 2014.

B. Le 12 septembre 2014, V._____, assureur perte de gain maladie de l'employeur, a informé l'OAI du versement d'indemnités journalières en faveur de l'assuré du 24 juillet 2013 au 31 mars 2014 (l'assuré ayant récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2014) et lui a transmis le dossier de l'assuré comportant notamment :

- un rapport du 1^{er} février 2014 du Dr K._____, attestant une incapacité de travail de 100 % à compter du 4 juillet 2013,
- un rapport d'expertise psychiatrique du 22 novembre 2013, dans lequel le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a notamment retenu ce qui suit :

« (...)

V. STATUS CLINIQUE

(...)

V.5 Humeur

(...)

V.5.6 Conclusion

Tenant compte de l'anamnèse, des tests et mesures psychométriques et de l'examen clinique actuel, nous pouvons retenir que la symptomatologie de l'intéressé correspond à épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle. Il s'agit d'un trouble réactionnel à un licenciement vécu comme étant abusif selon l'anamnèse. L'épisode dépressif a évolué dans le contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante, actuellement non décompensés.

L'absence d'un traitement antidépresseur, qui est exigible pour des raisons asséculo-logiques, a considérablement ralenti le processus de guérison et augmente le risque de rechute.

F32.11 Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle. Symptomatologie dépressive légère, actuellement F32.0.

Nous ne retenons pas d'épisode dépressif sévère contrairement au psychiatre traitant étant donné que l'assuré ne présente pas d'anhédonie et que les répercussions des plaintes sur les activités de la vie quotidiennes dans le passé ne sont pas compatibles avec un épisode dépressif sévère, mais moyen (par exemple, l'arrêt du traitement antidépresseur fin juillet 2013 en raison de troubles sexuels, suggère l'absence d'anhédonie).

(...)

VI. DIAGNOSTICS

Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

F32.11/F32.0 Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle. Actuellement la symptomatologie dépressive est légère F32.0.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

F.10.20 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, abstinent depuis 23 ans.

Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage.

Z73.1 Accentuation de certains traits de personnalité. Traits de personnalité émotionnellement labile, de type borderline, et dépendante, actuellement non décompensés.

VII. REPONSE AUX QUESTIONS DE L'ASSURANCE

(...)

VII.7 Monsieur Z. _____ a été licencié pour le 30 septembre 2013. Quelle est sa capacité de travail :

a) d'une part dans son emploi de technicien de maintenance à 100 % ? Cas échéant, à quel taux et à partir de quand ?

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, l'expert considère que la capacité de travail clinique de l'investigué auprès d'un autre employeur ou du chômage dans son emploi de technicien de maintenance est nulle jusqu'au 31.12.2013, de 50 % du 01.01.2014 au 31.01.2014 et de 100 %, sans diminution de rendement dès le 01.02.2014.

Un retour auprès du même employeur pour exécuter les mois de préavis représente un risque de rechute.

En cas de décompensation des traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante, une hospitalisation en psychiatrie est nécessaire et les arrêts maladies devront être prolongés, surtout si une telle aggravation devrait survenir malgré l'introduction d'un traitement antidépresseur, qui est exigible d'un point de vue asséculoologique.

(...)

b) d'autre part dans toute autre activité adaptée à son état de santé ? Cas échéant, à quel taux et à partir de quand ?

L'ancienne activité est une activité adaptée.

(...)

VII.10 Pronostic

Le pronostic psychiatrique dépend de la mise en place d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychiatrique hebdomadaire, centré sur les traits de personnalité pathologique, afin de diminuer le risque de décompensation.

(...). »

C. a) Continuant l'instruction du dossier, l'OAI a reçu un rapport du 2 octobre 2014 du Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie et nouveau psychiatre traitant de l'assuré, dans lequel ce médecin a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, existant depuis 1989. Il a précisé qu'en mai 2014, une recrudescence des symptômes a incité le Dr K. _____ à attester d'un arrêt de travail jusqu'en juin 2014, mais a refusé de prolonger l'arrêt de travail au-delà, ce qui a conduit l'assuré à consulter le Dr F. _____. Ce dernier a constaté une importante asthénie, une tristesse manifeste et a décrit un assuré débordé, en larmes, se plaignant de troubles du sommeil, d'un état d'épuisement, d'anxiété et de troubles de la concentration et de l'attention. Il a en outre retenu qu'aucune activité n'était exigible, mais que le traitement pharmacologique pouvait aboutir à une amélioration de l'état clinique sans pour autant pouvoir juger du degré et du délai de la récupération de la capacité de travail. Le Dr F. _____ a encore indiqué qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % mais probablement pas avant la fin de l'année.

Selon le rapport employeur du 10 octobre 2014 et des pièces annexes, l'assuré percevait un salaire mensuel de 7'144 fr. à partir du 1^{er} janvier 2013, versé treize fois l'an, précisant que le salaire annuel était de 92'772 francs. Il apparaît dans les comptes de salaires que le revenu de l'assuré s'élevait à 7'044 fr. brut par mois en 2013 et 2014, respectivement 6'974 fr. en 2012, auquel s'ajoutaient les heures supplémentaires et des bonus. Il résulte en outre du rapport employeur que l'assuré a régulièrement été en incapacité de travail depuis le 21 janvier 2013, attestée par plusieurs médecins.

Dans un rapport du 9 mars 2015, le Dr F. _____ a répondu à l'intimé ce qui suit :

« 1. Quelle est l'évolution de l'état psychologique de votre patient depuis septembre 2014 ?

Amélioration partielle de l'état dépressif dans le sens d'une baisse des sentiments de désespoir et des idées de suicide. Il persiste une asthénie importante à prédominance matinale, des troubles de la concentration, une tristesse, des sentiments d'inutilité et d'impuissance, une absence de libido. Par moment, il retrouve un peu de vitalité et peut s'occuper 2 à 3 heures à des travaux de chantier sur sa maison qu'il est en train de faire rénover. Cette

activité n'est pas quotidienne et il n'a pas de rendement significatif. Il peut aussi jouer occasionnellement de la guitare. Cela signe une amélioration lente et partielle de son état. Le moindre stress ou rendez-vous ou toute augmentation de la pression le désarçonne. Il s'effondre en larmes à la moindre contrariété perdant alors son self-control. Se sent incapable de reprendre une activité professionnelle actuellement.

2. Limitations fonctionnelles psychiatriques ?

Instabilité de l'humeur, troubles de la concentration, asthénie, intolérance au stress. Il peut fonctionner quelques heures par semaine (8 - 10 h environ) en l'absence de toute exigence de rendement.

3. Capacité de travail exigible en tant que monteur-électricien ?

Nulle. En raison de son état dépressif. Par ailleurs, il s'est essayé à des travaux d'électricité sur le chantier de sa maison, mais il n'a plus l'habileté nécessaire ni la concentration. Il se sent dépassé par des tâches qu'il maîtrisait tout à fait par le passé. Par ailleurs, son travail à la S._____ était très spécifique et il a perdu les compétences techniques de son métier de monteur-électricien. Il n'est plus à jour avec les développements du métier.

4. Capacité de travail dans une activité adaptée sans stress et sans rendement ?

Probablement 50 % pour commencer et ce dès aujourd'hui, dans le cadre des mesures d'observation de l'AI par exemple.

5. Si l'assuré ne peut pas travailler dans une activité adaptée, quelles en sont les raisons ?

Je propose de commencer à 50 % vu la fatigabilité, l'importance de la dépression, le besoin de réentraînement au travail.

