

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 avril 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

O._____, à [...], recourant, représenté par Me Julie André, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 LAI.

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1967, a déposé le 31 décembre 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et d'une rente, eu égard à des problèmes psychologiques remontant à mai 2011. Dans ce contexte, il a signalé une activité principale d'enseignant à un taux de 42,85% du 1^{er} janvier 2009 au 31 août 2010 puis de 31,71% du 1^{er} septembre 2010 au 31 décembre 2011, mentionnant par ailleurs une activité non lucrative d'« *homme au foyer (papa)* » du 1^{er} janvier 2007 au 30 avril 2011, ainsi qu'une complète incapacité de travail du 1^{er} mai au 27 juillet 2011 et du 15 août au 31 décembre 2011.

Aux termes d'un rapport du 13 février 2012, le Dr K. _____, médecin interniste au bénéfice d'une formation complémentaire de psychothérapeute délégué, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif réactionnel suite à des événements stressants extérieurs (2010-2011) et d'épisode dépressif sévère (septembre 2010). Il a précisé que le traitement dispensé par ses soins remontait au 20 mai 2011 et a notamment relevé ce qui suit dans le cadre de l'anamnèse : « *Conflit familial avec la mère de son fils, relatif à la garde de l'enfant et des menaces et pressions effectuées autour de son fils. Conflit juridique relatif à la garde au vu de la maltraitance de son fils par la mère, dénoncée par le patient, et actuellement non prouvée par la justice* ». Ce médecin a également évoqué un abattement chez l'assuré, une impossibilité à affronter des charges professionnelles avec des enfants actuellement, des troubles du sommeil et des pleurs fréquents. Il a ajouté que le pronostic serait bon une fois le contexte familial stabilisé. Le Dr K. _____ a par ailleurs fait mention d'une entière incapacité de travail du 20 mai au 28 juin 2011 ainsi que depuis le 15 août 2011, toujours en cours. En annexe figurait un formulaire adressé le 16 septembre 2011 par ce médecin à l'Unité de Santé au Travail du canton de Vaud, mentionnant en particulier une réaction d'abattement complet réactionnel à des

événements familiaux traumatisants, avec une souffrance extrême, un sentiment d'injustice et des troubles du sommeil.

Dans un rapport du 20 mars 2012, le Dr G._____, médecin du travail auprès de l'Unité de Santé au Travail du canton de Vaud, a écrit ce qui suit :

"Diagnostic :

- Etat dépressif réactionnel

Discussion :

Il s'agit d'un patient enseignant pour les travaux manuels et le dessin au niveau secondaire, qui nous a été signalé en raison d'une incapacité de travail de longue durée, en lien avec un état dépressif consécutif à une situation familiale difficile. Le patient a été reçu en consultation dans notre Unité à la fin du mois de janvier dernier, et présentait encore à ce moment-là des troubles du sommeil persistants, un sentiment d'abattement extrême et l'incapacité pour lui d'envisager de pouvoir assumer son cahier des charges, malgré un contexte professionnel tout à fait favorable. En effet, il décrit une bonne entente avec ses collègues et sa hiérarchie, et dit beaucoup apprécier son travail. Il est au bénéfice d'un traitement anti-dépresseurs et est régulièrement suivi par son médecin traitant, le Dr K._____, à [...]. La proposition de déposer une demande de prestations auprès de votre Office est plus de nature administrative que strictement médicale, et se justifie principalement par la durée de l'incapacité de travail, qui dépasse actuellement 6 mois.

Pronostic :

Le pronostic dépendra principalement de l'issue de la crise familiale que le patient traverse actuellement, avec comme enjeu principal la garde de son enfant ; hormis cela, il s'agit d'un patient sans antécédent médical ou psychiatrique particulier et disposant probablement de bonnes ressources, ce qui rend un retour au travail sur le moyen ou long terme tout à fait envisageable."

A teneur d'un questionnaire complémentaire rempli le 4 octobre 2012, le Dr K._____ a indiqué que la situation était restée stable, avec toutefois une tendance à la péjoration au vu de l'augmentation de la crise juridique dans le contexte familial. Il a ajouté que le contact avec les enfants et l'incapacité [sic] à exercer une activité ordonnée et concentrée n'étaient actuellement pas envisageables, et a considéré que l'incapacité de travail était totale.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique réalisé le 26 août 2013 par le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Faisant part de ses observations dans un rapport du 11 novembre 2013, ce médecin a notamment relevé ce qui suit dans le cadre de l'anamnèse :

"Il y a 9 ans, l'assuré décide d'avoir un enfant et passe un accord avec une femme, également homosexuelle, qui vivait alors en couple. Au moment de l'insémination (qualifiée d'artisanale par l'assuré, le couple n'a pas eu de rapport sexuel), cette femme était « célibataire ». Dès qu'elle tombe enceinte, elle quitte le Canton de Vaud pour celui de Z._____ et se remet dans une relation de couple avec une [personne originaire de Z._____]. Il dit qu'elle a arrêté de lui parler dès qu'elle est tombée enceinte. Selon les dires de l'assuré, cette femme est juriste et a déposé ses papiers à Z._____ au début de sa grossesse. Le fils du couple est né le [...].2006, il se prénomme E._____."

Le Dr N._____ a par ailleurs formulé les conclusions suivantes :

"Diagnostics psychiatriques

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- **AUCUN.**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **DYSTHYMIE. F34.**
- **TROUBLES DE L'ADAPTATION. F43.2**

APPRÉCIATION DU CAS

Selon le dossier médical, il s'agit d'un assuré de 45 ans, enseignant, en arrêt de travail depuis août 2011 pour un état anxiodépressif réactionnel, mentionné par le médecin traitant de l'assuré, le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne. [...]

[...]

Dans l'anamnèse recueillie ce jour, l'assuré parle de troubles psychiques réactionnels à la décision juridique de modification de la garde de son fils, reçue en avril 2011. Les symptômes ressentis sont les suivants : effondrement, épuisement massif, troubles du sommeil, cauchemars. L'assuré considère son évolution comme stationnaire. Il décrit la sensation physique que son corps refuse d'avancer, il a une sensation de chuter.

Actuellement, il se sent dans un état d'épuisement extrême.

Le status psychiatrique de ce jour montre un assuré vif, tonique, sans abaissement de la thymie, sans perte d'intérêt et de plaisir pour les activités habituellement agréables, comme la course à pied ou le bricolage, sans fatigue ou fatigabilité observables durant les 3 heures de l'examen psychiatrique, sans signe observable de la lignée anxieuse ni psychotique. Aucun signe évocateur de trouble de la personnalité n'a été observé.

Le diagnostic d'état anxiodépressif réactionnel posé par l'interniste ne peut pas être retenu, les critères diagnostiques de la CIM-10 n'étant pas présents, que ce soit dans les documents du dossier médical, dans l'anamnèse recueillie ce jour ou dans le status psychiatrique du SMR.

L'assuré ne présente en effet pas un abaissement de l'humeur ne variant guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, pouvant présenter des variations caractéristiques au cours du nyctémère ; il ne présente pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, les moments passés en compagnie de son fils, ou à bricoler pour lui, lui apportent visiblement un plaisir certain; une réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité n'est pas observée durant l'examen et serait en contradiction avec le fait de pratiquer régulièrement la course à pied. Les 3 critères diagnostiques principaux d'un épisode dépressif selon la CIM-10 sont donc absents.

L'assuré a présenté des troubles psychiques caractérisés par un sentiment subjectif d'épuisement extrême et des troubles du sommeil. Ces perturbations sont survenues au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel considéré comme important par l'assuré. Il s'agit de l'impossibilité de continuer à pratiquer une garde alternée de son fils. Ce trouble ne serait pas survenu en l'absence de la décision juridique de privation de la garde de son fils. L'assuré a développé un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, à supporter la situation, son fonctionnement quotidien a subi une certaine altération. Aucun de ses symptômes n'a été suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique que celui de trouble de l'adaptation (F43.2) selon la Classification Internationale des Maladies de l'OMS (CIM-10). Ce trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant ou d'un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet et ne persiste guère au-delà de 6 mois.

Le status psychiatrique actuel, qui représente, selon les dires de l'assuré, un état stationnaire depuis le début de ses troubles, correspond au diagnostic de dysthymie. La dysthymie est une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Les sujets atteints de dysthymie se sentent la plupart du temps fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable. Ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

Limitations fonctionnelles psychiatriques

Aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE AU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS LE DÉBUT DE L'ACTIVITÉ LUCRATIVE DE L'ASSURÉ."

Par rapport du 23 novembre 2013, le Dr P._____, du SMR, a fait siennes les conclusions du Dr N._____.

En date du 28 novembre 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité. Il a retenu, d'une part, que le droit au reclassement n'était pas ouvert en l'absence d'un manque à gagner durable de 20% au moins dans l'exercice d'une activité raisonnablement exigible. D'autre part, l'office a considéré que, selon l'examen clinique du 26 août 2013, l'état de santé de l'intéressé ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée, de sorte que celui-ci ne présentait pas « *d'invalidité au sens de l'art. 28 LAI* ».

Le 2 décembre 2013, l'intéressé s'est vu transmettre une copie de son dossier.

Le 23 décembre 2013, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formulé des objections à l'encontre du projet précité, invoquant en substance une péjoration de sa situation médicale depuis le mois d'août 2013. A cette écriture étaient annexées les pièces suivantes :

- un rapport du 9 décembre 2013 aux termes duquel le Dr K._____ indiquait qu'il ne pouvait catégoriquement pas partager les

conclusions « *optimistes* » de l'examen clinique psychiatrique pratiqué au SMR, examen qui ne tenait pas compte de la péjoration de l'état de santé ;

- un constat établi le 16 décembre 2013 par W._____, psychologue clinicienne, expliquant que l'intéressé avait débuté un traitement psychothérapeutique le 26 mai 2010 et qu'à ce stade, s'il semblait à terme en voie de rétablissement, sa situation demeurait de grande vulnérabilité, une consultation auprès d'une spécialiste en psychiatrie ayant été fixée au 6 janvier 2014.

Dans un rapport du 26 avril 2014, la Dresse M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 6 janvier 2014. En guise d'atteintes se répercutant sur la capacité de travail, cette praticienne a retenu les diagnostics suivants :

- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11 ;
- Difficultés liées à une enfance malheureuse Z61.8 ;
- Expérience personnelle terrifiante durant l'enfance Z61.7 ;
- Interruption de la garde partagée de son enfant en avril 2011 Z63.8 ;
- Inquiétude constante au sujet des conditions de vie et d'éducation de son fils dans le foyer maternel. Z63.7

Sous la rubrique « *constat médical* », la Dresse M._____ a par ailleurs exposé ce qui suit :

"La première fois que j'ai vu le patient, j'ai constaté un net ralentissement psychomoteur, un volume de voix à peine audible, et une élocution hésitante, entrecoupée de silences perplexes. Tout en lui respirait l'apathie et l'épuisement. Son regard était triste, il suivait très lentement le cours de sa pensée, n'arrivant pas à se concentrer sur des questions précises ou à partager le focus. Ces observations m'ont été confirmées par Madame W._____ et le Dr. K._____, et j'ai compris pourquoi ils disaient tous les deux qu'ils ne pouvaient pas souscrire à la conclusion d'une capacité de travail de 100% de l'expertise psychiatrique. Peu à peu, lorsqu'il s'est senti plus en confiance, M[.]O._____ m'a expliqué qu'il avait eu très peur de l'expertise, pensant que si il décrivait toute sa symptomatologie psychique, le rapport serait transmis au Juge, car il semble que cela ait été le cas pour un rapport précédent, où il s'est senti obligé de signer le consentement au transfert de son dossier à

la justice, par peur que si il ne le faisait pas, on lui retirerait définitivement le droit de visite. Il a dû essayer de faire un compromis entre ce qu'il estimait acceptable de signaler et ce qui aurait été dangereux ou compromettant à ses yeux.

Les symptômes décrits peu à peu au fil des séances par le patient sont les suivants : manque d'énergie, sensation d'épuisement extrême, sensation parfois que ses jambes ne le portent plus, au point de se coucher effectivement par terre, rumination d'idées noires, manque de patience et irritabilité par épuisement, insomnie, trouble du comportement alimentaire, maux d'estomac et céphalées, douleurs musculaires diffuses dans tout le corps, perte d'envie et de goût aux choses agréables.

On peut donc conclure à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique selon la CIM 10, avec facteurs de stress persistants (depuis l'enfance pour Z61.9 et Z61.7, et depuis septembre 2010 pour Z63.8 et Z63.7). Ce qui aurait constitué un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive de relativement courte durée selon la classification des diagnostics psychiatriques s'est avéré beaucoup plus intense et s'est révélé être un épisode dépressif moyen en raison de l'exposition de longue durée à un milieu familial psychiquement gravement perturbé et aux expériences traumatisantes vécues à répétition durant son développement psychologique."

S'agissant enfin du pronostic, la Dresse M._____ a relevé que depuis quelques semaines, l'assuré présentait une légère amélioration de son état de santé dans le sens de manifestations d'énergie vitale et de prises d'initiatives ponctuelles de courte durée et épuisantes pour lui. On pouvait toutefois dire que le pronostic semblait favorable pour autant que le rythme de récupération, très long, soit respecté, voire encouragé.

Par avis médical du 13 mai 2014, les Drs P._____ et F._____, du SMR, se sont déterminés de la manière suivante quant aux pièces versées au dossier à la suite du projet de décision du 28 novembre 2013 :

"Notre réponse est la suivante : nous précisons d'emblée que c'est à l'assuré d'apporter la preuve d'un changement significatif de son état de santé dans cette situation. Les documents à disposition n'apportent de notre avis aucune information pertinente au vu de l'examen SMR psychiatrique du Dr N._____, l'étude de notre examen montre bien que : cet examen revêtait une pleine valeur probante, les points litigieux importants avaient fait l'objet d'une étude fouillée, il se fondait sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées L'expert avait établi ses conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical était claire et les

conclusions étaient bien motivées. Ainsi, les affirmations du Dr. M._____, psychiatre se basant sur un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique évoluant depuis 2011, n'apparaissent donc, ni plausibles ou convaincantes en l'état au vu de tout le dossier (cf. avis du Dr G._____ [sic], médecin du travail de l'Etat de Vaud) et de l'examen SMR psychiatrique du Dr N._____. Nous insistons par ailleurs qu'un simple rapport du médecin traitant, ou médecin traitant psychiatre ne saurait prévaloir sur l'examen SMR psychiatrique du 26.08.13, dont les conclusions revêtaient une pleine valeur probante. Ainsi, les pièces présentées par le Dr. M._____, qui le suit depuis seulement janv.14, et le Dr K._____ [sic], n'ont en conséquence qu'une force probante inférieure, sans parler en plus des critères jurisprudentiels d'empathie de ces médecins traitants. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures, et d'entrer en matière pour quelque raison que ce soit. Nous rappelons par ailleurs que l'assuré a l'obligation de réduire le dommage, et que l'incapacité de gain d'une dysthymie n'est pas objectivement insurmontable (Art.7 LPGA).

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. Nous n'entrons pas en matière."

Par décision du 15 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet susmentionné. Aux termes d'une lettre d'accompagnement du même jour, il a par ailleurs réfuté les objections de l'assuré, soulignant en particulier que le médecin-conseil du SMR ne reconnaissait pas de justification médicale à la péjoration de la capacité de travail de l'intéressé.

Par envoi du 6 juin 2014, l'office a une nouvelle fois communiqué à l'assuré une copie de son dossier.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, O._____ a recouru le 18 juin 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi de prestations AI (indemnité ou mesure de reclassement) avec effet rétroactif au 4 janvier 2012, subsidiairement au renvoi à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, le recourant considère qu'il doit pouvoir bénéficier d'une rente, alternativement d'une mesure de reclassement. Il invoque en particulier un abus de pouvoir d'appréciation de la part de l'office intimé, celui-ci s'étant fondé sur un rapport médical du 26 août 2013 [recte : 11 novembre 2013] reposant sur une connaissance très sommaire et contextuelle de la situation et s'opposant aux avis émis par la psychologue

W._____, le Dr K._____ et la Dresse M._____, s'agissant tant de l'évaluation de sa capacité de travail que de l'aggravation de son état de santé depuis novembre 2013. Il se prévaut par ailleurs d'une violation du droit d'être entendu, faisant valoir que, pour connaître la réelle motivation de la décision attaquée, il a dû solliciter la communication de son dossier en mains de l'OAI, qu'il n'a reçu que dix jours avant l'échéance du délai de recours - laps de temps trop bref pour récolter des renseignements auprès de ses médecins, raison pour laquelle il sollicite la fixation d'un délai supplémentaire pour compléter son argumentation. Le recourant considère de surcroît que l'intimé n'a pas procédé à une constatation exacte et complète des faits, réservant à cet égard un futur complément de motivation après interpellation ou audition de ses médecins traitants.

Par réponse du 19 août 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Concernant tout d'abord le rapport d'examen clinique du Dr N._____, l'OAI retient que celui-ci remplit les exigences nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante. L'office considère ensuite que le droit d'être entendu du recourant n'a pas été violé. A cet égard, il observe que la décision entreprise expliquait clairement les raisons pour lesquelles les prestations sollicitées n'étaient pas allouées. L'intimé ajoute que le rapport d'examen clinique rendu en novembre 2013 fait partie du dossier de l'intéressé et était en tout temps accessible à la consultation par ce dernier. Suite au projet de décision du 28 novembre 2013, le recourant s'est de surcroît vu adresser l'intégralité de son dossier, avec copie du rapport d'examen clinique psychiatrique et du rapport SMR du 23 novembre 2013 au Dr K._____, après quoi tant l'assuré que ses médecins traitants ont pu se prononcer.

En date du 17 septembre 2014, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 18 juin 2014, assistance circonscrite à la désignation de sa mandataire, Me Julie André, en tant qu'avocat d'office.

Par réplique du 17 octobre 2014, le recourant maintient ses conclusions et sollicite, en sus, l'audition des Drs K._____, M._____,

G._____ et N._____, ainsi que de la psychologue W._____. Avec son écriture, il produit les pièces suivantes :

- un rapport du Dr K._____ du 16 septembre 2014, aux termes duquel ce médecin relève que l'examen clinique pratiqué au SMR est incomplet car ne tenant pas compte de la vie passée du patient, ce dernier n'ayant pas abordé certains aspects de sa situation et - par crainte d'être considéré comme atteint d'un trouble psychiatrique - ayant donné des images de symptômes positifs afin d'éviter que les conclusions de l'examen puissent être utilisées en vue d'un éventuel retrait de la garde de son fils ;

- un rapport du 23 septembre 2014 de la Dresse M._____, dans lequel cette dernière explique si le Dr N._____ et elle-même ont abouti à un diagnostic différent et à une appréciation opposée de la capacité de travail du recourant, c'est parce que ce dernier, lors de son examen psychiatrique au SMR, croyait que l'évaluation pourrait conduire au retrait de son droit de visite sur son fils, raison pour laquelle il en avait dit le moins possible sur son état de santé et sur son histoire de vie.

Dupliquant le 4 novembre 2014, l'intimé confirme sa position.

C. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a consigné ses observations dans un rapport du 11 novembre 2015, dont il résulte notamment ce qui suit :

"Diagnostic

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir le diagnostic de:

- **Trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)**

selon les critères et la dénomination des ouvrages de référence.

Appréciation finale

Résumé du cas

L'assuré est un homme de 48 ans qui dit vivre avec son partenaire une relation actuellement difficile mais stable depuis quinze ans. Le réseau social se serait actuellement rétréci, l'intéressé ayant tendance à se replier sur lui-même.

Les antécédents sont ceux d'un couple parental pathologique avec un père souffrant de troubles psychiques graves et une mère qui pouvait se montrer suicidaire au vu et au su de ses deux enfants. Les antécédents psychiatriques sont lourds avec ce que l'intéressé rapporte de ses parents et la notion d'une grand-mère paternelle qui avait été hospitalisée en milieu psychiatrique.

M. O. _____ semble avoir eu un développement psychomoteur normal. La scolarité et la formation de menuisier n'auraient pas rencontré de difficultés sortant de l'ordinaire. Par la suite, l'intéressé a effectué une formation sociale puis de maître professionnel après avoir renoncé à aller au terme de l'école des beaux-arts.

Depuis le début des années 2000, M. O. _____ est stable dans son travail de maître professionnel à temps partiel auprès de l'Etat de Vaud.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré dit être devenu symptomatique vers l'âge de 13-14 ans, à ses dires au moment où il a pris conscience de son homosexualité. Il est quasiment toujours resté suivi par des psychothérapeutes depuis lors. Il n'y a pas eu de situations aiguës, en dehors d'un vraisemblable épisode dépressif moyen à sévère lorsque l'intéressé fréquentait l'école des beaux-arts à B. _____. Il n'y a pas eu de mesures thérapeutiques lourdes relevant de centres de crise ou de l'hôpital psychiatrique.

C'est après avoir à ses dires été trompé par une homosexuelle avec laquelle il dit avoir décidé d'avoir un enfant et de le partager que M. O. _____ est devenu plus gravement symptomatique et qu'il a évolué vers un arrêt de travail de longue durée.

Actuellement, l'assuré est l'objet d'une prise en soins conséquente. Il décrit son état comme stationnaire. Le dossier et le médecin traitant vont dans le sens d'une aggravation depuis la fin de l'année 2013.

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)*.

- *Trouble dépressif*

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles de l'humeur qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs (majeurs) sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules.

La CIM-10^[...] et le DSM-IV-TR^[...] ont des critères diagnostiques superposables. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique.

La lettre B mentionne une première catégorie de symptômes. Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3).

A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6) et de la modification de l'appétit avec une variation du poids en conséquence (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère:

- L'épisode léger suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes cités à la lettre B et d'au moins un des symptômes cités à la lettre C pour atteindre au moins quatre symptômes.
- L'épisode dépressif moyen suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes des critères B et la présence de plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes.
- L'épisode dépressif sévère requiert la présence des trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes.

Dans le cas présent, on retrouve actuellement les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif à savoir la tristesse et la fatigue anormales ainsi que la diminution de l'intérêt et du plaisir, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois.

Par ailleurs, on note la diminution de l'estime de soi, des troubles du sommeil et des difficultés à penser et à se concentrer.

Les idées suicidaires sont occasionnelles et la diminution de l'appétit n'est pas corrélée à une perte de poids. Ces deux items ne peuvent dès lors pas être retenus ici.

Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec la présentation de l'assuré. M. O. _____ est authentiquement triste. Il est ralenti. La présentation clinique est bel et bien celle d'un état dépressif.

Au vu de ce qui précède, l'expert retient un épisode dépressif. Il le qualifie de *moyen*, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 04.11.2015.

Même si le tableau dépressif de M. O._____ relève d'une composante réactionnelle, on est au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, au vu de la durée, du nombre et de la sévérité des signes et symptômes présentés. Le diagnostic de trouble de l'adaptation doit dès lors être écarté.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit également être écarté.

L'anamnèse parle pour au moins un épisode dépressif antérieur au moment où l'intéressé est "parti en vrille" et où il a interrompu l'école des beaux-arts de B._____. Il paraît dès lors justifié de retenir la *récurrence* et de la mentionner dans le libellé diagnostique.

Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuels *symptômes psychotiques* associés au tableau dépressif, sachant ce qu'ils impliquent en termes de sévérité. Il n'en a pas trouvés, même s'il a eu quelques doutes quant à des troubles de la pensée.

Au vu de ce qui précède, on doit poser un diagnostic de *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen)*, selon la terminologie de la CIM-10 ou de *trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen)*, selon la terminologie du DSM-IV-TR.

Cette appréciation diagnostique rejoint celle du médecin psychiatre traitant actuel, tout en sachant que le soussigné a retenu la récurrence au vu de ce qu'il sait de l'histoire personnelle de M. O._____.

- *Autres pathologies psychiatriques*

L'expert a recherché un trouble anxieux spécifique (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, obsessions et compulsions, trouble état de stress post-traumatique). Il n'en a pas trouvé[s] dans la mesure où l'on retient déjà ce que comprend tout épisode dépressif en terme[s] de tension psychique.

Il n'y a pas les critères d'un abus ou d'une dépendance alcoolique, tout en sachant que l'intéressé dit devoir faire attention. Il n'y a pas [de] notion d'utilisation de drogues. Il n'y a pas de problème avec les conduites alimentaires.

L'assuré n'a pas de symptômes ni les signes cliniques d'un trouble du registre cérébro-organique.

Le soussigné a recherché une pathologie du registre psychotique. S'il y a quelques doutes quant à des troubles de la pensée, il n'y a pas de symptomatologie psychotique floride tant du registre positif que négatif.

Personnalité

L'assuré a plus ou moins bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent, d'après les informations à disposition, en dehors de ce qui relève de son trouble dépressif récurrent. Sachant qu'un trouble

de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit d'écarter une telle pathologie. On peut en tous les cas réfuter un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

On doit néanmoins admettre des traits de personnalité accentués voire pathologiques.

Des traits narcissiques pourraient expliquer l'effondrement actuel de ce sujet qui a l'impression d'avoir été utilisé et trompé.

On pourrait aussi admettre des éléments de personnalité dépendante d'un sujet qui a actuellement un grand besoin de s'appuyer sur autrui, tout en sachant que ces traits ne pourraient être que réactionnels à une situation existentielle difficile.

Cohérence

De façon générale, on peut affirmer ici que le tableau clinique présenté par M. O. _____ est tout à fait cohérent. L'intéressé ne majore pas ses plaintes.

L'observation correspond par ailleurs à ce à quoi on peut s'attendre dans une telle situation clinique et de façon constante sur toute l'évaluation.

L'expert considère qu'il y a toutefois une discordance entre l'incapacité perçue par l'assuré, au moins jusqu'à l'aggravation actuelle, et les limitations strictement médicales. Une partie de cette discordance pourrait relever d'une position psychologique de révolte voire de revendication qui sort du champ médical stricto sensu.

Appréciation du point de vue de la médecine des assurances

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)*.

Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, d'exclure cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans les faits, les choses sont plus complexes. L'appréciation peut rester fortement tributaire des informations données par la personne en cause. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est aussi plus liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt, ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'une appréciation le plus souvent difficile.

Dans le cas présent, M. O. _____ relève d'un épisode dépressif qui est aux limites supérieures de ce que désigne un état actuel moyen. Le trouble se manifeste principalement par des difficultés à penser et à se concentrer. L'intéressé peut chercher ses mots. Son discours peut être haché. Il est entrecoupé de pauses anormalement longues.

Ces éléments impliquent des limitations dans une activité d'enseignant.

L'assuré se montre aussi fragile. Il est parfois au bord des larmes. Cette présentation "dépressive" peut poser des problèmes face aux élèves.

De façon générale, la fatigue et la fatigabilité diminuent le rendement. Les cognitions négatives liées à tout état dépressif sont une entrave à élaborer des projets et à les conduire à terme, aussi petits soient-ils.

En appliquant la Mini CIF-APP^[...], qui tend à devenir une référence pour évaluer les ressources et de [recte : les] limitations en cas de troubles psychiques, l'expert retient actuellement les capacités et les incapacités ci-après.

L'assuré est capable de s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle, dans la mesure où il n'est pas sur-sollicité. Il a géré correctement le processus d'expertise. Il s'est comporté normalement pendant les deux consultations. Il a donné suite à ce que souhaitait le soussigné en termes d'information. Il s'est rendu sans problème dans un laboratoire voisin pour la prise de sang.

L'intéressé est capable de se déplacer seul. Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels, même s'il était quelque peu négligé lors de la deuxième consultation.

M. O. _____ a par contre des difficultés à s'affirmer. Il paraît peu sûr de lui. Son endurance est vraisemblablement limitée, même s'il ne s'est pas montré gravement fatigable lors des deux consultations. Il peut avoir des difficultés à apprécier une situation et à prendre des décisions en conséquence, lorsqu'il est engagé sur le plan émotionnel. Il s'est montré constamment hésitant sur les réponses à donner tant il se voulait précis et excessivement détaillé. Il a vraisemblablement des problèmes pour s'organiser, planifier et structurer ses tâches. Cet homme manifestement fragile manque de flexibilité et de capacités d'adaptation.

En l'état actuel de la présentation de M. O. _____, le soussigné admet une incapacité de travail psychiatrique de 90% d'un 100% pour cet épisode dépressif moyen qui est proche d'un état actuel sévère et *compte tenu des exigences très particulières du métier d'enseignant*. Les ressources qui subsistent devraient a contrario valider une capacité de travail de 10% d'un 100% dans l'activité professionnelle actuelle de l'intéressé.

A l'instar de ce que rapporte son directeur dans le document apporté par l'assuré et qui vous est remis en annexe, l'intéressé est capable de donner une leçon "normale" même s'il subsiste une certaine fragilité et que des classes plus difficiles ou un taux d'activité plus élevé pourrait potentiellement le mettre en difficulté.

Dans une activité moins contraignante que celle d'enseignant (accueil, entretiens, surveillance de petits groupes d'élèves,

enseignement individuel voire documentaliste, bibliothécaire), la capacité de travail de l'assuré est de 50%.

Evolution de l'état de santé de l'assuré

Pour le soussigné, M. O. _____ a d'abord relevé d'un simple trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou avec à la fois anxiété et dépression.

Ce trouble de l'adaptation s'est installé sur la durée ce qui a finalement justifié un diagnostic de dysthymie (trouble dysthymique), sachant que le trouble de l'adaptation est une entité clinique limitée dans le temps[...].

Un tableau clinique de trouble de l'adaptation suivi d'un trouble dysthymique ne justifie pas une incapacité de travail de longue durée. Les rapports médicaux de départ se montrent d'ailleurs rassurants.

- Le rapport médical du Dr K. _____ du 13.02.2012 va dans le sens d'un trouble de l'adaptation et non pas d'un épisode dépressif sévère. On ne retrouve pas les items cardinaux d'un tel épisode dans ce qui est décrit à l'époque. S'il y des éléments en ce sens, ceux-ci n'ont pas de caractère permanent. Il est noté des "périodes", sans plus.

Le trouble affectif de l'intéressé est alors réactionnel et n'a pas dépassé la sévérité d'un trouble psychique purement réactionnel.

- Le rapport de l'unité de santé au travail du 20.03.2012 va dans le même sens, même si les antécédents de M. O. _____ ont été ignorés.
- Le rapport N. _____ du 11.11.2013 décrit un sujet dont la thymie n'est pas abaissée durant les trois heures qu'a duré l'examen psychiatrique. Il n'est pas constaté de fatigue ni de fatigabilité. Il n'y a pas de diminution marquée de l'estime de soi ni de la confiance en soi ni d'idées de dévalorisation. L'intéressé est décrit comme vif et tonique. Ce tableau clinique n'atteint manifestement pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif stricto sensu.

L'expert considère qu'un sujet ne peut pas cacher un état dépressif incapacitant à un spécialiste expérimenté, en réponse à ce qui a été écrit au dossier à ce sujet.

Le soussigné admet que les troubles psychiques de M. O. _____ se sont aggravés par la suite. Quelle que soit la cause de cette aggravation, elle est aujourd'hui confirmée par l'observation clinique d'un sujet dont la présentation globale est cohérente et correspond à ce qui est attendu pour la pathologie en cause.

Cette aggravation est évoquée par le rapport du médecin traitant du 09.12.2013. On en retrouve quelques éléments dans le rapport psychologique du 16.12.2013 d'une thérapeute qui [se] montre néanmoins toujours optimiste pour la suite.

Ce que décrit Mme le Dr M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en date du 26.04.2014 est très proche de ce qu'observe le soussigné aujourd'hui. La présentation de l'intéressé est cette fois celle d'un épisode dépressif. La question de troubles de la pensée, avec ce qu'ils signifient en termes de gravité, se pose à nouveau. La consœur en cause note les problèmes de concentration et l'élocution hésitante, entrecoupée de silences perplexes. Ces signes cliniques n'ont pas été constatés lors de l'évaluation N. _____.

Au vu de ces éléments, le soussigné admet une aggravation qui s'est progressivement installée à fin 2013 et qui s'est confirmée dans la chronicité par la suite, au vu de ce qui est encore observé aujourd'hui. Il ne devrait par conséquent pas seulement s'agir d'un tableau réactionnel au projet de décision négative de l'assurance invalidité du 28.11.2013.

Conclusions

En conclusion, M. O. _____ a présenté des troubles psychologiques depuis l'adolescence, ce qui valide une fragilité préexistante à ce qui se manifeste en ce moment.

Dans le contexte de difficultés existentielles, ce sujet a évolué vers un trouble de l'adaptation puis vers un trouble dysthymique qui valide une symptomatologie dépressive de peu de sévérité qui a pris ses galons de chronicité.

Au vu de ce qu'on trouve au dossier et de ce qu'il a observé, le soussigné admet une aggravation qui s'est progressivement installée à fin 2013 et qui s'est confirmée dans la chronicité par la suite en termes d'un épisode dépressif moyen à la limite supérieure de ce degré de sévérité.

En l'état, l'expert considère qu'il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique jusqu'en 2014. Pour le soussigné, il n'y [...] avait pas davantage lieu d'en retenir au moment du projet de décision de l'office de l'assurance invalidité du 28.11.2013.

Sachant que l'aggravation des troubles psychiques de l'intéressé a vraisemblablement été progressive, l'expert admet une incapacité de travail de 50% d'un 100% dans la profession d'enseignant à partir du 01.01.2014. Il n'admet pas d'incapacité de travail psychiatrique avant cette date.

Depuis le 01.01.2014, ce 50% d'incapacité de travail psychiatrique est vraisemblablement resté globalement constant.

A partir du 01.04.2014, soit à partir du 1^{er} du mois du rapport M. _____, l'expert admet une incapacité de travail de 90% d'un 100% dans la profession d'enseignant, au vu des pièces qu'on trouve au dossier. Ce 90% d'incapacité de travail pourrait être fixé pour une longue durée.

Compte tenu des ressources qui subsistent et qui ont été mentionnées plus haut dans le texte de ce rapport médical, le soussigné considère qu'il est raisonnablement exigible de l'intéressé qu'il exerce son activité professionnelle d'enseignant à un taux de 10% et ce depuis le 01.04.2014.

Dans une activité moins contraignante que celle d'enseignant (accueil, entretiens, surveillance de petits groupes d'élèves, enseignement individuel voire documentaliste, bibliothécaire), la capacité de travail de l'assuré est de 50% depuis 01.04.2014. Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce type d'activité avant le 01.04.2014.

Des mesures professionnelles pourraient être souhaitables, dans la mesure où M. O. _____ y aurait droit. Leur nature devrait être élaborée avec l'employeur, sachant que l'expertis[é] paraît bénéficier d'un important soutien au sein de l'établissement où il travaille.

Le traitement actuel peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Un suivi par un médecin psychiatre FMH reste impératif.

L'expert ne partage pas l'idée du pronostic favorable fréquemment avancé dans ce dossier. M. O. _____ s'est péjoré depuis l'année passée. La symptomatologie pourrait être grevée d'éléments psychotiques (troubles de la pensée, perplexité). Le pronostic est par conséquent réservé.

Réponses aux questions

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

a. Anamnèse professionnelle et sociale

b. Evolution de la maladie et résultats de thérapies

c. Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Voir texte

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré(e)

Voir texte

3. Status clinique

Voir texte

4. Diagnostics (selon classification ICD-10/ DSM-IV-TR)

a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)*.

Ce trouble semble s'être manifesté une première fois lorsque l'intéressé fréquentait l'école des beaux-arts à B._____. Tout indique qu'on [a] à nouveau le seuil diagnostique d'un épisode dépressif en 2014 et que ce trouble a pris ses galons de chronicité.

b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

Depuis quand sont-ils présents ?

Aucun sur le plan psychiatrique.

5. Appréciation du cas et pronostic

M. O._____ a présenté des troubles psychologiques depuis l'adolescence, ce qui valide une fragilité préexistante à ce qui se manifeste en ce moment.

Dans le contexte de difficultés existentielles, ce sujet a évolué vers un trouble de l'adaptation puis vers un trouble dysthymique qui valide une symptomatologie dépressive de peu de sévérité qui a pris ses galons de chronicité.

Au vu de ce qu'on trouve au dossier et de ce qu'il a observé, le soussigné admet une aggravation qui s'est progressivement installée à fin 2013 et qui s'est confirmée dans la chronicité par la suite en termes d'un épisode dépressif moyen à la limite supérieure de ce degré de sévérité.

En l'état, l'expert considère qu'il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique jusqu'en 2014. Pour le soussigné, il n'y [...] avait pas davantage lieu d'en retenir au moment du projet de décision de l'office de l'assurance invalidité du 28.11.2013.

Sachant que l'aggravation des troubles psychiques de l'intéressé a vraisemblablement été progressive, l'expert admet une incapacité de travail de 50% d'un 100% dans la profession d'enseignant à partir du 01.01.2014. Il n'admet pas d'incapacité de travail psychiatrique avant cette date.

Depuis le 01.01.2014, ce 50% d'incapacité de travail psychiatrique est vraisemblablement resté globalement constant.

A partir du 01.04.2014, soit à partir du 1^{er} du mois du rapport M._____, l'expert admet une incapacité de travail de 90% d'un 100% dans la profession d'enseignant, au vu des pièces qu'on trouve au dossier. Ce 90% d'incapacité de travail pourrait être fixé pour une longue durée.

Compte tenu des ressources qui subsistent et qui ont été mentionnées plus haut dans le texte de ce rapport médical, le soussigné considère qu'il est raisonnablement exigible de l'intéressé qu'il exerce son activité professionnelle d'enseignant à un taux de 10% et ce depuis le 01.04.2014.

Dans une activité moins contraignante que celle d'enseignant (accueil, entretiens, surveillance de petits groupes d'élèves, enseignement individuel voire documentaliste, bibliothécaire), la capacité de travail de l'assuré est de 50% depuis 01.04.2014. Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce type d'activité avant le 01.04.2014.

Des mesures professionnelles pourraient être souhaitables, dans la mesure où M. O. _____ y aurait droit. Leur nature devrait être élaborée avec l'employeur, sachant que l'expertis[e] paraît bénéficier d'un important soutien au sein de l'établissement où il travaille.

Le traitement actuel peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Un suivi par un médecin psychiatre FMH reste impératif.

L'expert ne partage pas l'idée du pronostic favorable fréquemment avancé dans ce dossier. M. O. _____ s'est péjoré depuis l'année passée. La symptomatologie pourrait être grevée d'éléments psychotiques (troubles de la pensée, perplexité). Le pronostic est par conséquent réservé.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

- a. Au plan physique**
- b. Au plan psychique et mental**
- c. Au plan social**

Les limitations psychiatriques ont été décrites dans le chapitre de l'appréciation asséculologique et ne sont pas reprises ici.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

- a. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?**
- b. Description précise de la capacité résiduelle de travail ?**
- c. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures/jour) ?**
- d. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?**
- e. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**
- f. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

En l'état, l'expert considère qu'il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique jusqu'en 2014. Pour le soussigné, il n'y [...] avait pas davantage lieu d'en retenir au moment du projet de décision de l'office de l'assurance invalidité du 28.11.2013.

Sachant que l'aggravation des troubles psychiques de l'intéressé a vraisemblablement été progressive, l'expert admet une incapacité de travail, de 50% d'un 100% dans la profession d'enseignant à

partir du 01.01.2014. Il n'admet pas d'incapacité de travail psychiatrique avant cette date.

Depuis le 01.01.2014, ce 50% d'incapacité de travail psychiatrique est vraisemblablement resté globalement constant.

A partir du 01.04.2014, soit à partir du 1^{er} du mois du rapport M. _____, l'expert admet une incapacité de travail de 90% d'un 100% dans la profession d'enseignant, au vu des pièces qu'on trouve au dossier. Ce 90% d'incapacité de travail pourrait être fixé pour une longue durée.

Compte tenu des ressources qui subsistent et qui ont été mentionnées plus haut dans le texte de ce rapport médical, le soussigné considère qu'il est raisonnablement exigible de l'intéressé qu'il exerce son activité professionnelle d'enseignant à un taux de 10% et ce depuis le 01.04.2014.

Dans une activité moins contraignante que celle d'enseignant (accueil, entretiens, surveillance de petits groupes d'élèves, enseignement individuel voire documentaliste, bibliothécaire), la capacité de travail de l'assuré est de 50% depuis 01.04.2014. Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce type d'activité avant le 01.04.2014.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui dans délai ? Sinon, pour quelles raisons ?

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

a. Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

b. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Des mesures professionnelles pourraient être souhaitables, dans la mesure où M. O. _____ y aurait droit. Leur nature devrait être élaborée avec l'employeur, sachant que l'expertis[é] paraît bénéficier d'un important soutien au sein de l'établissement où il travaille.

Le traitement actuel peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité: Un suivi par un médecin psychiatre FMH reste impératif.

L'expert ne partage pas l'idée du pronostic favorable fréquemment avancé dans ce dossier. M. O. _____ s'est péjoré depuis l'année passée. La symptomatologie pourrait être grevée d'éléments psychotiques (troubles de la pensée, perplexité). Le pronostic est par conséquent réservé.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

- a. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il/elle satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**
- b. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?**
- c. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**
- d. Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?**
- e. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**

Dans une activité moins contraignante que celle d'enseignant[...], la capacité de travail de l'assuré est de 50% depuis 01.04.2014.

D. Remarques

Néant."

Appelé à se prononcer sur cette expertise, l'office intimé, par acte du 2 décembre 2015 se fondant sur un avis rendu le 24 novembre précédent par les Drs P._____ et C._____ du SMR, propose de suivre les conclusions de l'expert J._____ et de reconnaître au recourant une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2014 puis de 10% dès le 1^{er} avril 2014 dans l'activité habituelle d'enseignant, respectivement de 100% dès le 1^{er} janvier 2014 puis de 50% dès le 1^{er} avril 2014 dans le cadre d'une activité adaptée.

Dans ses déterminations du 14 décembre 2015, le recourant déclare se rallier aux conclusions de l'expert J._____ s'agissant de l'incapacité de travail retenue dès le 1^{er} avril 2014, soit 90% dans l'activité habituelle d'enseignant et 50% dans une activité moins contraignante. En ce qui concerne la période antérieure, le recourant s'en réfère à l'avis de son médecin traitant le Dr K._____, qui l'a déclaré en incapacité de travail totale dès le 20 mai 2011. A cet égard, il fait valoir que si le Dr J._____ se rallie au point de vue de la Dresse M._____ pour ce qui relève des éléments qu'il n'a pas pu analyser et tester personnellement, l'expert se prononce pour le reste en faveur des médecins du SMR sans autres ou plus amples capacités à documenter et objectiver son propos, en raison du temps écoulé et des appréciations auxquelles il n'a pas pu se livrer à l'époque des faits. Aussi le recourant estime-t-il que, pour la période antérieure au 1^{er} avril 2014, il y a lieu de privilégier l'avis du Dr

K._____, qui seul a pu effectuer ses constatations « *in concreto* » contrairement aux médecins intervenus postérieurement. En ce qui concerne par ailleurs la mise au bénéfice de prestations de l'AI, O._____ modifie ses conclusions en ce sens qu'il conclut à l'annulation de la décision du 15 mai 2014 et, principalement, à l'octroi des prestations AI (indemnités aux mesures de reclassement) pour les périodes mentionnées dans le rapport de l'expert J._____ du 11 novembre 2015, subsidiairement au renvoi à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants et des constatations de l'expert.

Par acte du 26 janvier 2016, l'OAI renvoie à son écriture du 2 décembre 2015.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) Le Tribunal ne peut examiner que les rapports de droit sur lesquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. notamment ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 II 200 consid. 3 et 125 V 413 consid. 1 et 2 avec les références citées). Dès lors, l'autorité de recours ne peut pas en principe examiner les prétentions et les griefs qui n'ont pas fait l'objet du prononcé de l'instance inférieure et le recourant ne peut pas prendre des conclusions qui sortent de ce cadre (cf. TF 2P.259/2006 du 18 avril 2007 consid. 2.2 et les références citées). 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision rendue le 15 mai 2014 par l'OAI, déniait à l'assuré tout droit au reclassement ou à une rente d'invalidité.

En revanche, la décision attaquée n'ayant pas pour objet l'octroi d'indemnités journalières, les conclusions du recourant s'avèrent irrecevables en tant qu'elles tendent à l'octroi de telles prestations.

3. Il convient en premier lieu de s'arrêter sur le grief formel soulevé par le recourant. Ce dernier invoque en effet une violation de son droit d'être entendu, en ce sens que la motivation insuffisante de la décision entreprise l'aurait contraint à devoir solliciter le dossier constitué par l'OAI, dont la communication ne serait intervenue que dix jours avant l'échéance du délai de recours, soit un laps de temps trop court pour obtenir les renseignements médicaux nécessaires à son argumentation (cf. mémoire de recours du 18 juin 2014 p. 4).

a) Inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et figurant également à l'art 42 LPGA s'agissant des procédures devant les assureurs sociaux, le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (cf. ATF 135 II 286 consid. 5.1, 129 II 497 consid. 2.2 et 127 I 54 consid. 2b avec les arrêts cités).

S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (cf. ATF 133 I 270 consid. 3.1 et 133 III 439 consid. 3.3 ; cf. consid. 3.1.2 non publié aux ATF 137 IV 25 [TF 1C_308/2010 du 20 décembre 2010] ; cf. également art. 49 al. 3 LPGA). L'autorité n'a cependant pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties. Il suffit qu'elle mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (cf. ATF 135 III 670 consid. 3.3.1, 134 I 83 consid. 4.1 et 133 III 439 consid. 3.3) ; l'autorité peut ainsi se limiter aux questions décisives (cf. ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1 et 135 V 65 consid. 2.6 avec les références). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (cf. ATF 133 III 439 consid. 3.3 et 130 II 530 consid. 4.3). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (cf. TF 8C_762/2009 du 5 juillet 2010 consid. 2.2).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1).

b) Au cas d'espèce, il est vrai que la motivation de la décision litigieuse n'est pas particulièrement étayée s'agissant de l'examen des éléments en cause. Il n'en demeure pas moins que le recourant était en mesure de saisir le fondement essentiel de cette décision, ainsi que cela ressort de son mémoire de recours du 18 juin 2014. Le recourant avait du reste déjà reçu une première transmission de son dossier en décembre 2013, avant celle de juin 2014. En tous les cas, une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait quoi qu'il en soit être considérée comme guérie devant la juridiction de céans, le recourant (cf. mémoire de recours du 18 juin 2014, réplique du 17 octobre 2014 et déterminations du 14 décembre 2015) comme l'intimé (cf. réponse du 19 août 2014, duplique du 4 novembre 2014 et déterminations des 2 décembre 2015 et 26 janvier 2016) ayant eu l'occasion de faire valoir leurs points de vue respectifs au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (cf. TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). En conséquence, l'argument tiré d'une violation du droit d'être entendu doit être écarté.

4. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut

aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

Selon 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).

L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

b) 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

En principe, le juge ne s'écartera pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné.

Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. aussi, entre autres, TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1).

5. a) En l'occurrence, après avoir initialement conclu à l'octroi de prestations AI avec effet rétroactif au 4 janvier 2012 (cf. mémoire de recours du 18 juin 2014 p. 5), le recourant a modifié sa position suite au rapport d'expertise judiciaire rendu par le Dr J._____ le 11 novembre 2015, concluant désormais à l'octroi de prestations AI conformément aux périodes définies par l'expertise susdite, mais considérant néanmoins dans sa motivation – non sans une certaine ambiguïté – qu'il y avait lieu de se référer à l'avis du Dr K._____ pour la période antérieure au 1^{er} avril 2014 (cf. déterminations du 14 décembre 2015 p. 2).

Quant à l'office intimé, il a admis sans réserve les conclusions de l'expert J._____ dans le sens d'une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2014 puis de 10% dès le 1^{er} avril 2014 s'agissant de l'activité habituelle d'enseignant, et d'une capacité de travail de 100% avant le 1^{er} avril 2014 et de 50% depuis lors dans le cadre d'une activité adaptée (cf. déterminations du 2 décembre 2015).

Il y a dès lors lieu de départager ces opinions.

b) Dans son rapport d'expertise judiciaire, le Dr J._____ a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen se situant à la limite supérieure de ce degré de sévérité (cf. rapport d'expertise du 11 novembre 2015 pp. 16, 19 et 21 s.).

Il a ajouté que le recourant était capable de s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle dans la mesure où il n'était pas sur-sollicité (cf. *ibid.* p. 16). Procédant à une analyse de l'évolution de l'état de santé, l'expert s'est prononcé sur les rapports médicaux au dossier et, notamment, sur ceux émanant du Dr K._____, médecin traitant. Dans ce contexte, le Dr J._____ a retenu que le rapport du Dr K._____ du 13 février 2012 plaidait en faveur d'un trouble de l'adaptation et non pas d'un épisode dépressif sévère, expliquant à cet égard que la situation décrite à l'époque ne permettaient pas de retrouver les items cardinaux d'un tel épisode et que, s'il y avait des éléments allant en ce sens, ceux-ci n'avaient pas de caractère permanent (cf. *ibid.* p. 17 s.). Selon l'expert, le rapport du Dr G._____ du 20 mars 2012 s'inscrivait dans la même lignée bien que les antécédents de l'assuré eussent été ignorés (cf. *ibid.* p. 18). Concernant le rapport d'examen psychiatrique établi le 11 novembre 2013 par le Dr N._____, le Dr J._____ a exposé que le tableau clinique y figurant n'atteignant manifestement pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif *stricto sensu*, l'expert étant pour le surplus d'avis qu'un sujet ne pouvait pas cacher un état dépressif incapacitant à un spécialiste expérimenté (cf. *ibid.* loc. cit.). Le Dr J._____ a retenu que les troubles psychiques du recourant s'étaient ensuite aggravés, péjoration évoquée dans le rapport du Dr K._____ du 9 décembre 2013 et le compte-rendu de la psychologue W._____ du 16 décembre 2013, le rapport de la Dresse M._____ du 26 avril 2014 montrant quant à lui une situation très proche de celle observée lors de l'expertise. A la lumière de ces éléments, le Dr J._____ a estimé qu'une aggravation s'était progressivement installée à fin 2013 pour ensuite se confirmer dans la chronicité (cf. *ibid.* loc. cit.). Cela étant, considérant qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une incapacité de travail psychiatrique avant 2014, l'expert a conclu à une incapacité de travail dans la profession (habituelle) d'enseignant de 50% dès le 1^{er} janvier 2014 puis de 90% dès le 1^{er} avril 2014 « soit à partir du 1^{er} du mois du rapport M._____ » (cf. *ibid.* p. 19), et a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 50% à compter du 1^{er} avril 2014 sans aucune diminution antérieurement à cette date (cf. *ibid.* pp. 19, 22 et 23).

Force est de constater que l'expert mandaté par la juridiction de céans a pris le soin d'intégrer à son analyse les différents avis médicaux résultant de l'instruction du dossier, notamment l'avis du Dr K._____ invoqué par le recourant. Le Dr J._____ ne s'est ainsi aucunement limité à se prononcer « *en faveur de ses confrères mandatés par l'OAI, sans autres ou plus amples capacités de documenter et d'objectiver son propos* » pour la période antérieure au 1^{er} avril 2014, contrairement à ce que prétend le recourant (cf. déterminations du 14 décembre 2015 p. 2). Plus spécifiquement, si le Dr K._____ a certes attesté, en sa qualité de médecin traitant, une incapacité de travail de 100% depuis le 20 mai 2011 (cf. également rapport du 13 février 2012), il reste que le Dr J._____ a exposé de manière convaincante, sur la base d'une analyse méticuleuse, les raisons pour lesquelles il ne pouvait conclure à une incapacité de travail antérieure à 2014 - analyse à l'encontre de laquelle l'assuré n'apporte en définitive aucun élément sérieux. A cet égard, on ne saurait s'arrêter sur le fait que le Dr K._____ ait été le seul médecin à avoir effectué un examen clinique en 2011 déjà (cf. déterminations du 14 décembre 2015 p. 2). De fait, en termes de valeur probante, ce n'est pas l'antériorité de l'examen clinique qui doit être prise en considération, mais bien la teneur concrète des différents avis médicaux recueillis (cf. consid. 4c supra). C'est du reste le lieu de souligner que la mission de l'expert n'est pas limitée à l'analyse de la seule situation existant au moment de l'expertise, mais que son rôle consiste bien plutôt à apporter un regard neutre - moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) - et autorisé sur un cas particulier (cf. TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3), ce qui englobe également l'évolution de la situation dans le temps au regard des pièces du dossier. De ces différentes considérations, il résulte que l'on ne saurait préférer l'avis du Dr K._____ à l'appréciation de l'expert judiciaire.

Il appert au final que l'évaluation médicale faite par le Dr J._____ n'est mise en doute par aucun élément au dossier, et ce notamment en ce qui concerne le raisonnement avancé par ce dernier

médecin pour étayer son positionnement quant aux autres avis médicaux recueillis. A cela s'ajoute que le rapport d'expertise du Dr J._____ est soigneusement élaboré, qu'il repose sur un examen complet du dossier médical, qu'il tient compte aussi bien de l'anamnèse que des plaintes du recourant et qu'il comporte des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Il satisfait ainsi pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 4c supra). Partant, il faut donc considérer comme convaincantes les conclusions de l'expert J._____ admettant une aggravation de l'état de santé dès le début de l'année 2014, avec une incapacité de travail de 50% dans la profession d'enseignant à partir du 1^{er} janvier 2014, puis une incapacité de travail de 90% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée à compter du 1^{er} avril 2014.

Cela étant, l'administration de preuves supplémentaires - singulièrement l'audition des Drs K._____, G._____, M._____ et N._____, ainsi que de la psychologue W._____ (cf. réplique du 17 octobre 2014 p. 4) - ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

c) Il résulte des conclusions pleinement probantes de l'expert J._____ qu'avant le 1^{er} janvier 2014, le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail. Lorsque la décision querellée a été rendue le 15 mai 2014 - décision dont il incombe à la Cour de céans de vérifier la légalité sur la base de l'état de fait à cette date (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1) -, le délai de carence d'une année institué par l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'était donc pas échu. A ce moment, l'octroi d'une rente d'invalidité était par conséquent exclu. Il suit de là qu'en tant qu'elle réfute le droit du recourant à une rente d'invalidité, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat, si bien que le recours ne peut qu'être rejeté. Cela dit, il y a toutefois lieu de transmettre l'affaire à l'intimé pour qu'il examine l'éventuel droit du recourant à une rente

d'invalidité à l'issue du délai de carence susdit, compte tenu, d'une part, de la comparaison des revenus à effectuer et, d'autre part, du statut de l'assuré employé jusqu'alors comme enseignant à temps partiel.

Au surplus, on pourrait encore s'interroger sur l'impact des conclusions du Dr J. _____ du point de vue du reclassement. Ce point ne mérite toutefois pas de développements spécifiques, dans la mesure où l'expert judiciaire a retenu que l'intéressé - à même de s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle en l'absence de sur-sollicitation (cf. rapport d'expertise du 11 novembre 2015 p. 16) - conservait une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, par exemple pour de l'accueil, des entretiens, de la surveillance petits groupes d'élèves ou de l'enseignement individuel, voire dans une activité de documentaliste ou de bibliothécaire (cf. ibid. pp. 19, 22 et 23). De toute évidence, ces activités sont à la portée du recourant sans nécessairement présupposer une réadaptation. De fait, selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu à reclassement lorsque la formation de base de l'assuré permet à elle seule d'atteindre le but de la réadaptation, de sorte qu'une nouvelle orientation ne se justifie pas (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1689 p.454 avec la référence à l'arrêt TFA I 160/06 du 10 mai 2006, figurant en note de bas de page n° 2097). Il suit de là qu'en l'état, une mesure de reclassement n'apparaît pas objectivement indiquée dans le cas particulier. Aussi, sous cet angle également, il y a lieu de confirmer la décision attaquée dans son résultat.

6. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée confirmée.

Le dossier de la cause sera néanmoins transmis à l'intimé pour qu'il examine l'éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité à l'issue du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, compte tenu, d'une part, de la comparaison des revenus à effectuer et, d'autre part, du statut de l'assuré employé jusqu'alors comme enseignant à temps partiel (cf. consid. 5c supra).

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, le bénéfice de l'assistance judiciaire octroyée le 17 septembre 2014 a été limité à la désignation d'un mandataire d'office, à l'exclusion des frais de la procédure.

Cela étant, compte tenu de l'ampleur de la présente affaire, les frais de justice sont arrêtés 400 fr. à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGGA).

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ) –, Me Julie André, conseil du recourant, a produit le 14 avril 2016 la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. L'indemnité du conseil d'office doit ainsi être arrêtée à vingt

heures et vingt minutes au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), à quoi s'ajoutent les débours par 97 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 4'057 fr. 56 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause, montant qu'il y a lieu d'arrondir à 4'057 fr. 60.

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

- I. Le recours déposé le 18 juin 2014 par O. _____ est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 15 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour examen de l'éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.
- VI. L'indemnité d'office de Me Julie André, conseil du recourant, est arrêtée à 4'057 fr. 60 (quatre mille cinquante-sept francs et soixante centimes), TVA comprise.
- VII. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Julie André (pour O. _____),
- 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 :