

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à
Fribourg,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, vendeur de profession, a déposé une demande de prestations AI [assurance-invalidité] auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 17 décembre 2013. Il faisait état d'une incapacité de travail totale depuis le 15 avril 2013 et indiquait souffrir de « douleurs du dos et genoux, dépression ».

B. Dans un rapport du 28 janvier 2014, la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dégénératif des genoux avec chondromalasia de grade II et dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, de malaise à l'emporte-pièce d'origine indéterminée, d'algurie et pollakiurie, d'état de stress post-traumatique, d'épigastralgies chroniques et de tunnel carpien droit opéré en mai 2013. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une bicuspidie aortique, une fissure anale, une hypertonie sphinctérienne et une neutropénie. La Dresse C._____ attestait d'une incapacité de travail totale du 13 au 17 février 2013, du 16 avril au 24 juin 2013, du 10 juillet au 31 octobre 2013, et depuis le 10 novembre 2013. Pour elle, l'activité de vendeur n'était plus exigible, mais une activité adaptée sans port de charges pouvait être réalisée à raison de 25 heures par semaine. La Dresse C._____ a en outre produit une série de pièces, dont les documents suivants :

- un rapport du 14 novembre 2013 des Drs S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et F._____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel ces médecins ont posé le diagnostic principal de syndrome lombo-spondylogène chronique, avec déconditionnement musculaire global, raccourcissements musculaires et troubles dégénératifs lombaires. Les diagnostics secondaires étaient des troubles dégénératifs des

genoux avec chondromalacie de grade II et dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, une bicuspidie aortique, un malaise vagal probable le 15 octobre 2013, une neutropénie et leucopénie, une algurie et pollakiurie, et une captation de traceur du cinquième métatarsien gauche en scintigraphie osseuse. Vu le contexte psycho-social de licenciement pour le 30 novembre 2013 et la fin des prestations de la caisse de compensation pour la même date, les médecins proposaient, selon l'évolution, un retour du patient au travail à 100 % avec limitation du port de charge sans aide d'un tiers à 10 kg et avec instauration de pause toutes les deux heures pendant trente minutes ;

- un rapport d'angio-IRM cérébrale et des vaisseaux pré-cérébraux réalisée le 3 décembre 2013 et selon lequel l'IRM cérébrale était dans les limites de la norme, les vaisseaux pré-cérébraux étant d'aspect normal ;

- un rapport du 20 décembre 2013 de la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, indiquant notamment que les examens effectués ne mettaient pas en évidence de signe suspect de maladie coronarienne. Elle estimait que les malaises présentés par l'assuré n'étaient pas d'origine cardiaque mais qu'ils faisaient plutôt penser à une démonstrabilité excessive. Elle ne pensait pas non plus que ces malaises étaient en relation avec une hypotension artérielle ou une vagotonie exagérée. Une prise en charge psychothérapeutique lui semblait plutôt nécessaire.

Dans un formulaire complété le 30 janvier 2014 par l'employeur de l'assuré, Z._____, ce dernier a indiqué avoir employé l'assuré du 1^{er} avril 2007 au 31 décembre 2013, pour un salaire annuel de 50'310 fr. à temps plein.

Dans un rapport du 7 février 2014, le Dr R._____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, a déclaré que les divers examens réalisés s'étaient révélés dans les limites de la norme.

Dans un rapport du 12 avril 2014, la Dresse U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique depuis le 7 juin 2013. Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était un trouble dissociatif. Selon ce médecin, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Elle proposait d'orienter le patient vers un métier dans lequel il pouvait se sentir moins stressé et enfermé, par exemple aide-jardinier à 100 %, avec un rendement diminué à 50 %.

L'assuré a par la suite été hospitalisé à la V._____ du 4 mai au 6 juin 2014. Dans leur rapport du 13 juin 2014, les médecins de cette clinique, les Drs D._____ et P._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Les comorbidités étaient un trouble dissociatif, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un trouble somatoforme douloureux persistant.

Dans son rapport du 25 juin 2014, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a formulé l'appréciation suivante :

« Au total, chez ce patient, je constate un hémisyndrome hémicorporel droit sensitivo-moteur d'allure tout à fait fonctionnelle avec réalisation, au cours de l'examen, d'un malaise d'allure hystérisiforme.

J'ai essayé de rassurer le patient sur l'absence de troubles neurologiques mais je ne lui ai pas proposé d'autres investigations dans mon domaine, d'autant plus qu'il a déjà été investigué de manière assez extensive sur le plan neurologique et cardiologique. Il a notamment eu une IRM cérébrale qui s'est révélée normale. »

Dans son rapport du 3 septembre 2014, la Dresse U._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dissociatif, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et d'état de stress post-traumatique. Les diagnostics sans effet sur la capacité de

travail étaient un trouble douloureux persistant somatoforme en lien avec une discopathie et une discarthrose dorsale et lombaire, ainsi qu'une gonarthrose. La capacité de travail était nulle dans toute activité. La Dresse U._____ estimait qu'une reprise de l'activité professionnelle était toutefois possible à 50 %, sans préciser à partir de quelle date.

Dans un avis médical du 17 octobre 2014, les médecins du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), les Drs L._____, médecin praticien, et W._____, spécialiste en médecine interne générale, ont requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, portant sur les volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne. Dans ce document, ils soulignaient le fait qu'il s'agissait d'une situation complexe, mêlant de multiples atteintes somatiques et psychiatriques. Vu la multiplicité des plaintes, ils étaient dans l'incapacité de déterminer les limitations fonctionnelles claires et de statuer sur la capacité de travail durable.

L'OAI a sollicité le T._____ de [...] afin qu'il réalise un examen pluridisciplinaire du recourant. Dans leur rapport du 4 mars 2016, les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne générale, E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse G._____ spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, de syndrome spondylogène lombaire chronique dans le cadre de troubles dégénératifs et de gonalgies droites sur chondromalacie de la rotule, avec probable lésion méniscale interne et épanchements articulaires à répétition. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient une hépatite B, une neutropénie d'origine indéterminée, une bicuspidie de la valve aortique, une majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques et un trouble moteur dissociatif. Pour les experts, la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était nulle. Dans une activité adaptée, elle était de « 100 % sur le plan somatique. Sur le plan psychique, 50 % durant une période de trois mois supplémentaires, le temps d'adapter le traitement psychotrope et de récupérer une pleine

capacité de travail ou de réadaptation ». Les médecins précisait que sur le plan rhumatologique, une activité adaptée était possible depuis le 15 avril 2014. Sur le plan psychique, l'incapacité était de 100 % dès le 16 avril 2013 en raison de l'intensité de la perturbation émotionnelle, de la fréquence des malaises dans le contexte du trouble moteur dissociatif et de la majoration des douleurs pour raisons psychologiques. Aux dires des médecins, « elle se justifie d'autant plus qu'un épisode dépressif est attesté dès mai 2014. Une amélioration survient et la capacité est de 50 % dès avril 2015. Une capacité de 50 % est possible actuellement et de 100 % dans trois mois ». Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

« Possibilité de changer de position, pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorsolombaire, pas de travail en position agenouillée, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de travail avec des engins émettant des vibrations, pas de longs déplacements ou de déplacements répétés sur terrain inégal, pas de montée respectivement de descente itérative des escaliers, pas de port itératif de charges > 10-15 kg.

Il n'y a pas de limitation psychique à moyen terme, le suivi du traitement est exigible. »

Dans la partie intitulée « synthèse et discussion », les médecins ont notamment relevé ce qui suit :

« [...]

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne l'examen de ce jour est rigoureusement normal hormis la survenue d'un malaise lors du status neurologique ; les données cliniques recueillies alors par l'expert ne se sont pas écartées de la norme, tout comme lors d'un malaise semblable chez un cardiologue. L'origine de ces malaises n'est pas clairement établie sur le plan organique.

Pour l'hépatite B, l'expertisé est suivi régulièrement au M. _____; aucun traitement n'est actuellement indiqué.

Il n'y a aucune indication à une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, les plaintes actuelles de Monsieur J. _____ concernent des lombalgies à prédominance droite, avec douleur dans le membre inférieur droit qu'il décrit partir de l'arrière du genou droit pour remonter dans la région lombaire basse. Les plaintes sont de type mécanique. Elles concernent aussi des gonalgies gauches, de type mécanique.

Enfin, Monsieur J._____ se plaint d'une faiblesse généralisée du côté droit, plus marquée au niveau du membre supérieur, qu'il explique par le fait que *tous mes muscles sont brûlés*.

L'examen clinique rachidien et périphérique est dans la norme hormis un épanchement du genou droit. Le status neurologique ne montre pas de déficit neurologique en relation avec un dermatome précis. Pour mémoire, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, relève, dans son rapport du 25.06.2014, que l'examen clinique de Monsieur J._____ a mis en évidence un hémisyndrome hémicorporel droit sensitivomoteur d'allure tout à fait fonctionnelle.

L'imagerie lombaire a objectivé des discopathies basses sans conflit radiculaire. Les radiographies du genou droit ont montré une chondromalacie rotulienne et une probable dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque interne.

Sur le plan rhumatologique, Monsieur J._____ présente un syndrome spondylogène lombaire chronique avec irradiation algique dans le membre inférieur droit, ceci dans le cadre de troubles dégénératifs, et des gonalgies droites chroniques sur chondromalacie rotulienne et lésion probable du ménisque interne droit.

En ce qui concerne la capacité de travail, l'activité de vendeur/manutentionnaire n'est plus exigible en raison des troubles dégénératifs rachidiens auxquels s'ajoutent les troubles du genou droit. En revanche, une activité adaptée est exigible à 100 %, sans perte de rendement.

Sur le plan psychique, les plaintes actuelles sont les mêmes qu'en 2013. L'annonce du licenciement a produit une perturbation émotionnelle intense avec des pulsions hétéro-agressives, suivie de l'émergence de douleurs dorsales, de malaises récurrents, de souvenirs traumatiques, puis de l'instauration d'un épisode dépressif moyen en mai 2014, devenu sévère en septembre 2014. Cette perturbation réactionnelle initiale n'est pas reconnue par l'expertisé.

Il n'y a pas d'argument pour un état de stress post-traumatique, car le licenciement ne représente pas un événement exceptionnellement traumatique ou menaçant. Les événements traumatiques liés à la guerre datent de plusieurs années et la perturbation émotionnelle déclenchée par le licenciement suffit à expliquer l'émergence des souvenirs traumatiques. Les symptômes initiaux correspondent au trouble de l'adaptation, qui peut aussi être concerné par des idées suicidaires.

Les malaises sont apparus une semaine après le licenciement et n'ont aucune origine organique. Le diagnostic différentiel est un trouble anxieux versus un trouble dissociatif. Une anxiété anticipatoire existe. Lors de leur survenue, seraient présentes des céphalées et une oppression thoracique. Ces malaises ont été objectivés durant les évaluations somatiques : il n'y a aucun signe clinique pour une origine somatique. Le malaise survient subitement et la durée est très courte. Au réveil, l'expertisé récupère rapidement et entièrement ses facultés mentales.

On peut remarquer deux autres points importants : lors de l'épisode durant l'évaluation de médecine interne, l'examiné félicite l'expert de son calme, ce qui sous-entend que son état de conscience était préservé ; lors de l'évaluation rhumatologique, l'expertisé affiche un sourire lorsqu'il s'excuse de ce malaise, tout en se relevant sur commande. Dans les deux épisodes, l'examiné perd la motricité des membres inférieurs, puis chute lentement, qu'il soit assis ou debout. Ces éléments sont en faveur d'un trouble moteur dissociatif. Un tel trouble survient en général dans le contexte de difficultés émotionnelles. Dans le cas de Monsieur J._____, on connaît ses ressentiments à l'égard de son employeur lors du licenciement ; ils ont été niés et le trouble dissociatif les exprime indirectement.

Le suivi psychiatrique et psychothérapeutique a permis de réduire la fréquence des crises, car le conflit et les sentiments négatifs ont pu être abordés. D'ailleurs, ils ont pu être exprimés durant l'évaluation psychiatrique. La fréquence s'est réduite à deux épisodes par semaine depuis trois mois. Les malaises n'empêchent cependant pas l'activité d'ouvrier ou de vendeur à Z._____.

La majoration des douleurs et leur caractère démonstratif dans toutes les évaluations orientent vers un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. En effet, il existe des symptômes physiques liés à une atteinte organique, mais ils sont amplifiés par l'état psychique. Nous nous écartons donc du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. En outre, une importante fixation psychique est constatée sur les malaises, les douleurs et sa souffrance. Le comportement douloureux démonstratif est évident, et l'expertisé est excessivement plaintif en position assise alors qu'à la marche l'expression algique disparaît, par exemple, entre le lavabo et sa chaise. Un tel trouble ne justifie pas d'incapacité de travail.

Selon l'expertisé, l'état dépressif serait toujours sévère. A l'anamnèse orientée, il affirme la présence de tous les symptômes dépressifs hormis les idées suicidaires qui ont fait place à des pensées de mort. Un syndrome somatique est également relevé. Les plaintes dépressives sont associées à des symptômes anxieux qui n'évoquent pas de trouble anxieux spécifique. L'anxiété est en relation avec des facteurs extérieurs et les souvenirs traumatiques. Elle est accompagnée de signes neurovégétatifs, d'une nervosité et d'une irritabilité. Il existerait des crises d'angoisse intenses et quotidiennes. Les souvenirs traumatiques seraient quotidiens et accompagnés d'un état d'hypervigilance. En état de stress, sont aussi décrits des épisodes d'absence, qui sont probablement une perte de l'attention dans un contexte de blocage mental dont l'origine est anxieuse.

L'anamnèse écarte la question d'une prise pathologique de toxique.

Au status, l'observation ne confirme pas l'épisode dépressif sévère. En effet, l'expertisé s'est déplacé seul en transports publics, est ponctuel, fait son âge, est soigné, orienté à tous les modes, sans signes d'un trouble de la personnalité : il ne manifeste qu'une anxiété légère, sans nervosité, irritabilité, ni signes neurovégétatifs. Les troubles neurocognitifs ne sont que légers. L'humeur n'est que modérément déprimée. Les crises de larmes ont un caractère

démonstratif ; elles ne cadrent pas avec l'absence d'un syndrome dépressif sévère, même s'il existe une anhédonie, une dévalorisation, un ralentissement fluctuant, une fatigabilité et un abattement modérés. L'expression émotionnelle fluctue en cohérence avec le sujet abordé, que ce soit des sentiments négatifs ou positifs.

En confrontant l'expertisé à son vécu lors du licenciement, on constate la persistance d'une perturbation émotionnelle basée sur une blessure narcissique importante. Ressortent alors les pulsions hétéro-agressives. Dans cet état, l'expertisé n'est plus abattu ni ralenti ; au contraire, il devient vif, le ton de sa voix augmente et la gestuelle est un peu plus agitée.

Il existe aussi une divergence entre une symptomatologie sévère et des concentrations sanguines à peine détectables pour le bupropion et la clotiapine ; pour cette dernière substance, le résultat peut s'expliquer par une courte demi-vie et une faible dose vespérale, mais ça n'est pas le cas pour le bupropion, dont la demi-vie est longue. Le Temesta est vraisemblablement pris, si on considère le monitoring en fonction de sa longue demi-vie.

L'ensemble de ces éléments permet d'infirmier l'existence d'un épisode dépressif sévère. L'intensité est tout au plus moyenne. Ni le dossier ni l'anamnèse ne permettent de distinguer deux épisodes dépressifs distincts et ayant fait l'objet de soins psychiatriques. Nous ne retenons donc pas la récurrence. Il s'agit d'un seul et même épisode dépressif, dont le traitement n'a pas été optimal en raison d'une mauvaise compliance au traitement. Néanmoins, il existe une amélioration significative puisque l'épisode est moyen, vraisemblablement grâce à l'approche psychothérapeutique. Les activités quotidiennes de Monsieur J._____ seraient encore limitées à cause des douleurs et du syndrome dépressif ; il ne parviendrait plus à assumer des tâches ménagères lourdes à cause des douleurs, et les tâches administratives en raison de sa dépression, ayant réduit la lecture - son seul loisir depuis des années - et l'usage de l'ordinateur. Par contre, il sort marcher plusieurs fois par semaine, peut faire des courses légères, et apporte occasionnellement son aide à un parti politique. Récemment, il a été en mesure de supporter un long voyage en bus pour visiter de la famille dans son pays. L'impact sur les activités quotidiennes n'est pas total. Les limitations existent en rapport avec l'anhédonie, une dévalorisation, un ralentissement fluctuant, une fatigabilité et un abattement modérés. Cependant des possibilités thérapeutiques existent et seront discutées ci-dessous.

En résumé, l'expertisé présente, depuis avril 2013, un trouble de l'adaptation compliqué d'une majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques et d'un trouble moteur dissociatif. L'évolution a été marquée par une aggravation du trouble de l'adaptation vers un épisode dépressif moyen en mai 2014, s'aggravant en septembre de la même année et devenant sévère. L'incapacité de travail est de 50% dès avril 2015. Au moment de l'expertise, l'intensité de l'épisode dépressif est à nouveau moyenne, comme au moment de la sortie de la V._____ en juin 2014.

La majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques et le trouble moteur dissociatif sont apparentés à une maladie psychosomatique, car l'examen somatique ne permet pas d'expliquer l'importance des douleurs alléguées par l'expertisé. Au regard de cela, nous avons été attentifs à évaluer les différents points mentionnés dans l'arrêt du Tribunal fédéral de juin 2015 concernant les affections psychosomatiques. Comme mentionné plus haut, la maladie psychosomatique s'accompagne d'un épisode dépressif moyen depuis juin 2014, lequel est toujours moyen avec un syndrome somatique depuis mai 2015. On relèvera qu'une capacité de 50% est reconnue depuis avril 2015, il est inscrit au chômage pour ce 50%, selon lui depuis début 2014, mais il ne trouve pas de place de travail. Il est considéré comme apte à une réinsertion professionnelle selon la psychologue, Madame H._____, dans son rapport d'avril 2015.

Les limitations existent en rapport avec l'anhédonie, une dévalorisation, un ralentissement fluctuant, une fatigabilité et un abattement modérés. Ceci justifie une incapacité de travail actuelle de 50% temporaire dans tous les domaines d'activité, sur le plan professionnel et privé.

Il n'y a pas d'argument pour un trouble de la personnalité. En dehors des traumatismes de guerre, il ne relate aucun autre fait traumatique. Il entre dans la vie adulte sans difficulté. Il est alors sociable et ouvert, même s'il a des difficultés à exprimer ses affects. Aucun conflit relationnel n'est rapporté, tant dans la vie privée que professionnelle. Sa difficulté à parler de ses émotions ne représente pas un critère suffisant.

Ressources de l'expertisé

Les ressources personnelles prémorbides sont plutôt bonnes. L'expertisé est issu d'une classe sociale moyenne supérieure. Il a fait une formation dans l'hôtellerie sans difficulté, parle cinq langues - même si certaines ne sont pas bien maîtrisées - et n'a rencontré aucun conflit relationnel majeur dans sa vie privée ou professionnelle. Hormis la difficulté à exprimer ses émotions, probablement en relation avec les expériences de guerre, nous ne relevons aucun trait pathologique de la personnalité. Il a toujours été un homme sociable, parvenant à s'intégrer dans la société. Sa participation à la vie politique en est un révélateur.

Les pathologies psychiatriques, en particulier le trouble dépressif moyen sont responsables d'une diminution des ressources personnelles, mais il devrait pouvoir les récupérer après une adaptation du traitement et une amélioration de la compliance médicamenteuse, d'autant que l'épisode dépressif est actuellement moyen.

Ressources disponibles sur le plan social

L'expertisé est bien soutenu par son épouse et aussi, à distance, par sa famille au [...].

Traitement

Le suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré est adapté, avec une fréquence adéquate. La réduction de la fréquence des malaises démontre l'efficacité de l'approche psychothérapeutique, alors que la compliance au traitement médicamenteux est mauvaise voire inexistante. L'effet thérapeutique de l'antidépresseur ne peut être attesté, tant sur le plan anxieux que dépressif. Dans la mesure où notre évaluation indique une intensité moyenne de l'épisode dépressif, un traitement antidépresseur adapté avec une meilleure compliance devrait permettre une rémission du trouble dépressif sur le plan médico-théorique. Un effet bénéfique devrait également être obtenu sur les symptômes névrotiques et la majoration des plaintes somatiques.

La suspicion de neutropénie sous Eflexor ne devrait pas empêcher l'usage d'un autre antidépresseur. A la V._____, ont aussi été introduits le Trittico, le Dalmadorm et le Rivotril. Le Trittico et le Rivotril ne sont actuellement plus prescrits, le Dalmadorm est en réserve. Au coucher, l'expertisé prend deux anxiolytiques différents. Nous pensons qu'une adaptation du traitement devrait être possible, en particulier un changement de l'antidépresseur en faveur du Cymbalta pour son effet sur le seuil de tolérance à la douleur, et qui n'est pas connu pour un risque de neutropénie, une simplification de l'anxiolyse en s'en tenant à une seule molécule, comme le Tranxilium dont la longue demi-vie permettra une meilleure couverture. Un tel traitement devrait permettre d'atteindre une stabilité de l'état psychique. Il est exigible.

Réadaptation

En l'état, nous pensons qu'une réadaptation est possible, actuellement à 50% comme mentionné dans le dossier. La stabilité psychique dépend de l'adaptation du traitement médicamenteux et de la compliance, celle-ci peut être atteinte dans un délai de trois mois après la fin de l'expertise. Cette adaptation est exigible. Dès trois mois, la réadaptation est possible à 100%. Un trouble dépressif moyen ne justifie généralement pas d'incapacité de travail durable.

Cohérence

Il existe des incohérences entre l'anamnèse et le status psychiatrique. Les limitations dans la vie quotidienne sont en cohérence avec les pathologies psychiatriques. La capacité de travail est de 50%, mais elle devrait s'améliorer avec une adaptation du traitement psychotrope et une amélioration de la compliance. La situation économique difficile pourrait interférer actuellement dans le maintien des plaintes anxieuses et dépressives.

D'après sa demande de prestation AI, il est en incapacité de travail depuis le 15.04.2013.

D'après l'annonce maladie à la Q._____ par l'employeur, il est en incapacité depuis le 16.04.2013, il est licencié pour le 30.06.2013, reporté ensuite au 31.08.2013, puis au 31.12.2013.

Dans le dossier, on relève diverses versions pour le licenciement, parfois rapporté par son épouse, soit dans le pointage, parce qu'il

devait être opéré en mai 2013. Il a été déprimé suite à un mobbing 21.05.12 au 01.07.2012.

On notera que du 09.11.2011, au 17.02.2013, il a eu 55 jours d'absence.

On trouve dans le dossier un certificat de Z. _____ mentionnant que Monsieur J. _____ a travaillé comme employé polyvalent du 1^{er} août 2010 au 31 décembre 2013.

[...] »

Par projet de décision du 29 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions lui ouvrant le droit au placement.

Par courrier du 29 avril 2016, l'OAI a communiqué à l'assuré son intention de lui accorder une rente entière du 1^{er} juin 2014 au 30 juin 2015.

Par courrier du 9 mai 2016, la Dresse C. _____ a déclaré appuyer « la demande de recours du patient ». Elle expliquait à l'OAI que dans la situation actuelle, après plusieurs années sans travail et une longue liste de restrictions, il lui paraissait illusoire que son patient retrouve une place de travail sans une réadaptation professionnelle dans un cadre aidant.

Par courrier du 17 mai 2016, l'assuré a contesté le projet de décision du 29 avril 2016 et a requis que l'OAI lui accorde une réinsertion professionnelle à la place du placement.

Le 19 mai 2016, l'OAI a répondu à l'assuré que des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à sa portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Par l'intermédiaire de sa protection juridique, l'assuré a produit ses observations les 20 mai et 24 juin 2016, ainsi que les documents suivants :

- un rapport du 13 juin 2016 de la Dresse N._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, dans lequel cette dernière a estimé que la problématique était essentiellement psychiatrique. Son impression était que pour permettre à son patient de garder une place dans la société, on pourrait envisager des mesures professionnelles à 50 % dans une activité permettant des changements fréquents de position sans port de charges lourdes mais « surtout dans un environnement propice à ses troubles psychiatriques » ;
- un rapport de la Dresse U._____ du 23 juin 2016, dans lequel cette dernière a posé les diagnostics, sur le plan psychique, de trouble de stress post-traumatique avec d'importants troubles du sommeil, de trouble dissociatif, de probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de trouble somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Elle répondait également comme suit aux questions de la protection juridique de l'assuré :

« 2. Quels sont les traitements suivis, sur le plan physique et le plan psychique ?

Sur le plan psychique, le patient est suivi dans un cadre multidisciplinaire par son médecin traitant. Un traitement par la rhumatologue, Dr N._____. Une psychothérapie effectuée auprès de Mme H._____, Phytothérapeute FSP dont voici le contenu du suivi : « *Je rencontre Monsieur J._____ depuis l'été 2014. Il m'a été adressé pour une prise en charge EMDR. Selon mes investigations, Monsieur J._____ a manifesté ses premières expériences dissociatives (EED =85) suite à une importante instabilité contextuelle, à savoir la perte de son travail à Z._____ en 2012. Ses expériences dissociatives prennent racines dans les traumas multiples que Monsieur J._____ a vécus durant son parcours de vie. De plus, de manière circulaire, l'émergence de ses traumas a accentué ces expériences dissociatives. Lors de la reviviscence de ses traumas, vécus avec un haut degré d'intensité émotionnelle, il vit des moments dissociatifs. Cela lui empêche de rester dans une fenêtre de tolérance émotionnelle acceptable, allant jusqu'à perdre conscience.*

Dans le cadre de diverses études [...], il a été déjà démontré que lorsqu'une personne vit un trauma, des parties émotionnelles, en extrême souffrance, se créent et se dissocient de la partie apparemment normale de la personne. Ces parties peuvent rester

en veille et surgir à l'occasion d'une instabilité contextuelle. Ces parties émotionnelles submergeant entravent la mémoire, la conscience et l'identité de la personne.

En outre, en se basant sur l'anamnèse familiale élargie, contextuelle et sociale économique de M. J._____, il se relève que ce dernier souffre par ailleurs d'un attachement insecure. Cela a entraîné, toute au long de sa vie, des perturbations aux niveaux des relations interpersonnelles.

En résumé, son trouble de rattachement, son état de stress post traumatique, son trouble dissociatif et les instabilités contextuelles vécues ces dernières années ont entraîné auprès de ce patient d'autres troubles en comorbidité comme l'anxiété généralisée et la dépression.

Dans le cadre de mes séances, les outils thérapeutiques utilisés (hypnose ou IFS) ont pour but de permettre à Monsieur J._____ de se stabiliser émotionnellement. Vu le contexte actuel, il n'est pas possible de traiter ses traumas car cela entraînera une péjoration importante et significative de son état de santé psychique. Par ailleurs, une grande dimension de notre travail de psychothérapie est centrée sur la création de changement au sein de son système d'attachement. »

Une prise en charge psychiatrique intégrée ambulatoire avec au moins par le passé une hospitalisation à la clinique de V._____ (cf copie).

3. Quelles sont, sur le plan physique et psychique, les limitations fonctionnelles présentées par notre assuré ?

Le patient souffre de troubles du sommeil importants, des insomnies qui durent maintenant depuis des années, des croyances négatives, une hyper vigilance, des problèmes de concentration, des problèmes relationnels dus aux mouvements de son humeur et voire parfois des distorsions cognitives qui ont pour conséquences le fait de se blâmer ou de blâmer les autres. Ces états émotionnels négatifs qui persistent depuis plusieurs années amènent le patient à être très irritable parfois avec un sentiment de culpabilité, de honte et de colère qui ont un effet direct sur les limitations fonctionnelles. Pour son activité professionnelle mais aussi dans les activités de la vie quotidienne et dans les relations interpersonnelles dans son entourage.

4. Les atteintes physiques ont-elles une influence sur la capacité de travail de notre assuré dans son activité habituelle de vendeur/manutentionnaire et dans une activité adaptée ? Pour quelles raisons ?

Question sans réponse de ma part.

5. Les atteintes psychiques ont-elles une influence sur la capacité de travail de notre assuré dans son activité habituelle de vendeur/manutentionnaire et dans une activité adaptée ? Pour quelles raisons ?

Les raisons se trouvent dans les limitations fonctionnelles mentionnées dans la question 3. Raison pour laquelle une réadaptation professionnelle à 50% a été imaginée pour ce patient qui, paradoxalement, d'après ce qu'ont laissé entendre d'évaluation des collègues experts, la motivation de travailler pour être valorisé et reconnu. L'idée d'effectuer une réadaptation professionnelle dans un métier adapté pour lui et choisi avec l'aide et le soutien des ateliers et formations AI ont été la meilleure option sur l'avis thérapeutique.

6. Autrement dit, quelle est la capacité de travail résiduelle (taux en %) de notre assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée ?

A 50% dans une activité adaptée par des mesures professionnelles ainsi que dans une activité qui puisse répondre aussi à ses limitations physiques et psychologiques

7. Etes-vous d'accord avec les diagnostics retenus les Drs Y. _____, G. _____ et E. _____ ? Dans le cas contraire pour quelles raisons ?

Je tiens à donner mon avis médical dont les diagnostics que j'ai retenu sont mentionnés au point 1. Sans m'opposer aux diagnostics retenus par mes collègues experts. C'est peut-être intéressant de pouvoir effectuer une contre-expertise pour trancher cette question. Par contre, je peux mentionner que le traitement anxiolytique par Temesta semble convenir au patient. En l'occurrence, selon mon expérience, le traitement de Cymbalta n'améliore pas forcément la symptomatologie de douleurs dans les situations complexes comme celles du patient. La problématique de la personnalité domine le problème thymique de ce fait la priorité de la prise en charge reste la psychothérapie.

8. Etes-vous d'accord avec les conclusions des experts selon lesquels sur le plan rhumatologique une activité adaptée a toujours été possible ?

Voir la question avec le spécialiste, le Dr N. _____.

9. Etes-vous d'accord avec la conclusion des experts selon laquelle sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail est de 100% dès le 16 avril 2013 en raison d'une perturbation émotionnelle, des malaises dans le contexte d'un trouble moteur dissociatif et de la majoration des douleurs pour des raisons psychologiques et qu'à la date de l'expertise (novembre 2015) la capacité de travail est de 50% et actuellement elle est de 100% Dans le cas contraire, pour quelles raisons ?

Oui, M. J. _____ a présenté un épisode dépressif qui est devenu sévère en septembre 2015 et l'évolution a été plus ou moins favorable afin de permettre au patient à reprendre les recherches de travail pour une activité à la reprise de 50% avec l'aide de la caisse de chômage. Néanmoins, je reste d'avis que sur le plan psychologique à court et moyen terme le patient ne pourra pas reprendre à 100%. En effet, car expérience faite, toutes les possibilités de pouvoir retrouver un travail dans l'économie libre

même à 50%. Actuellement et avec toutes les limitations fonctionnelles qu'il a sur le plan psychologique et physique n'ont abouti à rien. Le patient a été soutenu dans ces démarches avec le soutien de la caisse de chômage. C'est pour cette raison qu'il me semble très important que l'office AI puisse intervenir avec une réadaptation professionnelle afin d'avoir une autre activité professionnelle à 50% dans les premiers temps. Et ceci après avoir aidé M. J._____ à se former dans un métier qui peut lui permettre de rester actif professionnellement.

A relever que toutes ces prévisions dans les dates et les prévisions de l'évolution des pourcentages d'activités restent très difficiles chez ce patient. En effet, son état émotionnel est tellement fluctuant qu'effectivement toutes problématiques physiques sont vécues comme catastrophiques pour M. J._____ ce qui influence directement son état de santé psychique.

10. Etes-vous d'accord avec les conclusions des experts, selon lesquels une réadaptation est possible à 100% dans une activité adaptée ? Dans le cas contraire, pour quelles raisons ?

Je tiens à préciser encore une fois que sur le plan psychologique le patient n'est actuellement pas apte à reprendre une activité même adaptée à 100% car le travail effectué sur le plan psychologique demande beaucoup d'énergie. Actuellement, ce patient me semble inapte à assumer plusieurs activités et tâches à la fois, car sa thérapie est pour lui un facteur de stress, en ayant « des rechutes » à chaque fois que le patient va un peu plus en profondeur avec son psychothérapeute dans ses expériences traumatisantes.

11. La capacité de travail résiduelle peut-elle évoluer ? Dans quelle mesure et dans quel délai ?

C'est une question à laquelle je ne peux pas répondre au stade actuel du suivi. Tout dépend de l'évolution de l'état psychique, du travail de psychothérapie et également comment le patient vivra la réinsertion professionnelle dans l'avenir.

[...] »

Dans un rapport du 27 juin 2016, la Dresse C._____ a notamment indiqué que la capacité de travail sur le plan physique était de 0 % dans le travail actuel et de 50 % dans une activité adaptée. Contrairement à l'avis des experts, elle estimait que la capacité de travail de 100 % n'était pas possible, même dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 29 juin 2016, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a notamment expliqué que sur le plan neurologique, il n'y avait pas d'indice selon lequel son patient souffrait d'une limitation physique dans sa capacité de travail. Pour lui, la manifestation de malaises

de courte durée, de une à cinq minutes, ne contre-indiquait pas formellement une activité professionnelle en tant que manutentionnaire-vendeur, pour autant que l'entourage professionnel soit soutenant. Aux dires de ce médecin, l'argumentation des experts s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée paraissait cohérente et bien documentée. Il était en outre d'avis qu'une évolution positive pouvait être attendue par une prise en charge psychologique et soutenante.

Dans un avis médical du 18 juillet 2016, le Dr BA._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et médecin auprès du SMR, a estimé que la contestation globale du projet de décision formulée par la protection juridique de l'assuré ne contenait pas d'éléments de nature à contredire les conclusions de l'expertise du T._____.

Le 21 juillet 2016, l'OAI a transmis à l'assuré la motivation de sa position en vue de la notification de la décision. En substance, l'assurance a considéré que l'assuré avait droit à une rente entière du 1^{er} juin 2014 au 30 juin 2015, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Pour la période postérieure à cette date, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité. L'OAI a estimé que la perte de gain s'élevait à 0 fr., de telle sorte qu'il n'y avait pas de degré d'invalidité.

Par décision du 7 septembre 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} juin 2014 au 30 juin 2015, pour les raisons invoquées dans sa motivation.

C. Par acte du 4 octobre 2016, J._____, représenté par April Suisse SA, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 7 septembre 2016, concluant à l'annulation de celle-ci, au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en place d'une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 al. 1 LAI, et à la reconnaissance de son droit de percevoir une rente d'invalidité complète, rétroactivement dès le 1^{er} juillet 2015 jusqu'à l'aboutissement des mesures de reclassement. Subsidiairement, il

a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il rende une décision lui octroyant une rente d'invalidité complète. A l'appui de son écriture, le recourant invoque les rapports médicaux de ses médecins traitants, lesquels sont selon lui en opposition totale avec l'avis du T._____ s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée. Il explique posséder une formation et une expérience dans la vente et la restauration, deux activités qui lui sont à présent totalement interdites au vu de son état de santé. Il ajoute qu'aucun employeur ne lui donnerait sa chance et que seule une mesure de reclassement professionnel serait à même de déterminer s'il existe bel et bien une activité adaptée à ses capacités. D'après lui, si un reclassement professionnel ne devait pas être indiqué en raison de son état de santé dégradé, l'OAI devrait lui reconnaître un droit à une rente complète d'invalidité. Il plaide encore qu'aucun employeur ne lui donnerait une chance d'embauche, dans la mesure où il est si profondément atteint dans son intégrité qu'il sera vraisemblablement absent à de nombreuses reprises pour des raisons médicales. Il soutient en outre que son état de santé n'a eu de cesse de se dégrader au fil du temps et estime qu'il n'est pas très raisonnable de penser qu'il se « reconnectera durablement au circuit économique ordinaire ». Il précise enfin que les troubles dissociatifs dont il souffre sont liés à une atteinte psychique grave, estimant qu'aucun revenu n'est possible et que le taux d'invalidité est de 100 %.

Dans sa réponse du 14 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. En substance, il soutient que l'expertise du T._____ est probante, contrairement aux avis des Dresses N._____ et U._____ invoqués par le recourant à l'appui de son écriture. Il précise que le recourant doit être capable de retrouver une activité salariée et qu'une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles reste exigible.

Dans sa réplique du 29 novembre 2016, le recourant a confirmé ses conclusions. Il rappelle que le T._____ a conclu à la possibilité d'une réadaptation à 50 %, qui pouvait être atteinte dans un délai de trois mois après la fin de l'expertise, et qu'elle était de 100 % après trois mois. Pour le recourant, cela signifie que les experts attestent

d'une incapacité de travail de 50 % dès avril 2015 et ce jusqu'au 4 juin 2016, soit trois mois après la date de l'expertise du T._____. Il estime par conséquent que l'OAI doit prolonger le versement de sa rente jusqu'au mois de juin 2016 au moins, mettre en place des mesures de réadaptation, et pour le cas où celles-ci n'aboutiraient pas, se déterminer sur l'octroi d'une rente.

Dans sa duplique du 22 décembre 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Le 14 mars 2017, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil, devenu Swiss Claims Network SA, a produit les deux documents suivants :

- un rapport du 12 février 2017 de H._____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, dont la teneur est la suivante :

« Je rencontre Monsieur J._____ depuis l'été 2014. Il m'a été adressé pour une prise en charge EMDR. Ce patient souffre d'un état de stress post traumatique (F43.1) accompagné avec d'expériences dissociatives significatives. Cela l'empêche de rester dans une fenêtre de tolérance émotionnelle acceptable, allant jusqu'à perdre conscience. Son état de stress post traumatique et ses symptomatologies ont entraîné auprès de ce patient d'autres troubles en comorbidité comme l'anxiété généralisée (F41.1) et la dépression récurrent (F3310).

Dans l'espoir de pouvoir réintégrer le monde de travail, ce patient a travaillé dans le rayon de fruit et légume, dans un grand magasin, durant trois semaines à taux d'occupation à 100%, en décembre 2016. Dans le cadre de ce travail, il a perdu conscience deux fois devant les clients et ses collègues. Lors de sa 1^{ère} perte de conscience (expérience dissociative) il était en train de couper des fruits et avait un couteau à la main, mais heureusement il ne s'est pas blessé. La deuxième expérience a eu lieu devant un collègue.

La répétition de ses symptômes au sein de son poste de travail a malheureusement coupé court à tout perspective de travail et son chef lui a signifié qu'il ne peut envisager un poste pour lui. Le vécu de cette période de réintégration dans le monde de travail témoigne de la baisse significative de sa capacité de travail, voire de son incapacité. Il est donc indispensable que sa prise en charge par l'office de l'assurance invalidité soit reconsidérée. »

- une attestation de la Dresse C._____ du 26 janvier 2017, dans laquelle elle explique que son patient a accepté un travail à 100 % dans un grand magasin durant les fêtes de fin d'année, mais qu'il a perdu connaissance à deux reprises devant ses collègues et ses clients. Elle estime qu'un travail manuel n'est plus exigible et même dangereux pour son patient, raison pour laquelle elle a remis à ce dernier un certificat d'incapacité de travail totale.

L'intimé s'est encore déterminé le 4 avril 2017.

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 al.1 LPGA).

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

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise 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 et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, 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 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, en particulier à une mesure de reclassement.

3. a) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la

décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

b) Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS. 831.201] ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, pp. 833s n° 3068 et réf. cit. ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

4. 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.

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

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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique malade - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5. 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 réf. cit.). 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. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid.

5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

6. 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 (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

7. En l'espèce, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de vendeur est nulle, ce qui n'est pas contesté. Ce dernier sollicite dès lors la mise en œuvre de mesures de reclassement, et, dans le même temps, l'octroi d'une rente d'invalidité complète. Il soutient notamment que les rapports de ses médecins traitants sont en opposition totale avec l'avis du T._____ s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

a) Sur le plan somatique, les experts du T._____ retiennent les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome spondylogène lombaire chronique dans le cadre de troubles dégénératifs et de gonalgies droites sur chondromalacie de la rotule, avec probable lésion méniscale interne et épanchements articulaires à répétition. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail sont une hépatite B, et une neutropénie d'origine indéterminée et une bicuspidie de la valve aortique.

Les médecins du T._____ constatent en particulier que sur le plan de la médecine interne, l'examen qu'ils ont pratiqué est rigoureusement normal, hormis la survenance d'un malaise lors du status neurologique, malaise dont l'origine ne peut être clairement établie d'un point de vue organique. Les experts estiment cependant qu'il n'y a pas d'indication à une incapacité de travail. S'agissant des malaises, on

relèvera en outre que ceux-ci ne sont pas d'origine cardiaque. Les examens effectués par les cardiologues se sont en effet révélés dans les limites de la norme et ils ne mettent pas en évidence de signe suspect de maladie coronarienne (cf. rapport du 20 décembre 2013 de la Dresse B._____ et rapport du 7 février 2014 du Dr R._____). Le Dr K._____ précise que ces malaises ne contre-indiquent pas formellement une activité professionnelle en tant que manutentionnaire-vendeur, pour autant que l'entourage professionnel soit soutenant (cf. rapport du Dr K._____ du 29 juin 2016 ; cf. également en ce sens le rapport d'expertise du T._____ p. 25).

S'agissant de la problématique rhumatologique, le T._____ observe que l'examen rachidien et périphérique est dans la norme, hormis un épanchement du genou droit. Il n'y a pas de déficit neurologique en relation avec un dermatome précis. Compte tenu des troubles dégénératifs rachidiens et des troubles du genou droit, la capacité de travail dans l'activité habituelle n'est plus exigible. Elle est par contre de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et cela sans perte de rendement.

Les experts rappellent aussi que le Dr X._____ fait état d'un hémisyndrome hémicorporel droit sensitivo-moteur, mais d'allure tout à fait fonctionnelle. Ce neurologue indique du reste que son patient ne présente pas de troubles neurologiques et que l'IRM cérébrale s'est révélée normale (cf. rapport du Dr X._____ du 25 juin 2014). Quant au Dr K._____, il considère que d'un point de vue neurologique, il n'y a pas d'indice selon lequel le recourant souffrirait d'une limitation physique dans sa capacité de travail (cf. rapport du Dr K._____ du 29 juin 2016).

Sur le plan somatique, les conclusions du T._____, qui se fondent notamment sur un examen clinique, une anamnèse détaillée et la prise en compte des pièces médicales au dossier et des plaintes actuelles du recourant, sont ainsi claires et convaincantes. Elles sont en outre corroborées par les avis des autres médecins. En réalité, seule la Dresse C._____, médecin-traitant de l'assuré, considère que l'activité sur le plan

physique n'est possible qu'à 50 % dans une activité adaptée (cf. son rapport du 27 juin 2016). Elle n'explique cependant nullement pour quelle raison elle s'écarte de l'appréciation des médecins du T.____ sur ce point, se contentant de substituer sa propre appréciation à celle de ces derniers, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en doute l'appréciation motivée du T.____. Par conséquent, elle ne saurait être suivie.

b) Sur le plan psychique, les experts du T.____ ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail retenus sont une majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques et un trouble moteur dissociatif. Dans la partie intitulée « synthèse et discussion » de leur rapport, les experts expliquent de manière détaillée pour quelles raisons ils ont retenu ces diagnostics et pour quels motifs ils ont notamment exclu les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble de la personnalité. Compte tenu des diagnostics de majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques et de trouble moteur dissociatif, ils ont ensuite analysé la situation du recourant sous l'angle de la jurisprudence applicable aux troubles somatoformes douloureux (cf. infra consid. 8b), pour arriver à la conclusion que ces affections ne sont pas invalidantes.

Le recourant fait quant à lui valoir l'appréciation de sa psychiatre traitant, la Dresse U.____, qui, dans un rapport du 23 juin 2016, s'est notamment prononcée sur les conclusions du T.____. S'agissant des diagnostics posés, celle-ci indique qu'elle « tient à donner son avis médical » mais déclare dans le même temps ne pas s'opposer aux diagnostics retenus par ses collègues experts. Or contrairement aux médecins du T.____, elle retient un trouble de stress post-traumatique, une probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et un trouble somatoforme persistant. Elle n'explique cependant pas de façon détaillée pour quelle raison elle s'écarte des diagnostics posés par le T.____, mentionnant uniquement qu'il serait « peut-être intéressant de pouvoir effectuer une contre-

expertise pour trancher cette question ». L'avis de la Dresse U._____ ne peut être suivi. En effet, dans leur rapport, les experts du T._____ expliquent bien pour quels motifs ils ne retiennent pas les diagnostics posés par la psychiatre du recourant.

S'agissant tout d'abord de l'état de stress post-traumatique, les experts indiquent notamment que le licenciement du recourant, événement ayant déclenché une perturbation émotionnelle intense, ne représente pas un événement exceptionnellement traumatique ou menaçant. Les événements traumatiques liés à la guerre datent de plusieurs années et la perturbation émotionnelle déclenchée par le licenciement suffit à expliquer l'émergence des souvenirs traumatiques.

Pour ce qui est du trouble somatoforme persistant, il est également exclu par les experts. En effet, dans le cas du recourant, il existe des symptômes physiques liés à une atteinte organique, mais ils sont amplifiés par l'état psychique de ce dernier. Pour les médecins du T._____, la majoration des douleurs et leur caractère démonstratif dans toutes les évaluations orientent ainsi vers un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

La Dresse U._____ soutient que son patient présente une probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Or les médecins du T._____ n'observent aucun argument pour un trouble de la personnalité : en dehors des traumatismes de la guerre, le recourant ne relate aucun fait traumatique. De plus, il est entré dans la vie adulte sans difficulté, en étant alors sociable et ouvert, et aucun conflit relationnel n'est rapporté. Par ailleurs, dans son rapport du 18 juillet 2016, le Dr BA._____ explique que ce point notamment a été examiné en détail par l'un des psychiatres du SMR. Il en ressort que les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de probable modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe ne peuvent formellement cohabiter, la modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe étant la manifestation chronicisée de l'état de stress post-traumatique. Or comme le relève le Dr BA._____, l'expertise

du T._____ montre bien que le recourant a correctement surpassé les épreuves de la guerre, démontrant une résilience intacte et se recréant une existence sereine après avoir fui son pays. En réalité, l'événement ayant déclenché la symptomatologie actuelle a été le licenciement, injustifié aux yeux du recourant. Toutefois, comme mentionné ci-dessus, ce licenciement ne représente pas un événement exceptionnellement dramatique ou menaçant. Ainsi, comme le remarque à juste titre le Dr BA._____, ni l'état de stress post traumatique, ni la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, ne sont motivés par la Dresse U._____, alors qu'ils sont clairement exclus par l'analyse précise effectuée par les experts du T._____.

Enfin, la Dresse U._____ pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Toutefois, les experts expliquent que ni le dossier, ni l'anamnèse ne permettent de distinguer deux épisodes dépressifs distincts et ayant fait l'objet de soins psychiatriques. Dès lors, ils ne retiennent pas de récurrence s'agissant de cette atteinte. La Dresse U._____ ne se prononce pas plus avant sur ce point, se limitant au final à substituer son appréciation à celle des médecins du T._____, ce qui n'est pas suffisant pour mettre en doute l'avis de ces derniers.

Au vu de ce qui précède, il convient dès lors de retenir les diagnostics posés par les experts du T._____, qui étayent leur position de manière détaillée et convaincante.

8. a) Compte tenu des diagnostics de majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques et de trouble moteur dissociatif, les experts du T._____ ont ensuite examiné le cas d'espèce à l'aune des indicateurs développés par le Tribunal fédéral dans le cas de troubles somatoformes douloureux. C'est à bon droit que les médecins ont procédé de la sorte. En effet, l'application des critères développés en matière de troubles somatoformes douloureux aux cas de troubles moteurs dissociatifs a été confirmée à de nombreuses reprises, notamment dans plusieurs arrêts de principes (cf. TF 8C_607/2015 du 3

février 2016 consid. 4.1 et réf. cit.) et encore récemment dans un arrêt du 23 janvier 2017 en la cause 9C_422/2016 (cf. consid. 5.2). Avant d'examiner si cette atteinte est invalidante, il convient de rappeler ce qui suit.

b) aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4 et arrêts précités).

bb) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, jusqu'à l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvaient constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans

toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on devait 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 résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient 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 laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; cf. notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et réf. cit.).

cc) Dans l'ATF 141 V 281 cité ci-dessus, 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. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 3.7 de l'arrêt cité). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les

répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (cf. ch. F45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies] 10 2014). 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 au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, 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 (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

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 (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou 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 (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

c) En l'espèce, les médecins du T._____ ont décrit les raisons pour lesquelles ils posaient le diagnostic de trouble dissociatif, expliquant notamment que lors des malaises survenus en cours d'examen, l'état de conscience du recourant était préservé et que lors de ces épisodes, il perdait la motricité des membres inférieurs. De surcroît, cette atteinte a également été diagnostiquée par la Dresse U._____ (cf. notamment ses rapports du 12 avril 2014 et du 23 juin 2016) et par les psychiatres de la V._____ (cf. leur rapport du 13 juin 2014). Au vu de ces éléments, on peut considérer que le diagnostic a été posé selon les règles de l'art.

Les médecins du T._____ examinent ensuite les ressources du recourant, qui sont qualifiées de « plutôt bonnes » : l'intéressé est issu de la classe moyenne supérieure, bénéficie d'une formation dans l'hôtellerie, parle cinq langues et n'a rencontré aucun conflit relationnel majeur dans sa vie privée ou professionnelle. Hormis la difficulté à exprimer ses émotions, il n'y a pas de trait pathologique de la

personnalité. Il s'agit d'un homme sociable, qui parvient à s'intégrer dans la société. Certes, les médecins relèvent que les pathologies psychiatriques, en particulier le trouble dépressif moyen, sont responsables d'une diminution de ses ressources personnelles. Le recourant devrait toutefois pouvoir les récupérer après une adaptation du traitement et une amélioration de la compliance médicamenteuse. En effet, il est précisé que la réduction de la fréquence des malaises démontre l'efficacité de l'approche psychothérapeutique, alors que la compliance au traitement est mauvaise, voire inexistante. Les experts proposent une adaptation du traitement, en particulier un changement d'antidépresseur, qui devrait permettre d'atteindre une stabilité de l'état psychique. Selon les médecins, un tel traitement est exigible et la stabilité psychique, qui dépend de l'adaptation du traitement et de la compliance, devrait être atteinte dans un délai de trois mois après la fin de l'expertise (cf. rapport d'expertise p. 31). Enfin, les experts considèrent que les limitations dans la vie quotidienne sont en cohérence avec les pathologies psychiatriques. Ils observent toutefois des incohérences entre l'anamnèse et le status psychiatrique, relevant notamment différentes versions s'agissant du licenciement du recourant. Il convient par ailleurs d'ajouter que selon les constatations des médecins, le recourant sort marcher plusieurs fois par semaine, qu'il peut faire des courses légères, et qu'il apporte occasionnellement son aide à un parti politique. Il a aussi été en mesure de supporter un long voyage en bus pour visiter de la famille dans son pays.

Il ressort des considérations qui précèdent que des possibilités thérapeutiques existent encore dans le cas du recourant (cf. rapport d'expertise p. 26). Ce dernier ne se trouve nullement dans une situation où une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération maximale de l'assuré, aurait définitivement échoué. Au contraire, les troubles dont souffre le recourant peuvent encore être traités et sa situation psychique peut être stabilisée, moyennant une adaptation de l'antidépresseur et une meilleure compliance de la part de l'intéressé. Or les troubles psychiques dont il est question ici ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et

ne peuvent pas, ou plus, être traités, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). En outre, s'il existe en l'occurrence une affection concomitante, soit un trouble dépressif moyen, qui diminue les ressources de l'intéressé, ces dernières devraient pouvoir être récupérées une fois le traitement adapté. Enfin, il appert que les activités sociales du recourant demeurent passablement conservées et qu'il possède somme toute encore de bonnes ressources mobilisables, tant sur le plan personnel qu'au sein de son réseau social.

Ainsi, à l'examen des critères de l'ATF 141 V 281 (cf. supra consid. 8b), il apparaît que le trouble dissociatif dont souffre le recourant ne peut être considéré comme invalidant.

d) Par conséquent, sur le plan psychique, il y a également lieu de suivre les conclusions des experts du T._____, tant s'agissant des diagnostics retenus que de la capacité résiduelle de travail du recourant, soit une incapacité totale à partir du 16 avril 2013, puis de 50 % depuis le mois d'avril 2015, et enfin une capacité de 100 % trois mois après la rédaction du rapport d'expertise, soit dès le 1^{er} juin 2016. A cet égard, on ne saurait suivre l'opinion de la Dresse U._____ selon laquelle, sur le plan psychologique, l'intéressé ne pourra pas reprendre une activité à 100 %. En effet, cette dernière motive sa position par le fait qu'en raison de ses limitations fonctionnelles, les démarches de son patient n'ont abouti à rien, et que le travail effectué sur le plan psychologique lui demande beaucoup d'énergie. Or d'un part, le médecin doit évaluer la capacité de travail en fonction de critères médicaux et non pas selon son appréciation subjective quant aux perspectives de son patient de retrouver concrètement un emploi (cf. supra consid. 5a). D'autre part, la Dresse U._____ ne saurait invoquer la pénibilité du traitement alors que celui-ci ne correspond manifestement pas à celui qui a été préconisé par les experts du T._____ et qui était pourtant susceptible de stabiliser l'état psychique du patient. Il ressort en effet de son rapport du 23 juin 2016 que le traitement actuel consisterait en la prise de Temesta, alors que les médecins du T._____ recommandaient du Cymbalta, notamment pour son effet de seuil et pour éviter le risque de neutropénie. Quant à

l'appréciation de la Dresse N._____, rhumatologue, on relèvera que cette dernière sort de son domaine de compétence lorsqu'elle affirme que la problématique est essentiellement psychiatrique et que des mesures professionnelles à 50 % pourraient être envisagées dans un environnement « propice à ses troubles psychiatriques ». Ses conclusions ne peuvent ainsi être suivies.

Enfin, les dernières pièces produites par le recourant ne sauraient remettre en doute les conclusions du T._____: le rapport de la psychologue H._____ et l'attestation de la Dresse C._____ font uniquement mention d'un échec, certes malheureux, d'une reprise professionnelle dans un grand magasin au rayon des fruits et légumes. Cela ne signifie toutefois nullement que l'intéressé n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. A cet égard, on rappellera que dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (cf. Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et réf. cit.). En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il change d'orientation professionnelle pour rechercher une activité adaptée à son état de santé, impliquant par exemple des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (cf. TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 5.3.1 et. réf. cit.). Il est au demeurant douteux que l'activité exercée dans un grand magasin ait été adaptée, dans la mesure où l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle de vendeur selon l'expertise, probante, du T._____.

9. Reste à examiner le droit à la rente du recourant.

Dans la décision entreprise, l'OAI considère à juste titre que le recourant présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 15 avril 2013 et que c'est à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI. A l'échéance

de ce délai, soit le 15 avril 2014, l'incapacité de travail est totale, dans toute activité. Toutefois, le droit à la rente ne prend naissance qu'à l'échéance du délai de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, soit en l'occurrence le 17 décembre 2013. Le droit à une rente entière est ainsi ouvert depuis le 1^{er} juin 2014.

L'OAI estime que l'état de santé du recourant s'est par la suite amélioré, et que la reprise d'une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles est exigible depuis le mois d'avril 2015. Par conséquent, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus et a constaté qu'il n'existait pas de perte de gain, donc pas de degré d'invalidité. Or dans son appréciation, l'OAI a omis de tenir compte du fait que selon les experts, la capacité de travail du recourant n'est que de 50 % depuis le mois d'avril 2015, et non pas de 100 %. Au moment de rédiger le rapport d'expertise, soit en mars 2016, les médecins du T. _____ ont en effet constaté que la capacité de travail de l'intéressée était toujours de 50 %, mais qu'elle serait de 100 % dans les trois mois, c'est-à-dire dès le début du mois de juin 2016. Autrement dit, la comparaison des revenus doit dans un premier temps, soit pour la période d'avril 2015 à juin 2016 être effectuée sur la base d'un revenu avec invalidité de 30'009 fr. 45 (60'018 fr. 91 : 2), ce qui donne une perte de gain de 21'109 fr. 45, soit un degré d'invalidité de 41 % (21'109 fr. 45 x 100 : 51'118.91).

Compte tenu de ce qui précède, le recourant a effectivement droit à une rente entière du 1^{er} juin 2014 au 30 juin 2015. A partir du 1^{er} juillet 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 RAI), le recourant a droit à un quart de rente, fondé sur un taux d'invalidité de 41 % (cf. consid. 4b supra), et ce jusqu'au 30 septembre 2016, soit trois mois après la date à partir de laquelle il a recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée (art. 88a al. 1 RAI). La décision querellée doit ainsi être modifiée en ce sens et confirmée pour le surplus, étant précisé que les montants pris en considération par l'OAI dans son calcul, contrôlés d'office, ne prêtent pas le flanc à la critique.

10. a) Le recourant conclut également à l'octroi de mesures de reclassement au sens de l'art. 17 al. 1 LAI. A cet égard, il convient de rappeler tout d'abord ce qui suit.

b) En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, op.cit., p. 532 n° 2016 et réf. cit.). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et réf. cit.).

S'agissant des mesures de reclassement en particulier, un assuré a droit à de telles mesures lorsqu'en raison de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé, il subit une diminution durable de la capacité de gain de 20 % environ dans son activité lucrative antérieure ou dans les activités lucratives exigibles sans formation professionnelle additionnelle (TF 9C_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3 et Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP] dans sa version au 1^{er} janvier 2016, p. 40, ch. 4011 et réf. cit.).

c) Or en l'espèce, comme on l'a vu ci-dessus (cf. supra consid. 9), il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité que le recourant ne subit plus aucune perte de gain, de telle sorte qu'il n'y a pas d'invalidité. Le recourant n'atteint ainsi pas le seuil de 20 % ouvrant droit à des mesures de reclassement.

11. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), qu'il y a lieu d'arrêter à 1'200 fr., à la charge de l'intimé (art. 56 al. 2 LPA-VD).

L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 7 septembre 2016 est réformée en ce sens que J._____ a droit à une rente entière du 1^{er} juin 2014 au 30 juin 2015, puis à un quart de rente du 1^{er} juillet 2015 au 30 septembre 2016. Elle est confirmée pour le surplus.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 J._____ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux 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 à :

- Swiss Claims Network SA (pour J. _____),
- 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).

La greffière :