6. Traitement en cours :

mg/j.
Consultation chaque 15 jours. Saroten retard 75mg/j. Tranxilium 10

(...). »

Dans un avis du 24 mars 2015, la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité de monteur-électricien, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à partir du mois de mars 2015 et des limitations fonctionnelles (instabilité de l'humeur, trouble de la concentration, asthénie, intolérance au stress et fatigabilité).

b) L'assuré a bénéficié d'une mesure de réinsertion (entraînement à l'endurance) prise en charge par l'OAI du 6 juillet au 2 octobre 2015, puis prolongée jusqu'au 31 décembre 2015, auprès de la

fondation M._____, plus précisément au sein de l'atelier J._____. Il participait à cette mesure quatre jours par semaine à raison de deux heures par jours. A partir du 3 août 2015, le rythme de participation a été augmenté progressivement pour arriver à trois heures quatre jours par semaine.

Du rapport intermédiaire du 10 août 2015 de la fondation M._____, il ressort notamment ce qui suit :

« (...)

Compétences personnelles "sociabilité"

De manière générale, l'intégration à l'équipe et l'adaptation au nouvel environnement de travail se sont déroulés positivement. Malgré une première période difficile, notamment en raison du sentiment de dévalorisation par rapport à l'activité et au manque de repères, M. Z._____ a su donner un sens à son activité qui a présent lui convient.

La ponctualité, la régularité et la conscience professionnelle de M. Z._____ constituent des indicateurs de sa motivation et de son engagement ainsi que de son envie de progresser. Néanmoins, constatons qu'au niveau de son moral il y a des fluctuations importantes selon les jours. De même, son niveau de fatigue physique et psychique demeure élevé.

(...)

Compétences personnelles "motricité"

(...)

Nous notons des difficultés lors des déplacements de l'assuré en raison d'un problème à une jambe.

(...). »

D'une note d'entretien de l'OAI établie le 20 octobre 2015, il ressort notamment ce qui suit :

« (...)

Au jour d'aujourd'hui, nous pouvons déjà faire un constat suivant :

- M. Z._____ est très éloigné du marché de travail et ne possède pas les capacités de résistance, nécessaires pour affronter les exigences des entreprises réelles (cette information a été clairement confirmée par notre assuré hier, lors de notre bilan intermédiaire)
- La situation de santé de M. Z._____ n'est absolument pas stabilisée. Il nous fait part de ses difficultés actuelles qui restent encore présentes, sur d'autres plans - il existe même une certaine aggravation

- Le rendement de notre assuré reste particulièrement faible même en tenant compte de l'environnement bienveillant et semi-protégé de J._____. Il est évident que nous ne pouvons pas envisager l'évaluation du rendement de notre assuré dans l'économie car ceci engendrerait beaucoup trop de pression et de stress ».

Aux termes d'un rapport intermédiaire du 24 novembre 2015 de la fondation M._____, on observe ce qui suit :

« (...)

Compétences personnelles "sociabilité"

Durant ce mois, M. Z._____ a tenté de changer de médicaments, toutefois, ceci a entraîné des grandes difficultés de concentration et une fatigue et sommeil très importants. En accord avec son médecin, il a repris l'ancien médicament et fera le changement de médicament pendant la fermeture de l'atelier de Noël, afin d'éviter des risques, notamment à l'atelier et lors des déplacements en voiture ou en moto pour se rendre au travail.

Suite à l'augmentation de l'horaire d'une demi-heure supplémentaire, nous observons que le changement s'est fait avec beaucoup moins d'anxiété pour l'assuré. Par ailleurs, il s'est rapidement adapté au nouvel horaire. Toutefois, lorsqu'un éventuel changement au niveau de l'activité ou une prise de petites responsabilités au sein de l'atelier est évoquée, M. Z._____ dit ne pas se sentir en mesure d'y répondre convenablement. Par ailleurs, nous relevons un besoin important de réaliser des tâches plutôt répétitives et ayant un degré de complexité faible. Ceci semble favoriser une stabilité et créer des repères et des habitudes qui le rassurent.

L'encadrant tient à souligner la motivation et la volonté de M. Z._____. Cependant, son engagement semble diminuer en fin d'après-midi. Selon l'assuré, il s'agit d'une grande fatigue et d'un manque d'énergie.

Compétences personnelles "cérébralité"

Le niveau de concentration de l'assuré reste plutôt fluctuant. Aucune évolution sur ce point n'a été observée depuis la dernière évaluation. Le bruit au sein de l'atelier semble également être un facteur dérangent l'assuré.

Compétences personnelles "motricité"

Nous observons des difficultés dans les déplacements. Il nous indique avoir des douleurs aux genoux et cela semble diminuer la rapidité de ses mouvements et donc des déplacements.

(...). »

Par courrier du 28 décembre 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait subi une intervention chirurgicale le 26 décembre 2015 à la suite d'une bursite infectieuse au niveau du genou survenue le 25 décembre 2015. Il a produit un certificat d'incapacité totale de travail du

25 décembre 2015 au 17 janvier 2016 émis le 29 décembre 2015 par le Dr L._____, médecin assistant auprès du département de l'appareil locomoteur du Centre W._____.

Dans un courrier électronique du 8 janvier 2016 adressé à l'OAI, le Dr F._____ a indiqué ce qui suit :

« (...)

Depuis mon rapport de juin 2015, son état clinique n'a pas évolué. Il demeure très fragile, fatigable et déprimé.

Il a accompli avec assiduité et au mieux de ses capacités son activité au sein de M._____.

Sa tolérance au stress est effondrée et la mesure ne semble pas conduire à une progression qui permettrait d'envisager un retour dans une activité dans le marché ouvert. Tout au plus il me semble que M. Z._____ pourrait effectuer une activité en milieu protégé et dans un horaire aménagé.

Force est de conclure que les limitations fonctionnelles liées à son état dépressif persistant empêchent une réinsertion à moyen voire à long terme. »

Compte tenu de ces éléments, l'OAI n'a pas prolongé la mesure de réinsertion au-delà du 31 décembre 2015.

c) Dans un rapport du 29 janvier 2016, le Dr F._____ a estimé qu'il n'existait pas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de juin 2015, relevant une persistance d'une asthénie, d'une fatigabilité, de troubles de la concentration, une baisse de l'élan vital, une humeur triste avec de nombreux pleurs à l'évocation de ses problèmes, une incontinence affective, une baisse de l'estime de soi, un pessimisme et des angoisses face à l'avenir. Il a relevé une intolérance au stress très basse et la persistance d'un trouble dépressif chronique. Il a noté qu'un changement d'antidépresseur était resté sans effet. Il a constaté que l'assuré s'était montré très émotif, facilement en pleurs, vite fatigable et vite dépassé, lorsqu'il a œuvré au sein de l'Atelier M._____, et que seule une activité répétitive avait pu être exigée. Puis, il a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail entière dans toute activité dans le marché ouvert et qu'une activité adaptée en milieu protégé était exigible pour un temps partiel et sans perspective d'un

revenu significatif depuis le mois de mai 2014 (début de la prise en charge par ses soins, l'incapacité de travail ayant été fluctuante auparavant). A titre de limitations fonctionnelles, il a retenu une instabilité de l'humeur, des troubles de la concentration, une asthénie et une intolérance au stress, l'assuré ne pouvant fonctionner que quelques heures (8 à 10) par semaines en l'absence de toute exigence de rendement, ce qui avait été confirmé par l'observation faite au sein de M._____.

Dans un avis du 23 février 2016, en l'absence de toute amélioration sur le plan psychologique-psychiatrique depuis 2013, la Dre C._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant les volets psychiatrique et rhumatologique.

Dans un rapport du 30 octobre 2016, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du B._____ (ci-après : B._____), a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose droite et gauche débutante. Il a avancé un pronostic réservé. A titre de limitations fonctionnelles, il a retenu le port de charges, le changement de position et pas de position à genoux, indiquant que l'activité exercée n'était plus exigible.

Le 9 mars 2017, l'assuré a fait l'objet d'un examen neuropsychologique qui a conclu à des déficits en mémoire épisodique antérograde verbale, sévères au niveau de l'apprentissage et modérés au niveau de leur restitution différée, des légers troubles attentionnels en modalités soutenue et divisée, un fléchissement des aptitudes exécutives (incitation, programmation et flexibilité), ainsi qu'une faible tolérance au stress. Selon l'experte neuropsychologue, les troubles relevés sont de nature à entraîner de légères limitations au niveau de la mémoire et de la concentration ainsi qu'une baisse modérée du rendement en raison du ralentissement observé.

d) L'expertise a été confiée aux Drs X._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et P._____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie. Dans leurs rapports d'expertise respectivement des 27 mars et 5 avril 2017, les experts ont fait part de leurs conclusions. Le Dr X. _____ a notamment observé ce qui suit :

« (...)

III. DIAGNOSTICS

1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Gonalgies bilatérales sur probable syndrome fémoro-patellaire - déconditionnement de la musculature quadricipitale
- Status post bursectomie en décembre 2016.

2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Douleurs insertionnelles sur probable polyinsertionite de type fibromyalgique
- Cervicobrachialgies et lombalgies récurrentes, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans discopathie significative
- Status post otites à répétition.

3. Interactions des diagnostics (analyse entre les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle de l'assuré dans tous les domaines et appréciation de ses diagnostics lors de l'évaluation finale des experts)

Du point de vue rhumatologique, le bilan radiologique est rassurant au niveau des genoux et du rachis, on note certes des troubles dégénératifs, cependant mineurs, et compatibles avec l'évolution due à son âge.

L'examen est frappé surtout par un déconditionnement musculaire diffus, tant des membres inférieurs que du rachis lombaire.

Il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, les réflexes sont vifs et symétriques, il s'habille et se déshabille de manière fluide, il est capable de rester assis sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. Il est capable de monter et de descendre deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse.

(...)

VI .CAPACITE DE TRAVAIL

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

1.1 Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité antérieure est estimée à 90 %.

Du point de vue bi-disciplinaire après discussion avec le Dr P. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 70 %.

En effet, du point de vue psychiatrique l'atteinte à la santé est provoquée par les difficultés de cet assuré à assumer le stress et les

frustrations, mais ces traits de caractère existent depuis l'enfance, ils ont pu être décompensés en 2013 à la faveur d'une blessure narcissique provoquée par le licenciement ; par la suite, ces traits ont pu être exacerbés et provoquent une incapacité de travail de 30 % maximum et ceci depuis 2013.

1.2. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui à 90%.

(...)

1.4. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

On assiste à une diminution de sa capacité de travail de 20% au moins depuis 2013.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de la personne assurée ?

2.1 Une capacité de travail est-elle possible ? Si oui, depuis quand ?

Du point de vu rhumatologique, dans une activité adaptée, en limitant les mouvements de genuflexion répétés, sa capacité de travail est, à notre avis, totale.

2.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (heures par jour)

Du point de vue rhumatologique, dans une activité adaptée, sa capacité de travail pourrait être à notre avis totale.

Du point de vue bi-disciplinaire, après discussion avec le Dr P._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 100 %.

En effet, du point de vu psychiatrique, dans une activité tenant compte des difficultés actuelles de l'assuré à assumer le stress, il est capable de travailler à 100 %.

2.3 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Dans une activité professionnelle adaptée tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, l'assuré ne devrait pas présenter de diminution de rendement. »

Le Dr P._____ a quant à lui notamment observé ce qui suit dans son rapport du 5 avril 2017 :

« (...)

III. DIAGNOSTICS

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

- Trouble mixte de la personnalité (F61.0), notamment des traits borderline et paranoïaques.

2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

- Status après épisode dépressif survenu en 2013 (F32).

(...)

VI. CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

L'atteinte à la santé est provoquée par les difficultés de cet assuré à assumer le stress ou les frustrations, mais ces traits de caractère existent depuis l'enfance, ils ont pu être décompensés en 2013 à la faveur d'une blessure narcissique provoquée par le licenciement ; par la suite, ces traits ont pu être exacerbés et provoquent une incapacité de travail de 30 % maximum et ceci depuis 2013.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Dans une activité tenant compte des difficultés actuelles de l'assuré à assumer le stress, il est capable de travailler à 100 %. »

e) Dans un avis du 24 avril 2017, la Dre C._____, après examen des expertises, a conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 11 mars 2013 au 24 mars 2013, puis à nouveau nulle dès le 24 juin 2013. Dès le mois de janvier 2014, elle a estimé que la capacité de travail était de 70 % dans une activité en qualité de monteur-électricien et de 100 % dans une activité adaptée. A titre de limitations fonctionnelles, elle a retenu des difficultés à assumer / gérer le stress et les frustrations, la nécessité d'un endroit calme et une activité sans rendement soutenu.

Par courrier du 10 juillet 2017 adressé à l'OAI, le Dr F._____ a fait part de ses contestations s'agissant de l'appréciation du Dr P._____. Il s'est étonné de la capacité de travail retenue par l'expert, alors que la mesure effectuée auprès de la fondation M._____ avait dû être abandonnée en raison des limitations que le Dr F._____ avait décrites et que les maîtres socio-professionnels avaient observées. Le Dr F._____ a une nouvelle fois indiqué que l'assuré n'était plus capable d'exercer son métier d'électricien et que même après une mise à jour de ce métier, une capacité de travail de 70 % paraissait impensable. Il préconisait une réadaptation dans le cadre de l'OAI afin de confirmer ou d'infirmer le pronostic retenu par le Dr P._____.

f) Par projet de décision du 16 novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser une rente d'invalidité, au motif qu'il présentait un degré d'invalidité inférieur à 40 %. L'OAI a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale depuis le 24 juin 2013 mais que depuis le mois de janvier 2014, il présentait une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Toutefois, pour aider l'assuré à réintégrer le monde de l'économie et le soutenir dans ses démarches de recherche d'emploi, l'OAI lui proposait le soutien de son service de placement. L'OAI semble s'être fondé uniquement sur le rapport d'expertise du 5 avril 2017, si l'on se réfère à l'examen du droit à la rente effectué le 10 novembre 2017 et au complément au rapport final du 6 novembre 2017, qui mentionnent à titre de limitations fonctionnelles les difficultés à assumer/gérer le stress et les frustrations, endroit calme, sans rendement soutenu. L'OAI a en outre motivé son projet de décision comme suit :

« (...)

Afin de déterminer son préjudice économique, et par là-même son degré d'invalidité, nous avons comparé le revenu auquel il aurait pu prétendre en 2014 s'il avait continué d'exercer son activité habituelle de technicien de maintenance, avec le salaire qu'il pourrait obtenir en tant que concierge ou intendant, soit CHF 66'678.30. Dans sa situation, étant donné qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité.

Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles et son âge justifient d'appliquer un abattement de 10 % sur le salaire statistique précité. Son revenu d'invalidité est donc de CHF 60'010.47.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 38'263.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 18'834.05
Perte de revenu	CHF 19'428.95
Degré d'invalidité	35.31 %

Les critères pour l'octroi d'une rente d'invalidité ne sont pas remplis. En effet, un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente. »

Par courrier du 8 janvier 2018, l'assuré, par l'entremise de son conseil, a formulé ses objections quant au projet de l'OAI précité. Il a contesté les montants retenus par l'OAI à titre de revenus sans invalidité

et avec invalidité. Pour le revenu sans invalidité, il a relevé que l'OAI n'avait pas tenu compte des gratifications dans le calcul du revenu sans invalidité et avait procédé à une erreur de calcul. S'agissant du revenu avec invalidité, il a considéré qu'en dehors des activités de concierge ou d'intendant, il existait sur le marché du travail d'autres activités dans le secteur des services où il pourrait mettre à profit sa capacité de travail en fonction de ses limitations fonctionnelles. Il a estimé qu'un taux d'abattement de 15 % devait lui être appliqué en tenant compte de l'âge, des années de service et des limitations fonctionnelles. Il a soulevé la contradiction entre l'appréciation du Dr P. _____ et celle de son médecin traitant le Dr F. _____, laquelle ne saurait être écartée sans considération, dès lors que la mesure mise en place par l'OAI s'était soldée par un échec en raison de son instabilité psychique. Il a encore ajouté qu'il n'existait aucune activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles (pas de rendement, pas de stress) dans un marché du travail équilibré, mais uniquement dans le cadre d'une activité en milieu protégé. Dans de telles circonstances, une incapacité de travail totale devrait lui être reconnue, entraînant un degré d'invalidité de 100 % ouvrant ainsi le droit à une rente entière à partir du 1^{er} mars 2015.

Aux termes d'une communication interne du 12 janvier 2018 établie par l'OAI, il ressort notamment ce qui suit :

- « - Le salaire indiqué par le rapport employeur d'octobre 2014 correspond bien au **RS** [revenu sans invalidité] au moment de la survenance en juin 2013, soit **92'772.-**. Ce salaire nous a été confirmé par un contact téléphonique avec l'employeur (Mme [...]) en date du 18.01.2018 qui nous précise que le salaire mensuel était de 7'044.- versé 13 fois l'an, auquel s'ajoutait une participation de la caisse maladie de 100.-/mois versé 12 fois l'an. Les gratifications et autres bonus étaient aléatoires et non garantis : ils sont donc bien considérés comme des revenus irréguliers et aléatoires d'une année à l'autre et ne sont donc pas pris en considération pour le RS.
- Pour le **RI** [revenu avec invalidité], comme la procédure nous l'indique, nous retenons le salaire statistique des activités de service, activités qui englobent entre autres les métiers d'intendance et de conciergerie et qui sont adaptés aux LF [limitations fonctionnelles] de l'assuré et maintenons donc le chiffre de (66'678.39 avant réduction supplémentaire) **60'010.47** après réduction supplémentaire.

- Il n'y a pas lieu de retenir **l'activité habituelle** de technicien de maintenance puisqu'elle n'est **pas adaptée aux LF** : elle nécessite des capacités de concentration, engendre du stress en raison des déplacements en urgence notamment, et n'offre pas un environnement de travail calme.
- Selon notre appréciation au regard de **l'abattement**, nous maintenons une **réduction supplémentaire** au titre de désavantage salarial de **10 %** pour les LF et l'âge. Les années de services, eu égard à la carrière professionnelle de Monsieur Z._____ sont considérées comme un avantage puisque l'assuré pourrait toujours exercer son activité habituelle, et pourra mettre en valeur ses compétences dans les activités adaptées proposées.

(...). »

Selon l'extrait de compte individuel de l'assuré, celui-ci a perçu un revenu de 93'902 fr. en 2010, 94'589 fr. en 2011, 95'646 fr. en 2012 et 74'932 fr. en 2013.

g) Par décision du 5 mars 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 novembre 2017. Du point de vue médical, il a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption depuis le 24 juin 2013, date à partir de laquelle il a fixé le début du délai d'attente d'une année. Il a ensuite constaté que l'assuré présentait une capacité de travail de 70 % dans sa profession de monteur-électricien. En revanche, une activité professionnelle respectueuse de ses limitations fonctionnelles était exigible à 100 %, et ce depuis le mois de janvier 2014. Afin de déterminer son préjudice économique, et par là-même son degré d'invalidité, il a comparé le revenu auquel l'assuré aurait pu prétendre en 2014 s'il avait continué d'exercer son activité habituelle de technicien de maintenance, soit 92'772 fr., avec le salaire qu'il pourrait obtenir en tant que concierge ou intendant, soit 66'678 fr. 30 (salaire statistique des activités de service). Compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son âge, l'OAI a appliqué un abattement de 10 % sur le salaire statistique précité. Son revenu d'invalidé a donc été fixé à 60'010 fr. 47. Le degré d'invalidité de 35,31 % ne donnait pas droit à une rente.

D. Par acte du 19 avril 2018, Z._____, représenté par Me Karim Armand Hichri, avocat au sein d'Inclusion Handicap à Lausanne, interjette recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal

contre la décision précitée, en concluant, sous suite de frais et dépens, à titre liminaire à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer sa capacité de travail, principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} mars 2015, subsidiairement à une demi-rente à partir du 1^{er} mars 2015, et plus subsidiairement à un quart de rente à partir du 1^{er} mars 2015. A l'appui de son recours, il reproche à l'OAI le calcul du degré d'invalidité, plus précisément les montants retenus à titre de revenu sans invalidité et de revenu avec invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant fait valoir qu'il y a lieu de prendre en considération les gratifications et d'annualiser son revenu en prenant comme référence l'année précédant son incapacité de travail. Pour le revenu avec invalidité, il considère qu'un taux d'abattement de 15 % devrait lui être appliqué compte tenu de ses limitations fonctionnelles et des années de service. Il remet ensuite en question la valeur probante des avis des experts, observant une divergence d'opinion en fonction des questions posées. De plus, les experts n'indiquent pas à partir de quelle date le recourant peut travailler à 100 % dans une activité adaptée. Le recourant soutient encore que l'appréciation de son médecin traitant, selon laquelle il ne peut pas travailler, est probante. Cela d'autant plus qu'il n'existe, à son sens, aucune activité sur le marché de l'emploi n'impliquant aucun stress, ni rendement.

Par réponse du 2 juillet 2018, l'intimé propose - à la lumière des éléments amenés par le recourant dans le cadre de son mémoire de recours - de clarifier auprès des experts la date de récupération de l'exigibilité entière dans une activité adaptée, laquelle est en effet lacunaire dans l'expertise bidisciplinaire. Pour le reste l'intimé confirme le fait que, une fois l'exigibilité entière récupérée, le droit à la rente est exclu au vu du degré d'invalidité inférieur à 40 %. L'intimé joint l'entier du dossier du recourant ainsi qu'un avis du 26 juin 2018, aux termes duquel la Dre C._____ a notamment observé ce qui suit :

« (...)

Après avoir pris connaissance du contenu de l'acte de recours, nous regrettons de ne pas avoir interrogé les experts pour préciser le

début de la capacité de travail dans une activité adaptée (AA) ; les deux experts lors de l'entretien bidisciplinaire du 25 mars 2017, évoquent une capacité de travail entière, respectant des limitations fonctionnelles ; nous nous alignons sur l'appréciation faite à cette date. Voici nos conclusions :

- **CT [capacité de travail] à 70 % depuis 2013**, dans l'activité habituelle (monteur-électricien) ;
- **CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] à 100 % dès le 25 mars 2017**, date du consensus bidisciplinaire ;
- **LF** : difficultés à gérer le stress et les frustrations ; mouvements répétitifs de genuflexion. »

Par réplique du 21 août 2018, le recourant maintient ses conclusions, tout en précisant qu'un renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire n'est pas envisageable, dans la mesure où l'instruction nécessaire porte sur un domaine médical déjà investigué par l'intimé, à savoir le volet psychiatrique.

Par duplique du 13 septembre 2018, l'intimé estime - contrairement au recourant - judicieux de demander aux experts un complément de leur première expertise en les priant de clarifier la date de récupération de l'exigibilité entière dans une activité adaptée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (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.

a) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

Si l'assuré veut préserver tous ses droits, il doit ainsi déposer une demande à l'AI au plus tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2190 p. 538).

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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième

phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165).

b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1. et 2.1.1), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social.

Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. Aux termes de la décision attaquée, l'intimé s'est notamment fondé sur les rapports d'expertise pour considérer que le recourant présentait une incapacité de travail totale depuis le 24 juin 2013 et disposait d'une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès janvier 2014. On relève qu'à titre

de limitations fonctionnelles, le SMR a retenu des difficultés à assumer / gérer le stress et les frustrations, la nécessité d'un endroit calme et une activité sans rendement soutenu, faisant abstraction des limitations fonctionnelles rhumatologiques. Suivant les conclusions du SMR, l'OAI semble également s'être fondé uniquement sur le rapport d'expertise établi par le Dr P. _____ ; en effet la décision n'énonce pas explicitement les limitations fonctionnelles qu'elle retient, mais elle indique que le recourant devrait être capable d'exercer une activité de concierge ou d'intendant, alors que l'expert rhumatologue a fait état de limitations fonctionnelles par rapport aux mouvements de genuflexion répétés. Compte tenu de ce qui précède et dans la mesure où dans son projet de décision et dans sa décision l'intimé n'a pas énoncé les limitations fonctionnelles qu'il retenait, on peut douter que les limitations constatées par l'expert rhumatologue aient été prises en considération par l'OAI, et ce uniquement à la suite d'une omission manifeste dès lors qu'il n'apparaît pas au dossier que l'intimé remettrait en cause les conclusions du Dr X. _____. Il s'agira donc d'examiner la situation au regard des deux expertises.

Le recourant, pour sa part, a contesté l'appréciation de l'intimé en se prévalant notamment de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr F. _____, lequel soutient que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le mois de mai 2014 (date de sa première consultation) et une capacité de travail partielle dans une activité adaptée en milieu protégé.

Il convient ainsi d'examiner si l'expertise bidisciplinaire mise en place par l'intimé est probante.

a) Sur le plan somatique, l'OAI a obtenu une évaluation rhumatologique de la part du Dr X. _____.

Aux termes de son rapport du 27 mars 2017, l'expert X. _____ a posé les diagnostics de gonalgies bilatérales sur probable syndrome fémoro-patellaire et de status post bursectomie en

décembre 2016, avec répercussion sur la capacité de travail. L'expert a estimé que ces diagnostics engendraient des limitations fonctionnelles au niveau des mouvements de genuflexion répétés et que l'ensemble de la symptomatologie s'inscrivait d'une part dans le contexte d'un déconditionnement musculaire diffus, tant au niveau lombaire qu'au niveau des membres inférieurs et d'autre part dans le cadre d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Concernant la capacité de travail, l'expert X. _____ a considéré que, d'un point de vue purement rhumatologique, l'activité professionnelle antérieure demeurait exigible à 90 %, sans diminution de rendement, et que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière. Il a encore précisé que le recourant ne prenait aucune médication antalgique, anti-inflammatoire ou décontractante, mais qu'une approche physiothérapeutique sous forme de thérapie manuelle dans le cadre d'un reconditionnement musculaire pourrait être proposée en fonction des douleurs.

Plusieurs éléments ne permettent pas de s'en tenir à l'appréciation du Dr X. _____ pour le volet somatique.

aa) Le Dr X. _____ est parti de la fausse prémisse que le Dr T. _____ avait décrit dans son rapport médical du 30 octobre 2016 une absence d'incapacité de travail, celle-ci étant imputable à un burn out. Or, si ce médecin a en effet posé la mention « AI pour burn out » sous l'énonciation « incapacité de travail médicalement attestée de 20 % au moins dans la dernière activité exercée en tant que », on ne saurait en déduire que ce médecin a décrit une absence d'incapacité de travail en lien avec les atteintes aux genoux, ce d'autant plus que le Dr T. _____ a indiqué que les gonalgies avaient des effets sur la capacité de travail et qu'il a énuméré des restrictions fonctionnelles physiques liées à ces atteintes ; il a noté que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible. Dans ces conditions, l'expert X. _____ a mal interprété le certificat médical du Dr T. _____, qui était en outre le seul rapport d'un médecin non psychiatre pris en compte dans l'examen de la situation assécurologique. Dans la mesure où ce rapport médical était une pièce importante pour aider l'expert à apprécier la capacité de travail du

recourant à une certaine période, cette mauvaise appréciation peut avoir eu une influence déterminante, ce qui jette déjà un doute sur le bienfondé de l'appréciation de cet expert.

bb) Il est vrai que les atteintes rhumatologiques - soit essentiellement des atteintes au niveau des genoux - affectant le recourant ne font guère l'objet de controverse. On constate en revanche des contradictions, voire des lacunes, lors de l'évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles.

L'expert X. _____ a retenu une capacité de travail de 90 % dans l'activité exercée antérieurement, à savoir celle de technicien de maintenance. Or, dans le corps de la discussion de l'expertise réalisée, le Dr X. _____ a retenu qu'il n'y avait aucune répercussion de l'atteinte à la santé dans le domaine professionnel, que la symptomatologie n'entraînait pas d'impotence fonctionnelle significative, qu'il n'existait pas de contre-indication à proposer au recourant des mesures de réadaptation et qu'actuellement le recourant ne prenait aucune médication ni n'effectuait de physiothérapie (cf. rapport d'expertise du 27 mars 2017 p. 11 et 13). Il a même ajouté que les plaintes de l'assuré n'étaient que modestes et n'avaient pas entraîné à ses dires de limitations dans son activité professionnelle (p. 13 du rapport). D'une part, il a fixé à 0% les répercussions au niveau professionnel, des activités ménagères, des loisirs et des activités sociales, et, d'autre part, il a constaté l'existence de limitations fonctionnelles ; la conclusion du Dr X. _____ faisant état d'une capacité de travail de 90 % paraît être en contradiction avec ses considérations.

En outre, le Dr X. _____ a distingué la capacité de travail sur le plan rhumatologique, arrêtée à 90 %, et celle sur le plan bidisciplinaire, fixée à 70 % dans l'activité initiale (p. 14 du rapport, ch. 1.1), puis il a conclu à l'existence d'une incapacité de travail de 20 % au moins depuis 2013 (p. 14 du rapport ch. 1.4), après avoir rappelé que la capacité de travail était de 90 % (p. 14 du rapport ch. 1.2). On suppose que l'incapacité de travail de 20 % au moins se rapporte aux atteintes

psychiatriques et rhumatologiques, mais l'expert ne le précise pas, alors qu'il est interrogé en priorité sur les atteintes rhumatologiques.

La fixation du taux de capacité de travail est donc mal motivée, voire équivoque.

S'agissant des limitations fonctionnelles, outre une restriction au niveau de la position à genoux retenue par l'expert X._____, le Dr T._____ a également noté des limitations quant à l'alternance des positions et au port de charges (cf. rapport du 30 octobre 2016 du Dr T._____). Or, l'expert X._____ n'a pas retenu ces limitations et n'a donné aucune explication à cet égard. S'il est vrai que l'expert a relevé que, le jour de l'expertise, l'assuré s'était levé de sa chaise en salle d'attente d'un seul tenant avec le buste en antéversion, que durant l'examen clinique il avait réussi à s'asseoir sans se relever et sans opter de positions antalgiques, qu'il se déplaçait sans boiterie, qu'il était capable de descendre et de remonter deux étages d'escaliers en ne s'aidant pas de la rampe, qu'il avait exécuté des mouvements d'habillage et de déshabillage de manière fluide et qu'il s'était couché et relevé de manière également fluide (cf. *ibid.* p. 8), il n'en demeure pas moins que pour accomplir ces gestes le recourant n'a en définitive pas conservé la position assise durant tout l'examen clinique, quand bien même il n'a pas adopté de position antalgique. De plus, l'expert n'a pas souligné une exagération des symptômes de la part de l'assuré, alors que ce dernier expose que les douleurs ressenties sont aggravées par le port de charges de plus de dix kilos, par la position debout après une heure, par la marche prolongée de plus d'une heure, ainsi que par les longs déplacements en véhicule sans arrêt depuis son domicile (cf. rapport d'expertise du 27 mars 2017 p. 3). Au vu de ces éléments, l'aptitude du recourant à maintenir une position en continu, respectivement la nécessité d'alterner les positions, et de pouvoir porter des charges de plus de dix kilos, n'a pas fait l'objet d'un réel examen de la part de l'expert.

Par ailleurs, en sus des mouvements de genuflexion, le Dr X._____ a dans un premier temps évoqué des limitations fonctionnelles

au niveau des déplacements répétitifs en posant un point d'interrogation à la suite de cette dernière limitation (p. 10 du rapport) sans plus de précision ; or, il n'a pas retenu de telles limitations à la fin de son expertise sans en expliquer les motifs, alors que des problèmes liés aux déplacements en raison notamment de douleurs aux genoux avaient aussi été observés lors de la mesure de réinsertion (rapports intermédiaires de la fondation M._____ des 10 août et 24 novembre 2015). D'ailleurs, l'expert ne fait aucune référence à l'échec de la mesure de réinsertion, dont il ne fait pas même mention.

Il apparaît donc que l'examen des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique est insuffisant, l'expert ne pouvant se passer de motiver le rejet des limitations constatées par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et objectivées lors de la mesure de réinsertion.

cc) Le rapport d'expertise n'établit pas les périodes et taux d'incapacité de travail. Il indique que le recourant est connu pour des gonalgies bilatérales depuis 2015 et les rapports médicaux sur lesquels s'est fondé l'expert datent en effet de 2015 et 2016. L'incapacité de travail sur le plan rhumatologique ne peut donc a priori pas remonter à 2013 (comme semble l'indiquer l'expert à la p. 14 de son rapport), en tout cas aucun élément au dossier ne permet de le dire. On pourrait considérer que, dans la mesure où l'incapacité de travail sur le plan rhumatologique semble englobée dans l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique, cet élément n'est pas déterminant, si ce n'est que, comme on le verra, l'expertise psychiatrique ne fixe pas non plus les périodes et taux d'incapacité de travail nécessaires pour déterminer le taux d'incapacité de travail pendant le délai de carence.

dd) À la lumière de ces carences et contradictions, on ne saurait se rallier à l'exigibilité rhumatologique arrêtée par l'expert X._____ - à savoir 90 % dans l'activité antérieure et 100 % dans une activité limitant les mouvements de genuflexion répétés. Une instruction complémentaire s'avère donc nécessaire sur le plan somatique.

Au demeurant, les lacunes constatées ne peuvent pas être comblées par le rapport médical du Dr T._____. En effet, l'avis de ce médecin est succinctement motivé et s'avère en outre discordant s'agissant de la capacité de travail - ce médecin ayant retenu une incapacité de travail totale et avancé un pronostic réservé - et des limitations fonctionnelles (cf. rapport du 30 octobre 2016). De plus, le recourant n'amène aucun élément de nature à confirmer ou infirmer ces avis médicaux sur le plan somatique. Dans ces conditions, un complément d'instruction se justifie d'autant plus.

b) Sur le plan psychiatrique, l'OAI s'est basé sur l'évaluation de l'expert P._____.

A teneur de son rapport d'expertise du 5 avril 2017, le Dr P._____ a posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité (F61.0), notamment des traits borderline et paranoïaques, avec répercussion sur la capacité de travail et le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de status après épisode dépressif survenu en 2013 (F32.0). L'expert P._____ a considéré que la capacité de travail du recourant dans son activité de technicien de maintenance était de 70 % depuis l'année 2013 en raison de ses difficultés à gérer le stress ou les frustrations et que, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière en tenant compte des difficultés du recourant à assumer le stress. Il a encore précisé que le recourant ne prenait aucun traitement antidépresseur.

L'évaluation réalisée sur le plan psychiatrique ne peut cependant être retenue.

aa) Tel est notamment le cas au niveau du diagnostic.

Il apparaît à cet égard que l'expert P._____ a posé comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité, notamment des traits borderline et paranoïaques, réfutant ainsi le trouble dépressif récurrent signalé par le Dr

F._____ (cf. rapport du 2 octobre 2014 et du 9 mars 2015) et l'épisode dépressif moyen en rémission partielle relevé par le Dr G._____ (cf. rapport d'expertise du 22 novembre 2013). Il n'a toutefois guère étayé sa position sur le sujet, se limitant à dire qu'il n'a pas rencontré de signes ou de symptômes dans le cadre d'un registre dépressif et en focalisant le corps de la discussion sur les traits de personnalité du recourant au jour de l'expertise sans faire le pont pour arriver à la conclusion que l'assuré présente un trouble de la personnalité. Or, les explications de l'expert sur le diagnostic ne sont pas importantes seulement en vue de pouvoir constater de façon certaine la valeur de maladie. Bien plus, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présupposées dans la classification, doivent être reprises en considération lors de l'évaluation de la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2). En plus de ne pas bénéficier d'une motivation circonstanciée, le manque d'éléments en lien avec le diagnostic a eu une incidence en l'occurrence sur l'appréciation incomplète de la capacité de travail, les déficits fonctionnels résultant des éléments qui ont été déterminants pour diagnostiquer l'atteinte à la santé n'étant pas clairement énoncés. Les constatations sur les manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée doivent aider à séparer les limitations fonctionnelles qui sont dues à l'atteinte à la santé des conséquences (directes) de facteurs non assurés. En l'espèce, les constatations sont insuffisantes pour faire cet examen, le caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic n'étant pas clairement étayé.

On observe en outre que l'expert a retenu un status après épisode dépressif survenu en 2013 comme diagnostic n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail. Or, compte tenu des pièces au dossier, notamment des avis de psychiatres dont notamment l'expert G._____, il aurait fallu que l'expert P._____ indique les motifs pour lesquels il considérait que cette atteinte n'avait jamais eu d'incidence sur la capacité de travail. D'ailleurs, en réalité, l'expert ne dit pas clairement que cette atteinte n'a jamais eu d'incidence sur la capacité de travail mais qu'elle n'en a pas au jour de l'expertise. En effet, comme on le

verra plus bas, l'expert psychiatre n'a pas vraiment examiné la capacité de travail du recourant dans le temps.

bb) L'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques prête, elle aussi, le flanc à la critique.

L'expert n'a pas décrit les ressources disponibles ou mobilisables du recourant, se contentant de dire que l'assuré avait toujours pu travailler malgré les traits de la personnalité présents depuis l'enfance (cf. rapport d'expertise du 5 avril 2017 p. 19) ; pourtant ces éléments sont essentiels pour clarifier la capacité de travail.

En outre, le recourant a participé à une mesure de réinsertion du 6 juillet au 31 décembre 2015 dans le cadre de l'OAI et cette dernière s'est soldée par un échec. L'expert relève d'ailleurs que cette mesure s'est interrompue en raison du tableau clinique de l'assuré, notamment à cause des difficultés du recourant à gérer le stress. Ces éléments sont corroborés par les organisateurs de la mesure de réinsertion, lesquels ont relevé que la mesure ne pouvait pas se poursuivre en raison des difficultés rencontrées par le recourant. De plus, le progrès réalisé par l'assuré dans le cadre de la mesure au cours des derniers mois était très faible, malgré la mise en place d'un atelier semi-protégé et un taux de travail de 50 %. La corrélation faite entre l'échec du reclassement et les troubles de l'assuré incite, par voie de conséquence, à s'interroger sur l'exigibilité d'une activité. Cette mesure de réadaptation visait clairement à reclasser le recourant sur le marché de l'emploi. A cet égard, il sied de relever que les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelles mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références citées). Partant, si les observations au cours de la réadaptation professionnelle ne sont certes pas assimilables à un avis médical, elles ne peuvent cependant demeurer inexpliquées. Si l'expert a pris connaissance de ces éléments, il n'en tire pas vraiment de conclusion,

alors que, faute d'explication, ces observations rendent incohérentes la constatation de ressources personnelles suffisantes retenue par l'expert.

S'agissant de l'étude de la structure de la personnalité, l'expert a mis en avant que l'assuré n'avait pas d'idées noires, ni de sentiment d'infériorité, d'inutilité ou de ruine (cf. rapport d'expertise du 5 avril 2017 p. 15). Si ces éléments correspondent plutôt à une description positive de la personnalité du recourant, l'expert a tout de même relevé que l'assuré présentait des traits de personnalité borderline et paranoïaque, notamment des traits revendicateurs s'estimant régulièrement lésé s'agissant de ses droits, que dès le moment où le recourant se trouve confronté à une situation de stress où il peut se sentir dépassé, il décompense (cf. *ibid.* p. 17 - 18). L'expert n'explique pas de façon circonstanciée comment le recourant gère ces situations pour considérer qu'il dispose des ressources suffisantes, se contentant de relever que le recourant a pu se calmer durant leur entretien (cf. *ibid.* p. 17). Or, la jurisprudence pose des exigences de motivation accrues s'agissant de la structure de la personnalité (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Pour ce qui concerne le succès du traitement, l'expert donne une réponse laconique, insuffisante, voire contradictoire, en indiquant qu'il ignore si les traits de personnalité ont pu être travaillés en thérapie, qui serait la seule option à proposer, tout en ajoutant qu'il n'a pas d'option thérapeutique à proposer. On ignore ainsi si un traitement adéquat est suivi par le recourant et quel pronostic peut en être déduit. Or les troubles psychiques ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas être traités.

S'agissant de la cohérence, l'expert a constaté que dans le ménage, les loisirs et activités sociales, il n'y avait aucune atteinte à la santé qui avait pu être objectivée, mais que l'assuré disait que parfois il était incapable de faire des activités mais sans préciser lesquelles ni entrer dans les détails. L'analyse détaillée et l'appréciation critique des

répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines requises de l'expert sont donc inexistantes.

Ainsi, l'expert n'a rien dit sur la manifestation concrète de l'atteinte et sur la gravité fonctionnelle du trouble. La détermination des limitations fonctionnelles induites par le trouble retenu ne peut donc être considérée comme satisfaisante. L'expert retient à ce titre des difficultés à gérer le stress ou les frustrations. Il ne discute pas des limitations fonctionnelles qui avaient été constatées par les autres psychiatres, se contentant de faire un constat au jour de l'expertise. Or, s'il indique qu'une décompensation a eu lieu en 2013, il n'indique pas de quelle manière celle-ci a affecté la capacité de travail à ce moment-là.

Partant, il convient de constater que l'analyse des indicateurs n'est que très sommairement motivée, voire lacunaire, ne permettant pas de donner une pleine valeur probante à cette expertise.

cc) On relève encore des lacunes dans l'expertise s'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail.

En effet, l'expert P._____ arrive à la conclusion que le recourant peut travailler à 100 % dans une activité adaptée tenant compte des difficultés de l'assuré à assumer le stress. On relève d'emblée qu'au chiffre précédent, il a mentionné les difficultés de l'assuré à gérer le stress et les frustrations, de sorte qu'on ignore quelles limitations fonctionnelles ont véritablement été retenues. Par ailleurs, comme on l'a vu, l'évaluation des limitations fonctionnelles n'est que peu étayée, en particulier, l'expert n'indique pas pour quels motifs les limitations fonctionnelles constatées par le psychiatre traitant et lors de la mesure de réinsertion par les maîtres-socioprofessionnels et par le responsable du dossier AI ont été écartées. Mais surtout, l'expert n'indique pas à compter de quelle date l'assuré a pu travailler dans une activité adaptée, ni même à partir de quelle date il y a eu incapacité de travail. En effet, l'expert a constaté que l'atteinte à la santé était provoquée par les difficultés de l'assuré à assumer le stress ou les frustrations, mais que ces traits de caractère

existaient depuis l'enfance sans qu'ils n'aient eu d'incidence sur sa capacité de travail jusqu'en 2013, qu'ils avaient pu être décompensés en 2013 à la faveur d'une blessure narcissique provoquée par le licenciement et que par la suite ces traits avaient pu être exacerbés et provoquer une incapacité de travail de 30 % maximum depuis 2013. L'incidence de la décompensation et de l'épisode dépressif sur la capacité de travail n'est pas examinée, ni précisée, tant pour ce qui concerne le taux de l'incapacité de travail que sur sa durée. Or, l'expert de l'assureur perte de gain avait relevé une incapacité totale de travail temporaire en toute activité, ce que l'intimé avait également envisagé. Ces points, déterminants, auraient dû être instruits.

L'intimé a considéré qu'il y avait une incapacité de travail dès le 24 juin 2013 (date qui ne ressort pas de l'expertise). Puis il a estimé que le recourant avait récupéré 70 % de sa capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2014. Dans ses déterminations sur le recours, il a admis que l'expertise était lacunaire sur ces points et que les dates retenues dans sa décision n'avaient pas de fondement solide.

Les rapports du Dr F. _____ ou du Dr G. _____ ne sont pas suffisamment détaillés pour satisfaire aux exigences de la jurisprudence en matière de procédure probatoire, s'agissant en particulier de la grille d'indicateurs à analyser, de sorte que l'on ne peut combler cette lacune par des éléments relevant d'autres pièces au dossier. En outre, les diagnostics posés par l'expert diffèrent de ceux retenus par ces différents médecins, de sorte que l'on ne peut compléter l'expertise du Dr P. _____ avec d'autres conclusions médicales au dossier alors qu'elles divergent déjà sur la nature même de l'atteinte.

Un complément d'instruction sur ces points est donc nécessaire.

c) Sur le vu de ce qui précède, il n'est pas possible de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'incidence des différentes atteintes que présente le recourant, tant au plan somatique

que psychiatrique, sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans le temps, en particulier depuis début 2013. Les expertises sont lacunaires. De plus, elles contiennent des contradictions et leurs conclusions sont insuffisamment motivées, de sorte que l'on ne peut considérer qu'elles constituent une étude circonstanciée et leur donner une pleine valeur probante. Une nouvelle expertise pluridisciplinaire, portant sur l'ensemble des éléments nécessaires pour se prononcer et répondant aux exigences en matière de preuves, devra être diligentée.

d) On relève encore qu'à titre de limitations fonctionnelles, le SMR a retenu des difficultés à assumer / gérer le stress et les frustrations, la nécessité d'un endroit calme et une activité sans rendement soutenu, faisant abstraction des limitations fonctionnelles rhumatologiques. Dans son projet de décision et dans sa décision, l'intimé n'a d'ailleurs pas énoncé les limitations fonctionnelles qu'il retenait. Dès lors que l'OAI a pris en considération un revenu avec invalidité d'intendant en conciergerie, alors que l'expert rhumatologue a fait état de limitations fonctionnelles par rapport aux mouvements de genuflexion répétés, il semble que l'intimé n'a absolument pas pris en compte le rapport d'expertise du Dr X. _____ et a écarté les limitations fonctionnelles rhumatologiques sans aucune explication. Or, il n'y a, a priori, pas lieu de remettre en cause le principe de l'existence de limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique ; la nouvelle expertise les décrira et fixera leur étendue. A réception de la nouvelle expertise, l'intimé devra faire une appréciation de l'ensemble de la situation et, le cas échéant, indiquer pour quels motifs il s'écarte des conclusions des experts. Il devra indiquer dans sa décision quelles sont les limitations fonctionnelles retenues et en tenir compte dans le choix de l'activité exigible, celle d'intendant ou de concierge paraissant difficilement compatible avec les limitations fonctionnelles évoquées sur le plan rhumatologique.

En outre, le niveau de compétence 2 retenu pour le salaire statistique avec invalidité devrait être revu s'il résulte de la nouvelle expertise que la gravité du trouble commande une absence de stress telle

que seule l'exécution de tâches simples et répétitives serait exigible, comme cela résultait des observations lors de la mesure de réinsertion.

7. Sur le plan économique, il y a lieu de relever que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI ne semble pas correspondre au revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

L'art. 25 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise en outre qu'est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGa le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), hormis certaines exceptions (let. a à c). Par ailleurs, en vertu de l'art. 5 al. 2 LAVS, le salaire déterminant comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé. Il englobe les allocations de renchérissement et autres suppléments de salaire, les commissions, les gratifications, les prestations en nature, les indemnités de vacances ou pour jours fériés et autres prestations analogues, ainsi que les pourboires, s'ils représentent un élément important de la rémunération du travail.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (ATF 129 V 222 consid. 4.2).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant

l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

b) A titre indicatif, on relève déjà que le gain assuré du recourant lors de son inscription au chômage en 2014 était de 7'864 fr. par mois, soit 94'368 fr. par an, ce qui correspond déjà à un montant plus élevé que celui retenu par l'OAI pour cette même période.

A l'examen du dossier, notamment de l'extrait de compte individuel, on constate que le recourant a perçu en 2014 un montant de 7'044 fr. par mois ainsi qu'une part au 13^e salaire de 587 fr. par mois, plus un bonus de 1'500 fr. en janvier et un autre de 375 fr. en mars. En 2013, il a également touché un bonus de 1'500 fr. en janvier, en sus de la part au 13^e salaire (cf. rapport employeur p. 7 et 11). La situation a été la même pour l'année 2012 (cf. *ibid.* p. 15). Les bonus de 1'500 fr. par an semblent ainsi être octroyés de manière régulière. Même si les gratifications ne sont pas garanties et aléatoires, il y a lieu d'examiner si elles ont été régulièrement perçues, auquel cas elles s'ajoutent au revenu de base. Or,

on voit que tel a été le cas les trois dernières années avant que l'assuré ne soit en arrêt maladie. Il semble donc qu'il existe une certaine régularité. On relève également de l'extrait du compte individuel que le revenu du recourant a augmenté chaque année et que, dès l'année 2010 déjà, il percevait un revenu supérieur à celui retenu par l'OAI en 2014, ce qui laisse envisager le fait que l'assuré a touché des gratifications même avant 2012. Les gratifications, lorsqu'elles ne sont pas extraordinaires, entrent dans le revenu de référence et il y a lieu d'en tenir compte.

L'OAI fait valoir que le salaire de 92'772 fr. a été confirmé en janvier 2018 par l'employeur. Or, il apparaît que ce montant ne tient pas compte des gratifications. L'employeur aurait également confirmé par téléphone que les bonus étaient aléatoires et non garantis ; ce renseignement d'ordre général n'est toutefois pas suffisant ; il convenait de déterminer si, en l'espèce, le recourant avait perçu ou non régulièrement des bonus. Compte tenu de la différence entre le montant indiqué par l'employeur et les salaires soumis à cotisation AVS, il appartenait à l'OAI d'interpeller l'employeur sur cette question et de demander les certificats de salaires annuels afin de déterminer en particulier si des gratifications et/ou d'autres indemnités avaient été versées, en précisant les montants et les dates pour en déterminer l'éventuelle régularité, si les pièces annexées au rapport de l'employeur ne lui paraissaient pas suffisantes. L'OAI devra donc recalculer le revenu sans invalidité en tenant compte du salaire de base que l'assuré aurait perçu et en y ajoutant les éventuelles gratifications et indemnités touchées régulièrement, et en procédant à des mesures d'instruction à ce sujet au préalable.

8. En définitive, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et contradictoire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il ne s'agit pas simplement d'éclaircir des points qui n'ont pas obtenu de force suffisamment probante par l'instruction menée, mais de combler l'instruction sur des points qui n'ont pas été correctement investigués.

Ainsi, des éléments déterminants comme la date du début de l'incapacité de travail du recourant, la date du début de la capacité de travail dans une activité adaptée, le taux d'incapacité et sa durée pour la période antérieure à l'expertise ne résultent pas des investigations entreprises par l'intimé. Puis, le revenu sans invalidité a été fixé sans que la question d'éventuelles gratifications perçues par le recourant n'ait été instruite. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'autorité administrative, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui incombera en particulier de mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire (art. 44 LPGA), en vue de définir précisément les diagnostics, les limitations fonctionnelles affectant le recourant, ainsi que de déterminer à quel taux, à partir de quelle date et dans quel type d'activité celui-ci est en mesure de travailler, étant précisé que le volet psychiatrique devra répondre aux critères posés par la jurisprudence dans le cadre des maladies psychiques (ATF 143 V 418).

9. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, 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 avec l'assistance d'un mandataire qualifié, 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 2'000 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 les mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours déposé le 19 avril 2018 par Z._____ est admis.
- II. La décision rendue le 5 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, 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 Z._____ le montant de 2'000 fr. (deux mille 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 à :

- Me Karim Armand Hichri (pour Z. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :