

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 février 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Métral et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 197[...], a travaillé depuis le 1^{er} juillet 200[...] à plein temps en qualité d'opérateur technique pour le compte de C._____ SA (ci-après : C._____ SA) au centre de production d'[...] jusqu'au 31 décembre 2015, date de la fin des rapports de travail (cf. rapport employeur du 24 avril 2014 et note d'entretien "entreprise" du 14 octobre 2016).

En incapacité de travail depuis le 2 septembre 2013 en raison principalement d'une hernie discale L5-S1 et de douleurs dans les jambes, il a déposé le 27 mars 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

b) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 14 avril et 27 octobre 2014), du Dr K._____, spécialiste en neurologie (rapport du 19 février et 13 novembre 2013), du Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie (rapports du 28 mai et 5 septembre 2014), du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport des 3 et 8 septembre 2014 et 6 mai 2015), du Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Centre hospitalier N._____ (ci-après : le Centre hospitalier N._____) (rapports des 21 octobre 2014 et 2 avril 2015), du Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique (rapport du 27 octobre 2014) et auprès de l'ergothérapeute S._____ (rapport du 6 décembre 2015, approuvé par le Dr Q._____).

L'OAI a fait verser à la procédure le dossier constitué par G._____, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur. Ce dossier contient notamment les renseignements médicaux émanant du Dr H._____, spécialiste en neurochirurgie (rapports des 4 octobre et 18 décembre 2013), du Dr I._____, spécialiste en médecine physique et

réadaptation (rapport du 17 décembre 2013), de la Dresse J._____, spécialiste en anesthésiologie (rapport du 20 novembre 2013), du Dr K._____, (rapport du 13 novembre 2013), du Dr L._____, spécialiste en radiologie et en neuroradiologie (rapport du 30 octobre 2013), du Dr M._____, spécialiste en radiologie (rapport du 12 septembre 2013), et du Dr D._____, (rapports des 5 novembre 2013, 21 mai et 10 septembre 2014).

c) Afin de compléter les données médicales, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, confiée à la Clinique E._____, à [...], soit au Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale (expert principal), au Dr U._____, spécialiste en rhumatologie, au Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'au Dr W._____, spécialiste en neurologie. L'expertise en question a été réalisée du 23 au 25 mai 2016. Dans leur rapport d'expertise du 6 juillet 2016, les experts ont retenu comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) (p. 11). Concernant les diagnostics dénués d'effet sur la capacité de travail, ils ont retenu des rachialgies non spécifiques (M54.9) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) (p. 12). Les Drs T._____, U._____, V._____ et W._____ ont formulé leur appréciation consensuelle du cas de la manière suivante (pp. 12-15) :

« APPRECIATION

L'assuré est un homme [d'une trentaine d'année], d'origine [...], établi en Suisse depuis l'âge de [petite enfance]. Il avait auparavant vécu avec ses grands-parents et sa mère, puis avec ses seuls grands-parents, lorsque sa mère a rejoint son père en Suisse lorsqu'il avait [petite enfance].

Après une scolarité un peu laborieuse, notamment en raison de l'acquisition de la langue, il a obtenu un CFC de [profession manuelle], puis exercé quelques temps l'activité de [profession manuelle], avant d'intégrer C._____, SA à [...] en 2002 avec obtention d'un contrat fixe en 2004.

Il a travaillé sans discontinuer chez C._____, SA, jusqu'à sa mise totale en incapacité de travail en septembre 2013, pour des douleurs lombaires. Des tentatives de reprise, dans un poste lui épargnant le port de charges, ont rapidement échoué, le conduisant à une incapacité définitive en septembre 2014.

Les circonstances de sa mise en incapacité de travail, en septembre 2013, sont surprenantes à plusieurs titres. Ainsi, les lombalgies

étaient anciennes, aux dires mêmes de l'assuré, et ce point est confirmé par les rapports du [...].

Il y avait été suivi en 2002 et l'on avait alors mis en évidence un conflit disco-vertébral L4-L5 et une hernie discale L5-S1. Ces lombalgies ont persisté sans entraîner une mise en incapacité, en dépit d'un engagement au travail salué par sa hiérarchie.

Par ailleurs, cet engagement au travail l'a conduit à signaler une erreur dans les processus de fabrication, ceci alors qu'il se trouvait en vacances, en juillet 2013. C'est immédiatement après son retour que les douleurs se seraient amplifiées, induisant l'incapacité de travail, réitérée après l'adaptation du poste, mettant en échec les tentatives de reprise.

En l'absence de fondements organiques nettement identifiables à l'origine des plaintes douloureuses lombaires, et dans le contexte de l'exploration d'une hypersomnie diurne non imputable à une cause précise, la participation d'éléments dépressifs a été évoquée dès 2013.

Une consultation psychiatrique n'a débuté qu'au printemps 2014 et le psychiatre traitant signale l'apparition d'épisodes dépressifs moyens depuis mars 2014.

Par la suite, la diffusion des plaintes douloureuses et la confirmation de l'absence identifiable d'une base somatique à leur origine ont conduit à évoquer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

Finalement, l'anamnèse biographique de cet assuré permet donc d'identifier une première phase d'existence sans nuage, tant sur le plan familial que sur le plan professionnel.

Puis sa situation professionnelle s'est brutalement dégradée.

Sur le plan familial, bien que l'entente du couple soit toujours décrite comme parfaite, sa vie personnelle a aussi été marquée par les problèmes de santé de son épouse, le contraignant à un investissement plus grand dans sa vie domestique et à une nette frustration lorsqu'une rente AI a été refusée à cette épouse.

Par ailleurs, les problèmes de santé de sa fille, en 20[...], finalement résolutifs, ont pu contribuer à le déséquilibrer.

A fortiori depuis la mise en incapacité de travail, les plaintes douloureuses se sont accentuées, multipliées, ont résisté à tout traitement.

Elles sont aujourd'hui décrites avec emphase, démonstrativité, comportement douloureux. L'assuré déclare qu'il n'y a pas d'endroit où il n'ait pas mal. De fait, l'évocation d'un éventuel symptôme obtient immédiatement une réponse positive, quelle que soit le système évoqué.

En dépit de ces plaintes multiples dans tous les systèmes, l'examen de médecine interne ne relève que l'obésité. Le rash maculo-papulaire, évoqué au dossier en 2014, n'est plus apparent.

On ne palpe pas le foie sur le rebord costal, mais une stéatose hépatique a été démontrée à plusieurs reprises, avec perturbation des tests biologiques, et l'on s'étonne qu'il déclare ne pas consommer d'alcool.

Il admet par contre un tabagisme important, perceptible à son haleine.

Sur le plan neurologique, les plaintes douloureuses comportent désormais des céphalées et des douleurs cervicales, associées aux lombosciatalgies.

Mais l'examen clinique ne décèle aucune anomalie.

Les plaintes se sont multipliées progressivement au cours du recueil de l'anamnèse, permettent donc de conclure à un syndrome douloureux diffus.

Sur le plan rhumatologique, l'examen physique est, selon les propres termes de l'expert, marqué du sceau de l'amplification. On relève le contraste entre les gestes spontanés et ceux effectués sur ordre, la variabilité des plaintes d'un instant à l'autre, la réaction à des stimuli non nociceptifs, la présence caricaturale des signes de Waddell pour la lombalgie et finalement la normalité de l'examen clinique par ailleurs.

L'expert relève ici que ce sujet, qui se plaint de lombalgies et qui a déclaré à l'expert principal avoir dû s'arrêter lors de son trajet pour venir d' [...], l'a répété matin et soir chacun des trois jours de l'expertise, sans y être contraint en aucune façon. Cela ajoute aux incohérences constatées lors de l'examen.

Finalement, on relève l'empan énorme, entre d'une part les plaintes et les limitations fonctionnelles alléguées et, d'autre part, leur socle organique.

Les rachialgies non spécifiques ne peuvent être retenues comme un facteur d'incapacité de travail chez un homme qui se déplace ainsi en voiture et qui mentionne sa présence au bord d'un terrain de football plusieurs fois par semaine.

Sur le plan psychiatrique, la situation est plus complexe.

L'expert a constaté objectivement la présence de signes de dépression. Il s'agit d'une tristesse marquée, d'un effondrement de son estime de soi.

Cet assuré, qui apparemment a fonctionné au-dessus des moyens dans un contexte de "sur-adaptation", a fini par s'épuiser, vers 2013-2014, en une sorte de burn out, de détresse.

Celle-ci a pu trouver une réponse dans diverses interventions du registre non médical qui, non seulement ont été dénuées de succès, mais ont probablement eu un effet iatrogène.

L'assuré paraît s'être effondré progressivement à partir des années 2010, à la suite des problèmes de santé de sa fille et surtout de son épouse, qui se sont ajoutés à sa surcharge professionnelle.

Les manifestations somatiques sont apparues en premier. Dans ce cadre, l'assuré a réuni les critères d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'épisode dépressif, s'il s'est développé postérieurement à l'apparition des symptômes douloureux, est le seul facteur reconnu de diminution de la capacité de travail sous forme d'une baisse de rendement.

En effet, on a vu que les experts du domaine somatique concluent pour une large part à la majoration des symptômes. On voit qu'il n'est pas possible, à l'examen de la vie habituelle, de retrouver, ni concordance ni gravité, à l'atteinte à la santé globale de cet assuré.

On doit conclure, selon la jurisprudence récente, que, sur le plan de ses douleurs, ces éléments constituent des motifs d'exclusion, qui ne permettent pas de reconnaître une atteinte à la santé incapacitante.

Comme l'écrit la jurisprudence, les critères d'exclusion restent valides même lorsque les critères de classification d'un trouble somatoforme douloureux sont présents.

Ce diagnostic n'est donc reconnu que comme sans impact sur la capacité de travail.

A l'inverse, l'épisode dépressif moyen, retenu depuis mars 2014 par le psychiatre traitant, est authentique.

Par le manque d'initiative, les difficultés de concentration, les troubles du sommeil, il est responsable d'une incapacité de travail de 50 %, par baisse de rendement.

L'expert psychiatre, s'il décourage toute initiative médicamenteuse psychotrope, considère que la reprise d'une activité, encadrée par une psychothérapie de soutien peut avoir un effet thérapeutique, en restaurant la confiance de [l'assuré en ses capacités.

Dans le cadre d'une réinsertion professionnelle, dans l'idéal dans la même entreprise, l'assuré serait capable, après six mois, de reprendre progressivement son activité à plein temps.

On doit initialement lui permettre des pauses, afin de prendre en compte sa baisse de rendement et de se réentraîner au travail, lui permettre de retrouver confiance en ses compétences et reprendre progressivement une activité à plein temps, au terme de six mois.

Au total, cet assuré de seulement 40 ans, a développé des plaintes douloureuses multiples, imputables à un syndrome douloureux somatoforme persistant, apparaissant curieusement dans un contexte initialement sans nuage.

Les indicateurs de gravité ne sont pas réunis pour un tel diagnostic, qui paraît même relever des critères d'exclusion, selon la jurisprudence récente.

Ce trouble est survenu dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux (maladie de l'épouse, surinvestissement du travail, maladie de sa fille), suffisamment importants pour que nous puissions les inclure dans une hypothèse causale.

L'épuisement des ressources adaptatives s'est finalement traduit par un épisode dépressif moyen, qui a justifié l'incapacité de travail à 50 % retenue par le psychiatre traitant à partir de mars 2014.

La survenue relativement récente de cet effondrement incite à une approche proactive dans le sens d'une reprise professionnelle, devant permettre le retour progressif à une capacité entière à échéance de six mois.

Ce retour à l'activité à plein temps, avec rendement réduit de 50 %, peut être immédiat, dans l'idéal dans la même activité, sinon facilité dans une autre entreprise par une aide au placement. La poursuite du traitement psychothérapeutique en est une condition nécessaire. »

S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise, le Dr V. _____ a notamment livré l'appréciation suivante (pp. 5-6) :

« Discussion et suggestion à l'expert principal

[...]

Depuis son arrivée en Suisse, A. _____ a produit un effort adaptatif qui a été, durant sa trajectoire professionnelle chez C. _____ SA, du registre de la surcompensation. Il se présente en effet comme ayant été un très gros travailleur faisant plus que sa part et parfois brocardé, de ce fait, pas ses collègues.

Depuis la fin de la décennie 2010, il doit toutefois faire face à des éléments de surcharge liés à la maladie de son épouse laquelle a dû désinvestir une partie des tâches domestiques qu'elle assumait. C'est ainsi sur les épaules de A. _____ que vient reposer une partie de ce fardeau. En 2011, la maladie de sa petite Ab. _____ réactive une problématique traumatique et de carence affective (probable dépression maternelle) liée au décès, à peu près au même âge, de sa sœur cadette. Les années suivantes vont être celles d'un effondrement progressif d'un sujet dont les ressources adaptatives se sont épuisées et qui va tenter de faire l'effort de se maintenir à flot, mais qui ne sera plus possible dès 2014.

Les symptômes touchant au départ la colonne vertébrale vont ultérieurement toucher, de manière non systématisée et ubiquitaire, l'ensemble de l'espace corporel et vont se compléter de symptômes psychiatriques peu spécifiques (hallucinations auditives). Je n'ai pas identifié chez A. _____ d'élément suggérant un fonctionnement psychotique de la personnalité. Les symptômes qui pourraient suggérer une altération du test à la réalité (hallucinations auditives) m'apparaissent relever plutôt de mécanismes dissociatifs bel et bien du registre névrotique.

En termes psychodynamique, A. _____ vit depuis plusieurs années une situation d'effondrement narcissique qui va se traduire dans la perte de l'appétit sexuel et une conviction de virilité altérée dans ses fonctions paternelles et conjugales. Il donne avant tout l'image d'un homme blessé et humilié qui tente, par des attitudes de prestance et une irritabilité de surface de préserver une image masculine. Le football est, de ce point de vue, une activité salutaire. Cet assuré donne l'impression d'avoir fonctionné au-dessus de ses moyens, dans un contexte de suradaptation avant de s'épuiser vers 2013 en une sorte de burn-out existentiel et d'une détresse qui a pu trouver au départ une réponse, non efficace, dans diverses interventions de registre biomédical.

Au plan clinique je note ce jour des signes de dépression touchant divers secteurs. Au niveau affectif on observe une tristesse marquée ainsi qu'une modification négative de l'image qu'il a de lui et une estime de soi effondrée. Une certaine démonstrativité ne m'est pas apparue être de nature à mettre en doute l'authenticité d'un tel climat affectif. J'observe des troubles noétiques, modérés, sous la forme d'une difficulté en concentration. Les signes somatiques sont présents sous la forme d'une adynamie et d'un trouble du sommeil. La pluralité des symptômes m'est apparue comme le reflet d'une panique existentielle chez un sujet qui se perçoit comme étant en

échec et qui recherche inconsciemment une compréhension dans l'entourage et un nouveau statut comme celui de grand malade.

De ce fait, à défaut d'une explication biomédicale claire il sera judicieux de s'abstenir de toute intervention-diagnostique ou thérapeutique susceptible de conforter ce statut.

Dans une constellation de symptômes divers et variés je constate que la douleur, touchant surtout le rachis, est la plainte principale. Ce trouble qui s'est construit autour de lombalgies au départ banales, survenu dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux (maladie de l'épouse, surinvestissement du travail, maladie de sa fille) suffisamment importants pour que nous puissions les inclure dans une hypothèse causale. La dépression est secondaire tant au plan logique que chronologique. Les observations faites ce jour correspondent au libellé du syndrome douloureux somatoforme persistant tel que proposé dans l'ICD10.

Actuellement, la conjonction de ces deux troubles (focalisation sur la douleur et acquisition progressive d'une identité de malade, symptômes noétiques et somatiques de la dépression) ont actuellement un impact sur sa capacité de travail dans le sens d'une baisse de son rendement. La capacité de travail, par ailleurs, m'apparaît conservée.

Je pense que la survenue relativement récente de l'effondrement (2013-2014) devrait inciter les organismes concernés (AI notamment) à une approche proactive dans le sens d'une réadaptation professionnelle. Il s'agit de restituer, par l'expérience, à cet assuré, un sentiment de compétence et de confiance dans ses capacités. A. _____ est loin d'avoir brûlé tous ses vaisseaux dans son ancienne entreprise (C. _____ SA) et il en parle d'ailleurs avec une certaine nostalgie. Je pense qu'une tentative soutenue par l'AI, avec montée en puissance très progressive, devrait être tentée pour autant, bien sûr, que l'entreprise puisse adhérer à un tel projet. Les médicaments antidépresseurs ne sont ici pas très efficaces (l'expérience et la littérature soulignent d'ailleurs que ces médicaments sont moins efficaces en contexte douloureux) mais la poursuite d'une psychothérapie de soutien m'apparaît judicieuse ce d'autant plus qu'il a une bonne alliance avec sa psychiatre et affiche une bonne adhésion au traitement. »

Par rapport SMR du 18 août 2016 et se référant à l'expertise précitée, le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale, a conclu que le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique justifiait une incapacité de travail dans toutes activités depuis le mois de mars 2014.

d) Afin de mettre en valeur les éventuelles capacités et compétences professionnelles résiduelles de l'assuré et de l'aider à recouvrer une capacité de travail entière dans une activité adaptée, l'OAI a proposé à l'assuré des mesures de réadaptation, dans un premier temps

refusées par l'intéressé (cf. note d'entretien du 30 novembre 2016). Après une première sommation de l'OAI du 14 décembre 2016, celui-ci a accepté la mise en place d'une mesure de réadaptation (cf. courrier de l'assuré du 18 janvier 2017). L'office a mis sur pied un programme d'entraînement à l'endurance du 13 février 2017 au 14 mai 2017 auprès de F._____ (ci-après : le F._____) et pris en charge ladite mesure (cf. communication du 7 février 2017 et contrat d'objectifs pour une mesure de réinsertion le 7 février 2017). Par courriel du 16 février 2017, le F._____ a indiqué à l'administration qu'il mettait un terme à la mesure, observant que l'assuré n'était pas apte à poursuivre cette mesure sans compromettre davantage sa santé (absence de sommeil, fatigue et douleurs au cou, bras et jambes, état déprimé). L'OAI a adressé une seconde sommation le 15 mai 2017 à l'assuré, lui impartissant un délai au 15 juin 2017 pour reprendre contact.

e) Dans un projet de décision du 19 juillet 2017, l'OAI a proposé d'octroyer à l'intéressé une demi-rente du 1^{er} octobre 2014 au 31 mars 2017.

L'assuré, assisté par [...], a contesté ce projet le 12 septembre 2017, motifs pris que les limitations fonctionnelles somatiques affectant l'intéressé auraient été occultées par les experts de la Clinique E._____ et qu'une nouvelle hernie discale ayant un contact avec la racine L4 serait apparue (cf. rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 23 mai 2017 du Dr L._____ adressé au Dr D._____). Sur le plan psychique, observant que l'appréciation de son psychiatre traitant (cf. rapport du 8 août 2017 du Dr Q._____) et de l'expert psychiatre de la Clinique E._____ concordait, l'assuré a reproché le caractère projectif de l'expertise, celle-ci omettant de considérer qu'il avait été licencié de C._____ SA. Il a estimé que la capacité à une reprise progressive professionnelle ne paraissait plus aussi évidente en présence de ressources psychiques épuisées et qu'il convenait d'interroger l'expert psychiatre sur l'évolution défavorable après l'échec de la mesure de réinsertion.

Par décision du 25 avril 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente du 1^{er} octobre 2014 au 31 mars 2017, se référant à une motivation séparée du 19 mars 2018. Pour l'administration, il ressortait de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % et après six mois une capacité de 100 %, moyennant une mesure de réadaptation. Une fois celle-ci mise en place, elle avait dû être interrompue sans évolution de la situation médicale, de sorte qu'après une sommation restée vaine, il convenait de retenir une pleine capacité de travail, ceci malgré les pièces médicales produites dans le cadre de la contestation.

B. **a)** Par acte du 28 mai 2018, A._____, désormais assisté de Me Jana Burysek, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} octobre 2014 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office intimé. En substance, il a contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique E._____. Sur le plan somatique, celle-ci serait de l'avis du recourant en contradiction avec les limitations fonctionnelles constatées par le Dr B._____ dans son rapport du 2 avril 2015. Sur le plan psychique, l'intimé n'aurait pas investigué l'absence de ressources permettant de se réadapter. L'intéressé a fait valoir que l'expertise se fonderait sur des considérations d'ordre général (expérience médicale et cours ordinaire des choses) et ignorerait les données individuelles du cas, l'expert ne s'exprimant que sur l'épisode dépressif moyen et occultant les symptômes de chronicisation d'un syndrome douloureux somatoforme. Il a soutenu que l'office aurait dû compléter l'expertise après l'échec des mesures de réinsertion constaté par le F._____. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

b) Dans sa réponse du 3 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les mêmes motifs que ceux ayant motivé la décision litigieuse.

c) Répliquant le 1^{er} octobre 2018, le recourant a maintenu ses conclusions, précisant que la mesure avait été interrompue à l'initiative du personnel du F._____ qui avait constaté des problématiques de sommeil, de fatigue et de douleurs ne permettant pas de poursuivre la mesure. Il a complété cette écriture par le dépôt d'un rapport médical du 3 octobre 2018 de son psychiatre traitant.

Par duplique du 22 octobre 2018, l'office intimé a maintenu sa position, les éléments au dossier n'apportant selon lui pas de nouvelles informations.

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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, est litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (1^{re} phrase). 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 (2^e phrase).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

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 fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Il s'éteint trois mois après la date à partir de laquelle elle a recouvré une capacité de travail suffisante (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour

prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir

le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

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 assécurologique. 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 au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Dans un arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que

le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) 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. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, respectivement d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique, au sens de la classification seraient réalisées (art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, ces derniers étant appliqués en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du 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, comme par le passé, 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 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 ; TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

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 (inévitabile) 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).

En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Dans ce contexte, les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, établie le 16 juin 2016 par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (ci-après : Lignes directrices SSPP), faisant expressément référence à la nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 5.1.2 qui critiquait alors l'absence de telles lignes directrices, relevant un « besoin urgent de renforcer la pratique de l'expertise psychiatrique »), gardent toute leur pertinence. Compte tenu du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à cette méthode d'administration des preuves, lorsque, vu le besoin concret de preuves, une telle administration ne s'avère ni nécessaire ni adéquate (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3).

S'agissant du succès ou de la résistance lors de la réadaptation, une réadaptation adéquate qui a pourtant échoué malgré une coopération optimale peut être significative de ressources entamées, dans le cadre d'un examen global prenant en compte les circonstances individuelles du cas (TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). A l'inverse, s'il n'y a eu aucune tentative, on peut penser que des ressources sont existantes sur ce plan. Par exemple, lorsque la personne assurée refuse toute mesure de réadaptation d'ordre professionnel, uniquement au motif qu'elle ne s'en sent pas capable, opposant ainsi une résistance certaine à toute tentative de réinsertion (TF 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.2), on ne peut alors conclure à l'absence de ressources sur

ce plan, puisqu'elles n'ont en définitive pas été testées mais qu'il y a eu opposition, et l'attention devra d'autant plus être portée sur les autres indicateurs (p. ex. facteurs d'exagération, personnalité, cohérence) pour définir pourquoi les mesures n'ont pas abouti. Là encore, cet indicateur permet donc d'affiner l'analyse des ressources résiduelles mais ici dans le cadre spécifique de la réadaptation (TF 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.1).

d) Selon la jurisprudence, les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante ; il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF 137 V 270 consid. 6). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 précité consid. 8).

6. Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise de la Clinique E._____ du 22 mars 2017 à l'aune des critères jurisprudentiels précités, puis d'examiner la problématique particulière du suivi des mesures de réadaptation mises en œuvre par l'office intimé.

a) S'agissant des atteintes somatiques, on observe que, dans son dernier rapport médical du 2 avril 2015, le Dr B._____, a attesté d'une capacité de travail de 25 % seulement dans l'activité professionnelle habituelle de contrôleur qualité chez C._____ SA du point de vue strictement musculo-squelettique, envisageant toutefois une progression de ce taux. Il faut relever que ce rapport est antérieur de plus d'une année à l'expertise de la Clinique E._____ et que l'auteur du rapport précise

que les renseignements au sujet de l'incapacité de travail émanent du recourant lui-même. Appelé à se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ce spécialiste en médecine physique et en réadaptation a estimé que les limitations fonctionnelles d'origine somatique étaient compatibles avec l'activité habituelle à l'usine d' [...]. Le Dr B. _____ a considéré par ailleurs que c'était la chronicité de la situation et la longueur de l'arrêt de travail qui justifiaient que la capacité de travail n'était pas entière, soit des facteurs ne relevant pas de l'OAI (thérapies, reconditionnement physique). Se fondant sur les seuls diagnostics propres à sa spécialité, il a réservé l'état de santé psychique de son patient et l'éventuelle incapacité de travail en découlant.

Dans le rapport d'expertise de la Clinique E. _____ du 22 mars 2017, les Drs T. _____, U. _____ et W. _____ ont fait état des rapports médicaux figurant au dossier et les ont discutés dans leurs appréciations individuelles et collective au terme d'examen cliniques réalisés du 23 au 25 mai 2016. Sur le plan somatique et à l'instar du SMR (cf. rapport SMR du 18 août 2016) la Cour de céans considère que le rapport d'expertise de la Clinique E. _____ est probant. Les experts ont établi ce rapport en pleine connaissance de l'anamnèse du recourant et de son dossier médical (rapport d'expertise, pp. 2-8). Ils ont tenu compte des plaintes exprimées et ont, dans leur appréciation, exposé de manière motivée les diagnostics retenus, respectivement écartés et leur impact sur la capacité de travail.

A l'appui de sa contestation du projet de décision, le recourant a produit une nouvelle IRM réalisée par le Dr L. _____ à l'attention de son médecin traitant (cf. rapport d'IRM du 23 mai 2017). Il ressort de ce document que cette nouvelle IRM était motivée par des « douleurs lombaires en exacerbation » et devait être comparée à celle du 5 février 2015. L'imagerie a révélé une régression de l'hernie discale L5-S1, une persistance des modifications de type Modic II du plateau inférieur droit de L5 et l'apparition d'une hernie discale L3-L4. Au vu du motif de l'IRM, soit sa comparaison avec l'IRM précédente, le médecin à son origine, le Dr D. _____, n'a apparemment pas constaté d'aggravation fonctionnelle,

et de l'absence présumée d'orientation auprès d'un spécialiste après cette IRM, la Cour de céans peut présumer, à l'instar du SMR (avis du Dr X._____ du 18 octobre 2017), que cette nouvelle hernie n'est pas source d'une aggravation de l'état de santé somatique du recourant par rapport aux constatations des experts de la Clinique E._____ dans leur rapport du 22 mars 2017.

Cela étant, il n'existe pas d'incapacité de travail découlant des atteintes somatiques.

b) S'agissant du trouble somatoforme douloureux, les experts ont à juste titre retenu des motifs d'exclusion (rapport d'expertise, p. 14), relevant des plaintes qui se multipliaient progressivement au cours du recueil de l'anamnèse (syndrome douloureux diffus) et un examen rhumatologique marqué du sceau de l'amplification. Ils ont observé des incohérences et une majoration des symptômes sur le plan somatique qualifiée d'empan « énorme, entre d'une part les plaintes et les limitations fonctionnelles alléguées et, d'autre part, leur socle organique » (rapport d'expertise, p. 13). Les motifs d'exclusion étant bien documentés dans l'expertise, la procédure de preuve basée sur les indicateurs standards pertinents ne s'imposait pas s'agissant du trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'à l'instar de l'autorité intimée (rapport SMR du 18 août 2016), la Cour de céans constate que ce diagnostic n'a pas d'influence sur la capacité de travail.

c) En relation avec le trouble dépressif, les éléments d'anamnèse rapportés par le Dr Q._____ le 3 octobre 2018 étaient connus du Dr V._____, lequel a lui aussi mis en évidence un « effondrement » du recourant (rapport d'expertise, pp. 13-14). Comme l'expert psychiatre de la Clinique E._____, le médecin psychiatre traitant n'a jamais exclu le retour à une pleine capacité de travail. Ainsi, dans son rapport du 8 août 2017, le médecin psychiatre traitant expliquait ce qui suit au sujet de la tentative de réinsertion à laquelle le F._____ avait mis fin :

« Depuis cette expertise, le patient a essayé de se réinsérer au F._____, sans succès ! L'idée de l'expert de réinsérer le patient pour mobiliser ses ressources est bonne et juste. La problématique réside justement dans le fait que le patient est actuellement dans l'incapacité totale de se réinsérer, n'ayant plus aucune ressource à cet effet.

Le patient doit clairement bénéficier d'une rente AI à 100 % provisoire (pendant 2-3 années) et ensuite une réinsertion peut être tentée.

Actuellement un échec quant à une réinsertion est certain. »

Les divergences résident d'une part dans l'appréciation de la capacité de travail actuelle, incapacité totale selon le Dr Q._____ (rapport du 8 août 2017 précité) et capacité de 50 % pour la Clinique E._____ (rapport d'expertise, p. 14), et d'autre part dans le délai de retour à une pleine capacité de travail, soit six mois pour les experts (rapport d'expertise, p. 15) et deux à trois ans pour le médecin psychiatre traitant (rapport du 8 août 2017 précité). Au vu de la récente jurisprudence imposant également en matière de troubles dépressifs une évaluation normative et structurée à l'aide d'indicateurs, il apparaît que le volet psychiatrique de l'expertise Clinique E._____ est lacunaire et ne permet pas d'apprécier si le recourant dispose effectivement des ressources nécessaires pour surmonter cet état dépressif et dans l'affirmative, dans quel délai. L'expert psychiatre n'a apparemment pas eu accès au rapport du 6 décembre 2015 de l'ergothérapeute S._____, approuvé par le Dr Q._____, qui n'a pas été discuté dans le cadre de l'expertise. Or, ce rapport expose de manière détaillée les ressources et les difficultés rencontrées par le recourant dans sa vie quotidienne avec de potentielles implications sur sa capacité de travail. L'expert s'est par ailleurs livré à son appréciation en partant du principe, erroné, que l'intéressé pourrait se réadapter progressivement au travail auprès de son employeur C._____ SA (volet psychiatrique, p. 6). La documentation et les informations portées à la connaissance de l'expert étaient donc incomplètes, de sorte que l'expertise n'est pas probante pour ce premier motif.

En retenant que le recourant devait évoluer vers une rémission complète de son rendement dans un délai de six mois grâce à une mesure

de réadaptation progressive et à un suivi psychothérapeutique, l'avis de l'expert psychiatre repose davantage sur des considérations d'ordre général (l'expérience médicale et la littérature), que sur les données individuelles du cas (volet psychiatrique, p. 6). Si le Dr V. _____ préconise une mesure de réadaptation, il ne décrit pas les ressources psychiques et sociales à disposition du recourant pour l'accomplir. Pour ce qui concerne l'état dépressif, dont le diagnostic n'est pas contesté et pour lequel les experts n'ont pas identifié de motif d'exclusion, les quelques éléments figurant dans l'expertise ne sont pas suffisants pour analyser les ressources du recourant : on ignore tout de la compliance au traitement médicamenteux (pas d'analyses pratiquées à la Clinique E. _____), de l'adéquation et du suivi du traitement psychiatrique auprès du Dr Q. _____. Malgré les doutes exprimés par le rédacteur de l'appréciation principale (stéatose hépatique, tests biologiques passés), l'anamnèse psychique est incomplète s'agissant de l'abstinence éthylique décrite par l'expertisé (rapport d'expertise, p. 13) bien que les Lignes directrices SSPP soient claires sur cette question (p. 9, ch. 3.2.2). Il n'existe pas davantage d'analyse de la personnalité (Lignes directrices SSPP, p. 11, ch. 4.3.1), ni de comparaison de la cohérence des limitations psychiques dans les différents domaines de la vie (Lignes directrices SSPP, p. 12, ch. 6.2). En outre, les éléments traitant du contexte social sont peu développés.

A considérer l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladie psychique ou les anciens standards de procédure, le volet psychiatrique du rapport d'expertise de la Clinique E. _____ du 22 mars 2017 ne permet pas d'appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants, de sorte que l'expertise n'emporte pas la conviction de la Cour de céans en ce qui concerne le volet psychique et qu'il convient de la renouveler.

c) Hormis les aspects médicaux susmentionnés, l'intimé justifie sa décision par l'interruption de la mesure de réadaptation (entraînement à l'endurance du 13 février 2017 au 14 mai 2017 auprès du F. _____). Cette mesure avait été acceptée par les parties selon

communication du 7 février 2017 et contrat d'objectifs du même jour. Selon l'OAI, la mesure en question a dû être interrompue sans évolution de la situation médicale deux jours après le début de la mesure, de sorte qu'après une sommation restée vaine, la décision litigieuse du 25 avril 2018 retenait une pleine capacité de travail.

Cette appréciation doit être écartée. S'il n'est pas contesté que l'acceptation de la mesure par le recourant suite à une première sommation du 14 décembre 2016, le courriel du 16 février 2017 adressé par le F. _____ à l'OAI montre que c'est le prestataire, et non le bénéficiaire, qui a mis officiellement un terme à la mesure de réadaptation, considérant que l'intéressé n'était pas apte à poursuivre cette mesure sans compromettre d'avantage sa santé (absence de sommeil, fatigue et douleurs au cou, bras et jambes, état déprimé). Les circonstances de cet arrêt auraient à tout le moins dû être éclaircies par l'intimé, particulièrement dans la mesure où les spécialistes en réinsertion du F. _____ ne semblent pas mettre en cause un manque de volonté de l'intéressé, ce qui pourrait être significatif de ressources entamées. Quant à l'absence de réaction dans le délai de la seconde sommation, ses causes ne sont pas connues. En l'état de l'instruction, il ne peut rien être déduit des ressources effectives du recourant sur la seule base du refus initial de mesure, puis de l'abandon de mesure et enfin du défaut de réaction à la sommation.

7. a) 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'administration est en principe justifié 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).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé, soit en particulier le volet psychique du rapport d'expertise de la Clinique E. _____ du 22 mars 2017, est partiellement lacunaire (cf. consid. 6c *supra*), ce dont l'intimé devait se rendre compte au moment où il a statué. Le dossier ne permet pas à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité pour une nouvelle expertise psychiatrique, 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). La cause étant renvoyée à l'intimé, il est prématuré de se prononcer sur la rente réclamée.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant 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 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'intimé, qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'700 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD). Ils couvrent le montant de la liste des opérations produite par le conseil d'office du recourant en date

du 5 décembre 2018, de telle sorte qu'aucune indemnité n'est due au titre de l'assistance judiciaire accordée par décision du 19 février 2018.

**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 25 avril 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 judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ la somme de 2'700 fr. (deux mille sept cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jana Burysek (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :