

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mme Dessaux, juge, et M. Küng, assesseur

Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 43 et 44 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol né en 1960, est entré en Suisse en 1980. Titulaire de la patente de cafetier-restaurateur depuis 1990, il a exercé diverses activités dans le secteur de la restauration. Il se consacre également au domaine informatique, ayant suivi des cours de conception de sites internet.

B. A la suite d'une procédure de détection précoce, il a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc le 20 avril 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton _____ de _____ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), motif pris d'une « épithéliopathie rétinienne diffuse » et d'une « hernie discale ».

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les rapports des médecins traitants de l'assuré, à savoir la Dresse F._____, médecin associée au sein de l'Hôpital C._____, et la Dresse D._____, généraliste. Ces praticiennes ont communiqué les diagnostics de « chorioretinopathie centrale séreuse chronique des deux côtés », respectivement de « hernie discale L5-S1 ». La Dresse F._____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré n'était pas quantifiable, mais certainement améliorable dans son activité habituelle par des mesures médicales. La Dresse D._____ a de son côté considéré que son patient était doté d'une capacité de travail réduite à 50% dans son domaine de compétences, en raison essentiellement de fatigabilité de l'œil gauche et de sciatalgies (cf. rapports des Dresses F._____ et D._____ des 2 et 16 mai 2012).

Sur questions de l'OAI, la Dresse D._____ a indiqué le 20 août 2012 que son patient ne pouvait travailler dans son métier de cafetier plus de trois à quatre heures par jour en raison de ses problèmes de hernie discale et de l'inconfort du port des verres de contact. Elle a par ailleurs fait part, le 27 mars 2013, d'une aggravation de l'acuité visuelle et

d'un « état dépressif réactionnel », précisant que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 60% à 70% dans une activité adaptée. Des mesures professionnelles étaient préconisées.

La Dresse F. _____ a pour sa part signalé le 10 juin 2013 une régression de l'atteinte maculaire à l'œil droit, doté d'une acuité visuelle de 0.8, et une stabilisation de l'atteinte maculaire gauche, avec acuité visuelle de 0.5, recommandant l'exercice d'une activité « sans exigence visuelle de précision et de lecture ». Des mesures de réadaptation lui paraissaient également indiquées.

En date du 16 octobre 2013, le Service médical de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr J. _____, a retenu une capacité de travail réduite de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité sans travail de haute précision, ni prolongé sur écran, à compter du 18 mai 2012.

Après avoir déterminé un degré d'invalidité de 20,09%, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis en œuvre des mesures d'orientation professionnelle sous forme de stages au sein de l'U. _____ et du Centre A. _____. La première mesure a cependant été interrompue d'entente avec le prestataire, tandis que l'assuré ne s'est pas présenté à la seconde pour des raisons de santé.

Par rapport du 6 mai 2014, l'Hôpital C. _____ a fait part d'une situation inchangée sur le plan oculaire.

La Dresse D. _____ a de même communiqué une situation stationnaire le 16 mai 2014.

Suite à la prise en charge de l'assuré à compter du 25 mars 2014, la Dresse G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 24 juillet 2014. Elle a retenu les diagnostics d'un « épisode dépressif sévère, sans symptômes

psychotiques », et d'une « personnalité anxieuse (évitante) ». Elle a précisé que la capacité de travail de son patient était réduite, son efficacité et rendement professionnels se trouvant diminués.

Sur recommandation du SMR du 27 août 2014, l'OAI a confié un mandat d'expertise psychiatrique au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en date du 31 août 2015.

Après avoir procédé à des examens cliniques de l'assuré les 8 octobre 2015, 11 novembre 2015 et 9 février 2016, l'expert a rédigé son rapport le 19 mai 2017. Il a pris en compte les diagnostics d'un « épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) », de « privation de la relation affective dans l'enfance (Z61.0) » et « autres difficultés liées à l'entourage immédiat y compris la situation familiale (Z63) ». Il a conclu à une capacité de travail réduite à 50% dans l'activité habituelle. Des mesures médicales et professionnelles dans un centre spécialisé pouvaient améliorer dite capacité.

Sollicité pour avis, le Dr J._____, du SMR a estimé le 9 juin 2017 que le rapport d'expertise du Dr H._____ était dénué de valeur probante et contradictoire. Il a considéré que la capacité de travail devait être évaluée à 100% dans une activité adaptée, telle que ressortant de son précédent avis du 16 octobre 2013. Il a également envisagé la possibilité de faire réaliser une nouvelle expertise psychiatrique.

En date du 22 août 2017, le Service juridique de l'OAI a préconisé de s'écarter des conclusions de l'expert, faute de valeur probante du rapport corrélatif.

Le Dr J._____ a dès lors maintenu ses précédentes appréciations par avis du 7 septembre 2017.

Reprenant le degré d'invalidité précédemment déterminé à hauteur de 20,09%, l'OAI a fait part de ses intentions de nier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité par projet de décision du 14 février 2018.

Il a établi une décision en ce sens le 26 mars 2018 en l'absence d'objections de l'assuré.

C. Ce dernier, assisté de PROCAP, Service juridique, a déféré la décision du 26 mars 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 8 mai 2018. Il a conclu à son annulation, sous suite principalement de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité sur la base des conclusions du Dr H._____. Subsidiairement, il a conclu à une instruction complémentaire de son dossier du point de vue psychique, soit par le biais d'une expertise judiciaire, soit par le biais d'un renvoi à l'administration. Il a enfin sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 24 mai 2018, la magistrate instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré en l'exonérant de frais et d'avances de frais.

L'OAI a répondu au recours le 7 juin 2018 et en a proposé le rejet, se référant aux avis de son Service juridique et du SMR.

L'assuré a confirmé ses conclusions par réplique du 4 juillet 2018.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré

ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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

c) In casu, le recours formé le 8 mai 2018 contre la décision de l'intimé du 26 mars 2018 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA). Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées, de sorte que le recours est recevable.

2. a) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53)

b) Sont litigieux en l'occurrence le taux d'invalidité du recourant, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, et son droit à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF [Tribunal fédéral] I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF

9C_1023/2008

du

30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de

mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Il existe des constellations dans lesquelles l'autorité chargée de l'application du droit peut s'écarter de l'estimation de la capacité de travail réalisée dans le cadre d'une expertise, sans pour autant que celle-ci perde sa valeur probante ; la notion de capacité de travail est une notion de droit indéterminée sur laquelle il n'appartient pas au médecin de se déterminer de manière définitive (TF 9C_10/2014 du 20 août 2014 consid. 7 et les références). Dans le cadre de la libre appréciation des preuves dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient en effet ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales (ATF 140 V 193 consid. 3.1 et 3.2).

5. a) Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'une « chorioretinopathie centrale séreuse chronique » et d'une « hernie discale L5-S1 ».

Ses médecins traitants, dûment interrogées, ont communiqué leur appréciation respective de la capacité de travail résiduelle de leur patient.

La Dresse F._____ a pour sa part indiqué qu'il n'était pas « possible de quantifier l'impact » de l'atteinte oculaire sur la capacité de travail, considérant toutefois comme « vraisemblable que les mesures médicales

puissent compenser suffisamment pour justifier une continuation du travail dans l'hôtellerie ou similaire ». Elle a précisé que ses services n'avaient prononcé aucune incapacité de travail (cf. rapport du 2 mai 2012). Quant à la Dresse D._____, elle s'est expliquée sur son estimation de la capacité de travail, fixée à 50% dans l'activité habituelle, du fait de l'ensemble des problématiques affectant son patient (cf. rapports des 16 mai 2012 et complément du 20 août 2012).

Ultérieurement, la Dresse D._____ a maintenu son évaluation, soulignant que dans une activité adaptée la capacité de travail était réduite à 60% ou 70% en raison de « l'incapacité de lire des additions ou des menus » et des « lombosciatalgies à l'effort à répétition » (cf. rapport du 27 mars 2013). Une « aggravation de l'acuité visuelle », également décrite par la Dresse D._____, n'a cependant pas été confirmée par l'Hôpital C._____ qui a fait état d'une situation stable, avec « régression de l'atteinte maculaire » de l'œil droit, en date du 10 juin 2013. Au titre de limitations fonctionnelles, figuraient les activités exigeantes sur le plan visuel (cf. rapport complémentaire adressé à l'OAI le 10 juin 2013).

Fondés sur ces éléments, le SMR a en définitive retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, soit sans haute précision visuelle requise, ni travail prolongé sur écran (cf. rapport du 16 octobre 2013).

b) Ces conclusions - au demeurant non remises en question par le recourant aux termes de son mémoire de recours - ne prêtent pas flanc à la critique sous l'angle strictement somatique. Ainsi que l'a relevé à juste titre le Dr J._____ du SMR dans son rapport précité, on ne voit aucun élément de ce registre qui viendrait justifier une réduction de la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées. La Dresse D._____ ne motive au surplus aucunement son appréciation d'une capacité réduite à 60% ou 70% dans ce contexte.

Partant, on peut retenir l'avis du Dr J. _____ du point de vue somatique, lequel a été investigué à satisfaction, alors que le recourant n'a allégué aucun changement de sa situation à cet égard.

6. a) Dès le début de l'année 2014, s'est ajoutée une problématique d'ordre psychique qui a requis une prise en charge spécialisée auprès de la Dresse G. _____ à compter du 25 mars 2014.

A la suite du rapport de cette spécialiste du 24 juillet 2014, singulièrement au vu des diagnostics d'un « épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques » et d'une « personnalité anxieuse (évitante) », une expertise psychiatrique a été diligentée sur recommandation du SMR.

b) Le rapport de l'expert mandaté, le Dr H. _____, fait état d'un « épisode dépressif moyen avec syndrome somatique » au titre de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, mentionnant au surplus une « privation de la relation affective pendant l'enfance » et des « autres difficultés liées à l'entourage immédiat y compris la situation familiale ». L'expert a communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] Il s'agit d'un homme de 1962, d'origine espagnole qui présente une symptomatologie dépressive depuis l'année 2014 avec une situation professionnelle qui s'est dégradée avec une perte de toutes activités professionnelles depuis 2010-2011, ainsi qu'une situation familiale très complexe, en conflit avec son ex-femme autour des difficultés des droits de visite de son fils. Dans ce contexte-là, l'expertisé souffre des différentes pathologies somatiques « très handicapantes » selon les dires de [l'assuré]. La 1^{ère} serait une problématique ophtalmique avec une dégradation depuis son dernier diagnostic avec un suivi auprès de l'Hôpital C. _____. L'expertisé exprime que cela a un impact conséquent sur sa vie et son quotidien car il n'arrive plus à effectuer les mêmes tâches qu'auparavant avec une perte de la capacité visuelle. Deuxièmement une pathologie douloureuse en lien avec une hernie discale que [l'assuré] met en avant, avec des crises récurrentes lors des périodes difficiles ou lors de tension, surtout en ce qui concerne la relation conflictuelle avec son ex-femme. [L'assuré] n'a pas d'antécédent psychiatrique connu. Consulte la 1^{ère} fois en 2014 avec notre consœur. Il a bénéficié d'un suivi régulier

avec une adaptation d'un traitement pharmacologique qui a montré une légère amélioration lors du suivi. Sa symptomatologie dépressive s'est améliorée, néanmoins les symptômes autour de son corps et son vécu corporel restent toujours très présents et sont le problème principal si on tient compte du récit de l'expertisé. [L'assuré] a perdu sa capacité de socialisation et relationnelle. Jusqu'au décès de sa mère, il assurait la gestion de ses affaires en étant le curateur de celle-ci, mais à ce jour il a de la peine à gérer les [siennes]. Sa situation psychique et sociale s'est dégradée pour en arriver au stade où l'expertisé n'a plus que très peu de contact avec l'extérieur et passe la plupart de son temps chez lui, allongé sur le canapé. Il arrive que par moment il se sente bien pour créer des flyers satiriques qu'il dit encore beaucoup aimer faire sur son ordinateur.

Lors de notre évaluation, nous restons très attentifs au fait que dans le cas de [l'assuré], il manque particulièrement d'endurance et a de la peine à envisager un éventuel changement. L'expertisé se montre extrêmement défaitiste en ce qui concerne son avenir et n'a pas la capacité actuellement pour mobiliser les ressources qui lui restent afin d'améliorer son quotidien. En conséquence, l'expertisé a fini par arrêter tout traitement pharmacologique. [L'assuré] est persuadé que sa situation psychique est uniquement la conséquence des événements difficiles qui sont survenus dans sa vie ces dernières années.

Si nous regardons l'ensemble de la vie de l'expertisé, nous trouvons des éléments très marquants dans la vie d'un enfant, comme le manque de filiation, [l'assuré] n'ayant pas connu son père, et malgré ses efforts de recherche il n'a jamais pu trouver ses origines. La mère du patient n'a jamais été ouverte pour lui raconter son histoire personnelle autour de ses origines. Dans ce contexte-là, la mère du patient qui a dû quitter de manière brutale son pays d'origine en raison de la guerre et s'est protégée dans un pays étranger, a donc été une mère qui a manqué par moment d'affect auprès de son fils et qui a fini par déposer l'expertisé dans un internat alors qu'elle repartait s'exiler en Suisse pour pouvoir travailler. Ce manque d'attachement parental avec un vide affectif n'a pas pour autant eu une influence majeure sur le développement psychique de [l'assuré].

L'expertisé [a] pu pendant plusieurs années effectuer une activité professionnelle sans avoir de problème de manifestation pathologique psychique ou psychiatrique. Néanmoins, alors que sa problématique de santé physique s'accroît, nous voyons comment le patient s'effondre petit à petit avec une perte complète des repères, une situation à laquelle il n'arrive plus à faire face avec le peu de moyen qui lui reste.

En évaluant la situation de l'expertisé, nous pensons qu'il devrait intégrer une activité thérapeutique intensive, tel qu'un Centre de Jour. Commencer par les mesures de réadaptation, même d'endurance, ce n'est pas envisageable en raison de la symptomatologie dépressive. L'expertisé a déjà arrêté une mesure de réinsertion en 2014. Le fait de pouvoir travailler la fragilité dans le cadre d'un groupe thérapeutique, pourrait permettre à [l'assuré] une amélioration de sa santé psychique ainsi que la possibilité de retrouver une estime de soi qu'il a complètement perdue par son divorce et par sa situation professionnelle où finalement il est parti en conflit avec son patron car n'était plus capable d'assurer le travail demandé. D'un autre côté, une reprise d'un traitement

psychopharmacologique nous paraît nécessaire, l'introduction d'un antidépresseur pourrait limiter les effondrements dépressifs et pourrait, dans tous les cas, maintenir un certain équilibre psychique alors que la santé physique de [l'assuré] se dégrade et cela pourrait l'empêcher de s'effondrer complètement.

Nous avons actuellement un épisode dépressif modéré avec des manifestations somatiques qui sont de plus en plus marquées lorsque [l'assuré] a des conflits avec les autres ; autrement l'expertisé arrive à conserver une activité plus ou moins où il peut ressentir encore du plaisir, soit la création satirique de flyers.

Selon notre appréciation [clinique] lors de l'expertise nous considérons que [l'assuré] a des limitations en ce qui concerne sa capacité de travail en raison de sa symptomatologie dépressive et qu'il a une incapacité de travail à ce jour de 50% avec une péjoration progressive depuis l'année 2014.

Néanmoins nous pouvons déterminer sur le plan psychiatrique que l'expertisé a encore une capacité de travail résiduelle à 50%. Nous proposons une évaluation en profondeur dans le cadre d'un Centre de Jour avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire et la construction d'un projet, dans un premier temps, thérapeutique pour ensuite finalement pouvoir mieux nous déterminer en ce qui concerne la capacité résiduelle de l'expertisé. Ainsi que de la possibilité d'un rétablissement plus large de ses compétences.

Sur le plan psychiatrique, la pathologie retenue est un trouble dépressif modéré avec une symptomatologie somatique ajoutée.

Nous considérons que l'expertisé garde une capacité résiduelle de travail au moins de 50% et ce, depuis 2014, que l'on pourrait mobiliser par des interventions thérapeutiques comme celles citées auparavant. [...] »

c) Sollicité pour avis, le Dr J. _____ a communiqué les observations suivantes le 9 juin 2017 :

« [...] Les constatations cliniques en 7 lignes et l'appréciation en p.4-5 n'expliquent pas la prise de position de notre expert : lors de l'évaluation, l'expertisé n'avait pas de traitement pharmacologique, celui-ci ayant tout arrêté ; la vie quotidienne n'est pas décrite. L'expert précise bien l'absence d'antécédents psychiatriques connus, et que malgré une amélioration en 2014, le diagnostic actuel provoque une incapacité de travail de 50% du fait des limitations fonctionnelles (fatigabilité, intolérance au stress). Cette capacité de travail dans l'activité habituelle résiduelle de 50% mériterait selon lui une évaluation en Centre de jour, tandis qu'une adaptation pharmacologique pourrait aussi améliorer la capacité de travail de l'expertisé. En ce qui concerne une activité adaptée, notre confrère ne se positionne pas vraiment.

Notre avis : au vu de ce que nous rapportons déjà, cette expertise n'apparaît pas probante selon notre opinion : reçue 14 mois plus tard hors délais, 7 feuillets seulement, absence du déroulé habituel d'une expertise type, réponses aux questions incomplètes, pas de vie quotidienne, pas de cohérence diagnostique et incapacité de travail alors que arrêt de tout traitement, pas de positionnement par rapport aux autres confrères, pas de fixation d'une incapacité de travail durable démontrée, absence de démonstration des critères A et B de la dépression selon la CIM-10, ainsi que les critères du

syndrome somatique [...]. L'absence de traitement, comme d'antécédents psychiatriques, plaiderait plutôt pour l'absence de pathologie et une capacité de travail entière.

Au total, nous ne suivons pas les conclusions du Dr H._____, telles que formulées dans son rapport d'expertise. Nous vous laissons juge de la suite à donner : soit acceptation, soit 100% de capacité de travail comme dans le rapport médical SMR Dr J._____, du 16.10.13, faute de preuves objectives d'une atteinte véritable, soit une nouvelle expertise avec un confrère sérieux [...]. »

Le Service juridique de l'intimé s'est également prononcé dans une prise de position du 22 août 2017 :

« [...] Mon examen de l'expertise me conduit à partager les constatations du SMR quant aux manquements de l'expertise et à relever également que l'expertise manque de valeur probante, pour plusieurs raisons, concernant l'évaluation de la capacité de travail :

□ L'absence de traitement actuel (l'assuré l'ayant arrêté) pose en particulier problème pour retenir malgré cela comme incapacitant un trouble dépressif modéré ou moyen ; d'autant plus en l'occurrence au regard de l'amélioration constatée sous traitement par le passé, dûment rapportée par l'expert, ainsi que de l'amélioration future qu'il escompte avec une reprise de traitement. Cette situation n'est pas compatible avec la position du TF relative aux troubles psychiques et aux troubles dépressifs de degré léger à moyen. L'assuré doit en effet, pour rappel, avoir épuisé les possibilités de traitement exigible et le traitement suivi doit avoir été conséquent, à défaut de quoi la résistance de l'atteinte au traitement exigible ne peut pas être considérée comme suffisamment établie (le degré de vraisemblance prépondérante n'étant pas atteint), et il ne peut être retenu d'atteinte incapacitante (8C_5/2017, 9C_233/2016, 9C_781/2016, 9C_551/2016, 9C_434/2016, 90_901/2015).

□ La prise en compte d'éléments psycho-sociaux fait également obstacle selon le TF au caractère probant de l'expertise quant au caractère incapacitant de l'atteinte psychique (9C_781/2016). Or, comme repris ci-après, c'est en l'espèce le cas.

□ L'expertise a été fournie plus de 14 mois après que l'expert a eu le dernier de ses rendez-vous avec l'expertisé. D'où un impact négatif sur l'image de professionnalisme de l'expert et surtout sur la valeur probante desdites appréciations. Car si un tel retard porte moins à conséquence par rapport aux éléments factuels relatés dans le rapport, les questions d'appréciation s'en trouvent davantage affaiblies. Dans la mesure où leur rédaction peut avoir été finalisée à un stade bien ultérieur, elles peuvent potentiellement être entachées par l'effet de l'écoulement du temps sur la qualité de l'analyse. Or en l'espèce, les défauts constatés (et exposés ci-dessous), tel le manque de rigueur dans la motivation du diagnostic, ne permettent pas de l'exclure.

□ Le rapport d'expertise ne comporte d'emblée aucun historique du dossier et partant aucune prise de position par rapport aux avis

médicaux antérieurs, en particuliers divergents des préopinants. Cela affaiblit d'autant la valeur probante des conclusions de l'expert, surtout qu'il est le seul à évoquer et à retenir une atteinte psychique incapacitante.

□ Le rapport ne comporte aucun descriptif de la vie quotidienne de l'assuré (relatant ses plaintes quant aux douleurs *qui l'empêchent de réaliser des tâches de la vie quotidienne*, mais sans dire hélas lesquelles). La portée et la cohérence des conclusions de l'expert quant au caractère incapacitant de l'atteinte s'en trouvent considérablement amoindrie : difficile de faire le lien entre l'atteinte et ses conséquences qui seraient concrètement incapacitantes au quotidien.

□ Similairement, le rapport ne décrit pas non plus les symptômes-clé : l'assuré est ainsi dit présenter *une aboulie, une anhédonie*, mais on ignore comment elles se manifestent.

□ Le rapport contient diverses contradictions expresses et/ou des incohérences résultant de lacunes de motivation entre les observations et les conclusions émises [...]

En définitive, les conclusions quant à l'atteinte incapacitante ne peuvent être suivies faute de cohérence et de valeur probante, les éléments présentés attestant au contraire, à tout le moins en termes de vraisemblance prépondérante, l'absence d'atteinte psychique incapacitante. [...] »

d) En l'espèce, on peut se rallier aux critiques du SMR, respectivement de l'intimé, à l'encontre du rapport d'expertise rédigé le 19 mai 2017 par le Dr H. _____. On remarque en effet que ce document ne remplit en aucun cas les critères jurisprudentiels rappelés ci-avant sous consid. 4a pour se voir accorder pleine valeur probante. Il ne remplit au demeurant pas davantage les réquisits posés par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP ; cf. Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance 2016). Indépendamment du retard de rédaction relevé par les parties, on peut mettre en exergue nombre de manquements et d'imprécisions entachant le rapport concerné en sus de ceux soulignés par l'intimé. Sur le plan formel, on ignore les documents dont a disposé l'expert, ce dernier s'étant limité à relever avoir réceptionné le dossier constitué par l'intimé (cf. p. 1 du rapport d'expertise en question). On ignore au demeurant les pièces qu'il aurait analysées pour produire son appréciation du cas du recourant, étant souligné qu'il n'a aucunement discuté les avis et rapports émanant de ses confrères. En outre, quant à la structure du rapport incriminé, on peut

remarquer de nombreuses incohérences, voire des lacunes. Les éléments d'anamnèse relatés par l'expert sous rubrique « anamnèse professionnelle et sociale » sont extrêmement lapidaires, alors qu'ils contiennent également des sujets se rapportant à l'histoire médicale du recourant et pour partie les plaintes formulées par ce dernier. A l'inverse, eu égard aux « plaintes et données subjectives », le rapport ne fait état que de quelques points, pour l'essentiel développés sous la rubrique précédente. S'agissant du « status clinique », aucun des éléments rapportés par l'expert ne permet de comprendre le raisonnement qui l'a fait parvenir à ses conclusions diagnostiques (cf. p. 2-3 du rapport d'expertise du 19 mai 2017). Quant à son « appréciation du cas », l'expert ne fournit pas davantage d'explications sur les observations cliniques objectives lui permettant de conclure à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle. On ignore d'ailleurs si dite capacité doit être comprise pour le futur après une hypothétique prise en charge dans un centre spécialisé. On ajoutera, à l'instar de l'intimé et du SMR, que le Dr H. _____ ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles retenues (cf. p. 4 ss du rapport d'expertise incriminé). Dès lors, le rapport d'expertise de ce spécialiste peut être qualifié d'insuffisamment motivé, de sorte qu'on ne saurait en retenir les conclusions au demeurant peu claires.

e) On constate en l'occurrence que l'intimé a néanmoins extrait du rapport d'expertise du Dr H. _____ les éléments lui permettant de conclure à une capacité de travail de 100% dans toutes activités. Il a notamment considéré que le diagnostic d'un « épisode ou trouble dépressif moyen avec syndrome somatique » en l'absence de poursuite d'un traitement adéquat ne pouvait justifier les conclusions de l'expert en termes de capacité de travail. Il convenait donc de s'en écarter, ainsi que le permet la jurisprudence citée dans l'avis du Service juridique de l'intimé du 22 août 2017 (cf. également : consid. 4b supra).

Cela étant, ainsi qu'il a été relevé ci-dessus (sous let. d), les considérations qui ont conduit le Dr H. _____ à retenir ce diagnostic ne sont pas clairement établies. La Dresse G. _____ avait de son côté

communiqué le diagnostic d'un « épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques » que l'expert n'a pas discuté. Dès lors, il n'apparaît pas possible de déterminer avec certitude le diagnostic affectant l'état de santé psychique du recourant en l'état du dossier. Les lacunes du rapport d'expertise du Dr H._____ sont ainsi trop importantes pour qu'il soit possible d'en retenir certains aspects, à l'exclusion de ceux parlant en faveur d'une incapacité de travail, et se prononcer sur le cas du recourant. On ne peut en conséquence pas appliquer en l'espèce la jurisprudence citée par le Service juridique de l'intimé.

Dès lors que le SMR a expressément envisagé de mettre en œuvre une nouvelle expertise (cf. avis du Dr J._____ du 9 juin 2017 in fine), l'intimé ne pouvait – sans risquer l'arbitraire – s'abstenir de poursuivre l'instruction du dossier. Il lui appartenait à tout le moins de solliciter l'expert désigné pour un complément à son rapport du 19 mai 2017 ou de mandater un nouvel expert psychiatre. Il n'est au surplus pas davantage possible de se fonder sur les rapports médicaux des médecins traitants du recourant ou l'avis du SMR du 16 octobre 2013, lesquels sont pour la plupart antérieurs à la survenance de la problématique psychique prise en charge dès mars 2014 par la Dresse G._____.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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

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

8. En l'occurrence, compte tenu des carences dont souffre le dossier quant à l'état de santé psychique du recourant, il s'impose de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique de ce dernier, laquelle devra cas échéant intégrer l'examen des critères jurisprudentiels pertinents (cf. en matière de troubles dépressifs : ATF 143 V 409). La cause devra par conséquent être renvoyée à l'intimé, auquel il incombe incontestablement de procéder à un tel complément au vu des lacunes de l'instruction constatées sous consid. 6e supra. Il lui appartiendra dans ce contexte d'actualiser préalablement les données médicales somatiques, la nécessité d'une évaluation bidisciplinaire étant réservée en cas de modification éventuelle de l'état de santé du recourant sous l'angle somatique.

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

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} 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.

b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'500 fr.
(art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision, rendue le 26 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :