

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

V._____, à **F.**_____, recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA, 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce décerné en 1988. Après avoir travaillé comme comptable-réviseur entre 1988 et 2001, il a œuvré en tant qu'inspecteur fiscal pour le compte de l'Etat de Vaud de 2001 à 2005. Il a par la suite effectué diverses formations continues, obtenant notamment en 2009 un diplôme de maîtrise en administration des affaires (MBA) de l'Université de W._____ dans la spécialisation en management de projets. N'ayant pas retrouvé d'emploi fixe, il n'a ensuite exercé que des activités de courte durée.

Souffrant de dépression, V._____ a déposé, en date du 31 décembre 2012, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré.

Il ressort de l'extrait du compte individuel de V._____ du 24 janvier 2013 que, pour l'année 2011, il a successivement travaillé, entre février et mai, au service d'A._____ SA pour un revenu de 31'999 fr. puis, de mai à août, pour le compte de R._____ SA obtenant un revenu de 19'444 fr., soit un revenu total de 51'443 francs.

Dans un rapport du 11 avril 2013, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué se charger du suivi de l'assuré depuis le 6 août 2012. Il a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'épisode dépressif. Il a estimé que dans un cadre protégé ou moyennant un soutien, la capacité de travail était de 50%, taux qui était susceptible d'augmenter à 100% dans un emploi demandant moins d'adaptabilité ou de responsabilité que ce qui pourrait être envisagé au vu de son MBA et pour autant qu'il soit moins exposé que le poste qu'il occupait au sein de l'Administration fiscale vaudoise.

Le 31 mai 2013, l'office AI a informé V._____ qu'il prenait en charge le coût d'entretiens individuels de coaching dans le cadre de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une réhabilitation socioprofessionnelle auprès de C._____ Sàrl.

Aux termes d'un bilan de compétences non daté (indexé le 11 juin 2013), C._____ Sàrl a constaté que l'assuré avait entrepris une prise de conscience de lui-même avec authenticité et envie de se transformer. L'énergie et la confiance revenaient et il s'agissait de renforcer ces aspects. Il avait repris contact avec sa nature et ses besoins afin de se donner toutes les chances pour un retour durable et constructif sur le marché de l'emploi. Une deuxième mesure visant à la consolidation des acquis était préconisée.

Dans un bilan de compétences non daté (indexé le 12 septembre 2013), C._____ Sàrl a relevé que l'assuré avait continué les prises de confiance et la valorisation de qui il est avec authenticité et sincérité. Même si des hauts et des bas avaient été constatés, l'énergie, de même que la confiance, étaient là. Il s'agissait pour l'intéressé d'oser croire que c'était possible, sans se saboter. Une aide au placement était recommandée en vue de faciliter un retour en douceur sur le marché du travail.

Le 2 janvier 2014, le Dr B._____ a indiqué à l'office AI que V._____ avait interrompu le suivi psychiatrique depuis une année environ, de sorte qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions complémentaires qui lui étaient posées.

Du 6 novembre 2013 au 14 février 2014, V._____ a effectué un stage au taux de 40% lui permettant de tenir la comptabilité complète de plusieurs sociétés, depuis la création des entités de diverses entreprises jusqu'à la préparation au bouclage. Dans un rapport final non daté (indexé le 28 mars 2014), les responsables du stage ont indiqué que l'assuré s'était particulièrement investi, individuellement et en équipe,

dans les tâches qui lui avaient été confiées. Appliqué, il avait, tout au long de son stage, rendu des travaux et documents soignés, précis et dans les délais. Il avait par ailleurs parfaitement respecté les consignes établies et il s'était totalement impliqué dans son travail. Outre sa ponctualité, les auteurs du rapport ont souligné sa bonne présentation, sa forte motivation et ses qualités proactives. Ce stage lui avait certainement apporté plus de confiance en ses compétences techniques.

Dans un rapport du 24 septembre 2014, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique complexe associé à une dépression moyenne à grave. Il a expliqué que ce tableau se retrouvait classiquement chez les victimes de mobbing, évoluant généralement vers une chronification des symptômes et une cristallisation des blocages psychiques surtout lorsqu'ils n'avaient pas été pris en charge rapidement. Il a considéré que la capacité de travail était nulle, si bien que des mesures de réadaptation lui paraissaient illusoire.

Après avoir examiné les pièces médicales au dossier, le Dr Z._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de clarifier le diagnostic, les éventuelles limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible (avis médical du 10 octobre 2014).

Mandaté par l'office AI pour procéder à l'expertise psychiatrique de V._____, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport en date du 4 février 2016. Il a diagnostiqué - avec répercussion sur la capacité de travail - une dysthymie ayant évolué vers des épisodes dépressifs récurrents moyens et légers depuis 2012, en rémission partielle au jour de l'expertise. Si, dans le passé, les limitations fonctionnelles étaient significatives (isolement social partiel, sans troubles de la concentration significatifs objectivables, ralentissement psychomoteur modéré), la symptomatologie dépressive était actuellement légère (léger isolement social, sans troubles

de la concentration significatifs objectivables, ni de ralentissement psychomoteur). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de difficultés liées à l'emploi et au chômage et de traits de la personnalité anxieuse, actuellement non décompensée. Le Dr H. _____ a conclu son rapport en exposant ce qui suit à propos de la capacité de travail de l'assuré :

« Tenant compte de l'anamnèse et du dossier asséculo-logique disponible, nous avons retenu des troubles dépressifs récurrents moyens à légers et l'évolution clinique a été décrite dans le tableau synthétique de la page 14.

La capacité de travail dans toute activité adaptée au niveau d'acquisition (comptable) est de 100%, avec une baisse de rendement de l'ordre de 20 ou 30%. Dans un emploi demandant plus de responsabilités (poste envisagé au vu de son MBA), ou exposé à des stress importants (service des impôts), une capacité de travail de 50% est à retenir actuellement, sans baisse de rendement. Nous ne retenons pas de fluctuation significative de la capacité de travail depuis 2012, car les moments d'épisodes dépressifs moyens avec syndrome somatique, n'ont pas atteint trois mois sans être suivis d'améliorations partielles, allant dans le sens d'épisodes dépressifs légers. Malgré les diagnostics susmentionnés, l'assuré a pu toujours s'occuper adéquatement de sa fille, à conduire la voiture, à chercher du travail, à essayer de monter une entreprise, à travailler quelques heures par mois ou par semaine en fonction des moments, etc., ce qui montre que les limitations fonctionnelles en lien avec les troubles psychiques susmentionnés n'étaient pas significatives.

D'un point de vue **médico-théorique**, on peut s'attendre à une augmentation de la capacité de travail à 100% dans toute activité dans 6 à 12 mois avec une probabilité de l'ordre de 50% en cas de thérapie hebdomadaire et d'un traitement antidépresseur avec monitoring sanguin.

La situation n'est pas stabilisée et devrait être réévaluée dans 6 à 12 mois selon l'évolution après amélioration de la prise en charge.

L'assuré devrait être soutenu dans un projet de réadaptation professionnelle au cas où il restera motivé pour un tel projet. »

Répondant aux questions complémentaires de l'office AI, le Dr H. _____ s'est exprimé en ces termes dans un courrier du 31 mai 2016 :

« Concernant la capacité dans une activité de comptable, ne travaillant pas au département des finances service des impôts du canton de Vaud, on doit considérer que la capacité de travail est de 40% dès le 06.11.2013 (début du stage de comptabilité) à juin 2015 et de 100% avec une baisse de rendement de 20 à 30% dès juillet

2015 au présent. Les périodes d'aggravation ont été ponctuelles (inférieures à deux ou trois mois) et suivies d'améliorations cliniques. »

Le 1^{er} juillet 2016, le Dr D._____, médecin au SMR, a déclaré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr H._____.

Le 7 octobre 2016, l'office AI a informé V._____ qu'il assumait le coût d'entretiens individuels de coaching de retour à l'emploi dans le cadre d'une mesure de reclassement professionnel auprès de Q._____.

Dans un rapport non daté (indexé le 28 novembre 2016), Q._____ a souligné l'excellente attitude de l'assuré. Son engagement et sa motivation étaient également qualifiés d'excellent. Elle a relevé qu'il semblait avoir trouvé la voie lui permettant de capitaliser sur ses expériences et ses connaissances, tout en se sentant à sa place et motivé. Il s'agissait désormais pour lui de consolider cette expérience et de la développer sans brûler les étapes.

Il ressort d'un rapport final du 3 juillet 2017 d'un collaborateur de l'office AI, spécialiste en réinsertion professionnelle, que le revenu sans invalidité avait été fixé à 116'733 fr. 01 sur la base des salaires statistiques correspondant à la branche d'activité d'expert-comptable. Quant au revenu d'invalidité, il se fondait sur la même table statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, niveau de compétence 4, ligne 69-71), ce qui représentait un salaire de 9'284 francs. Après indexation à l'année 2015 et compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises suisses en 2015 (41,7 h) et d'une diminution de rendement de 30%, il s'élevait à 81'713 fr. 11.

Par projet de décision du 7 juillet 2017, l'office AI a informé V._____ qu'il comptait lui allouer une rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes : à l'issue du délai de carence, soit en août 2013, il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale en toute

activité, ce qui lui donnait droit à une rente entière ; du 6 novembre 2013 au 30 juin 2015, sa capacité de travail était de 40% ; la rente entière était donc réduite trois mois après la date à laquelle il avait recouvré une capacité de travail de 40%, soit dès le 1^{er} mars 2014 ; dès cette date, l'office AI a reconnu le droit de l'intéressé à un trois quarts de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 60% ; à compter du 1^{er} juillet 2015, il a présenté une capacité de travail de 100% en toute activité ; en l'absence de préjudice économique, le droit à la rente devait donc être supprimé trois mois après la date à laquelle il avait recouvré une capacité de travail excluant le droit à une rente, soit au 30 septembre 2015. Par conséquent, l'office AI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2013 au 28 février 2014 basé sur un degré d'invalidité de 100%, puis à un trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} mars 2014 au 30 septembre 2015 basé sur un degré d'invalidité de 60%.

L'assuré n'ayant pas présenté d'objections, l'office AI a entériné, par décision du 21 décembre 2017, l'octroi d'une rente d'invalidité conformément à son projet du 7 juillet précédent.

B. a) Par acte du 1^{er} février 2018, V._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière maximale d'invalidité depuis le 1^{er} août 2013 ainsi qu'à une rente entière maximale pour enfant, avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} août 2015, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée s'agissant des rentes d'invalidité et pour enfant octroyées dès le 1^{er} mars 2014, la cause étant renvoyée à l'office AI pour complément d'instruction. Arguant qu'il n'avait pas été en mesure de consulter le dossier, l'assuré s'est contenté de déclarer qu'il critiquait essentiellement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail depuis le 1^{er} mars 2014 et, partant, la fixation de son taux d'invalidité. Il a également contesté la fin du droit aux prestations de même que les modalités du calcul de la rente. A cet égard, il a fait valoir que les critères retenus dans la décision querellée ne permettaient pas d'établir pour quelles raisons il n'avait pas droit à une rente d'un montant maximal. Il a

produit un bordereau de pièces dans lequel figurait un certificat médical du 25 janvier 2018 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel il attestait une incapacité de travail totale depuis le 4 décembre 2017, sans justifier son point de vue. Relevant pour le surplus que la contestation portait surtout sur des questions d'ordre médical, l'assuré a sollicité l'audition de ses médecins traitants S._____, et X._____ ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale.

b) Dans sa réponse du 11 avril 2018, l'office AI a souligné que le certificat du Dr X._____ du 25 janvier 2018 ne contenait aucun élément médical objectif remettant en cause l'appréciation du Dr H._____ sur laquelle se fondait la décision attaquée. Quant aux modalités de calcul de la rente, l'office AI a demandé que l'assuré lui indique si, après avoir consulté le dossier complet, il s'opposait toujours auxdites modalités de calcul. En l'état, il proposait le rejet du recours.

c) En réplique du 6 juin 2018, l'assuré a développé les griefs formulés dans son recours.

aa) Sur le plan médical, il a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr H._____. Alors que celui-ci était au courant du suivi thérapeutique auprès du Dr X._____, il avait adressé son rapport d'expertise à l'office AI avant d'appeler le Dr X._____, le 8 février 2016, pour discuter de l'état de santé de l'assuré (cf. rapport médical du Dr X._____ du 1^{er} mai 2018). L'expert n'avait ainsi pas tenu compte de l'avis du Dr X._____. Or, l'avis de ce dernier divergeait de l'expertise sur des éléments décisifs pour évaluer le droit à la rente de l'assuré, soit notamment le diagnostic médical et son impact sur la capacité de travail. L'office AI n'était ainsi pas fondé à fixer la capacité de travail à 100% dès le 1^{er} juillet 2015 en se basant exclusivement sur le rapport du Dr H._____, tout en écartant l'appréciation postérieure du Dr X._____ sans aucune justification. Au demeurant, il existait également des divergences entre l'expert et les Drs X._____ et B._____ sur des points ayant une incidence sur la détermination du droit à la rente, tels que les

diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail. Enfin, tous les médecins ayant examiné l'assuré s'accordaient pour affirmer que son état de santé n'était pas stabilisé.

bb) S'agissant du calcul de la rente, V._____ a critiqué le revenu sans invalidité fondant le montant de la prestation versée. Tout en relevant que le dossier de l'office AI ne contenait pas de pièces indiquant les revenus perçus avant son atteinte à la santé, l'assuré a fait valoir qu'il ressortait du dossier constitué qu'il aurait perçu un revenu annuel d'environ 110'500 fr. entre 2001 et 2005 au service de l'Etat de Vaud. Au regard de l'extrait du compte individuel, il aurait réalisé un revenu mensuel brut de 10'000 fr. en tant qu'employé d'A._____ SA durant quatre mois en 2011. Compte tenu des titres obtenus depuis 2007, de leur valeur salariale ajoutée sur le marché du travail et de l'évolution des salaires, il convenait d'admettre que le revenu qu'il pourrait réaliser si sa capacité de travail était entière était supérieur au montant de 116'733 fr. 01 retenu par l'office AI dans la décision attaquée, à tout le moins pas inférieur à 130'000 francs. Pour ce seul motif, le calcul du taux d'invalidité apparaissait faussé. Quant au salaire exigible, il ne tenait compte ni de l'incapacité de travail ni des limitations fonctionnelles, de sorte qu'il devait faire l'objet d'une réévaluation à la lumière des résultats des mesures d'instruction à mettre en œuvre.

d) Dupliquant en date du 8 août 2018, l'office AI s'est référé à l'avis du SMR du 3 juillet 2018, selon lequel le certificat du Dr X._____ du 25 janvier 2018 ne permettait pas de retenir une aggravation notable et durable de l'état de santé psychique de l'assuré antérieurement au 21 décembre 2017. Sur le plan économique, il a relevé que, dans son rapport du 3 juillet 2017, le spécialiste en réinsertion professionnelle avait constaté, d'une part, que l'assuré ne retrouvait pas d'emploi durable malgré ses connaissances théoriques acquises et, d'autre part, qu'il avait suivi ces formations afin de pallier à ses difficultés d'emploi. A cela s'ajoutait le fait que les formations complémentaires suivies ne faisaient que creuser l'écart de la réalité à l'emploi. L'office AI se demandait également si le choix des formations entreprises était judicieux au vu du

profil et des traits de personnalité anxieuse présentés par l'assuré. Dans ces conditions, l'office AI estimait justifié de se référer aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour déterminer le revenu sans invalidité. Quant au revenu d'invalidité, le rapport du 3 juillet 2017 relevait que l'assuré était à même de mettre en valeur ses compétences dans les domaines comptable et financier, de sorte que l'office AI ne pouvait que confirmer l'absence de préjudice économique retenu dans la décision attaquée.

e) Le 29 avril 2019, l'assuré a produit un rapport du 4 mars 2019 du Dr X._____, dans lequel il posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité complexe fondant, selon lui, une incapacité de travail de 50% au long cours.

f) Dans son courrier du 4 juin 2019, l'office AI s'est référé à l'avis médical du SMR du 23 mai 2019, d'après lequel l'assuré n'avait fourni aucun élément objectif nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par le Dr H._____ dans son expertise du 4 février 2016, complétée le 31 mai suivant. Dans la mesure où le courrier du Dr X._____ du 4 mars 2019 rendait compte de l'évolution récente de l'état de santé de l'assuré, il ne pouvait en être tenu compte dans le cadre de la présente procédure car il s'agissait d'éléments postérieurs à la décision contestée. En conséquence, l'office AI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la capacité de travail et le degré d'invalidité à la base de cette prestation ainsi que sur la détermination du revenu sans invalidité fondant l'évaluation de sa perte de gain.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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 (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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme

expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

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

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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 (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165).

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

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

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

Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'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 déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a 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 du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

5. Dans le cas particulier, il est constant que la demande de prestations de l'assurance-invalidité du recourant a été déposée en lien avec des troubles psychiques.

a) Du dossier constitué par l'office AI en cours de procédure administrative, il résulte que le Dr B._____ a posé le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif. Il a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité de comptable, ce taux étant susceptible d'atteindre à

terme 100% pour autant que le poste envisagé requiert peu d'adaptabilité et de responsabilité. Il devait en outre être moins exposé que celui que le recourant occupait au sein de l'Administration fiscale vaudoise (cf. rapport du Dr B. _____ du 11 avril 2013). Le 2 janvier 2014, le Dr B. _____ a indiqué que le recourant avait interrompu son suivi psychiatrique depuis environ une année. Par la suite, le Dr S. _____ a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique complexe associé à une dépression moyenne à grave. D'après ce médecin, le recourant présentait une incapacité de travail totale excluant toute mesure de réadaptation (cf. rapport du Dr S. _____ du 24 septembre 2014).

b) Toujours dans le cadre de la procédure administrative, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr H. _____. Dans son rapport du 4 février 2016, il a posé le diagnostic incapacitant de dysthymie ayant évolué vers des épisodes dépressifs moyens et légers récurrents. Il a estimé que la capacité de travail dans toute activité adaptée dans le domaine comptable était de 100% avec une baisse de rendement de l'ordre de 20 à 30%. Ultérieurement, il a précisé que la capacité de travail était de 40% dès le 6 novembre 2013 (début du stage de comptabilité) jusqu'au mois de juin 2015 avant d'atteindre 100% avec une baisse de rendement de 20 à 30% à compter du mois de juillet 2015 (cf. courrier du 31 mai 2016). Il a justifié son point de vue en soulignant qu'il n'avait pas retenu de fluctuation significative de la capacité de travail depuis 2012, car les moments d'épisodes dépressifs moyens avec syndrome somatique n'avaient pas atteint trois mois, sans être suivis d'améliorations partielles, allant dans le sens d'épisodes dépressifs légers. Malgré les diagnostics retenus, le recourant avait toujours pu s'occuper adéquatement de sa fille, conduire sa voiture, chercher du travail, essayer de monter une entreprise, travailler quelques heures par mois ou par semaine en fonction des moments, ce qui montrait que les limitations fonctionnelles en lien avec les troubles psychiques présentés n'étaient pas significatives (cf. rapport d'expertise du 4 février 2016, p. 39).

c) Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr H. _____ lui reprochant plus particulièrement de ne pas avoir pris en compte l'avis des psychiatres traitants B. _____, S. _____ et X. _____ et de ne pas avoir interpellé ce dernier avant de rendre son rapport.

aa) Dans son rapport du 4 mars 2019, le Dr X. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent léger à moyen et de trouble de la personnalité complexe. Si, dans son certificat médical du 25 janvier 2018, il a retenu une incapacité de travail complète à compter du 4 décembre 2017 sans toutefois justifier son point de vue, il a par la suite (cf. rapports des 1^{er} mai 2018 et 4 mars 2019) considéré qu'elle était de 50% au long cours. Il n'a cependant pas précisé à partir de quelle date l'état de santé du recourant justifiait une amélioration de sa capacité de travail.

bb) Il ressort du rapport d'expertise du Dr H. _____ du 4 février 2016 que celui-ci a tenu compte des avis des Drs B. _____ et S. _____ et qu'il a discuté leur appréciation (loc. cit., pp. 10 ss.). En particulier, il a expliqué pour quels motifs il n'y avait pas lieu, selon lui, de retenir un état de stress post-traumatique tel que diagnostiqué par le Dr S. _____. S'il n'évoque pas l'avis du Dr X. _____, il ressort toutefois du rapport dressé par ce dernier le 1^{er} mai 2018 que l'expert l'a appelé en date du 8 février 2016. L'expert n'a cependant pas modifié ses conclusions en rédigeant son rapport complémentaire le 31 mai 2016. Le 1^{er} mai 2018, le Dr X. _____ a posé le diagnostic nouveau (non formulé par les précédents psychiatres) de trouble de la personnalité complexe comprenant des traits de personnalité anxieuse ainsi que l'avait retenu l'expert. Or, ce dernier a exclu de manière motivée la présence d'un trouble de la personnalité en indiquant que, selon l'anamnèse, l'assuré ne présentait pas, de longue date, des comportements durables et stables nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement (ibid., p. 27). Par ailleurs, le Dr X. _____ ne dit pas en quoi les diagnostics de l'expert H. _____ seraient mal fondés. A cela s'ajoute qu'il n'explicite pas les éléments cliniques sur lesquels il fonde ses conclusions, tout en

admettant qu'elles sont en partie conformes à celles de l'expert. L'appréciation du Dr X. _____ ne permet par conséquent pas de remettre en cause l'expertise du Dr H. _____, le psychiatre traitant ne décrivant pas une situation différente de celle observée par l'expert.

cc) Contrairement à ce que prétend le recourant, il y a lieu d'admettre que son état de santé est globalement stabilisé. Si cette stabilisation ne saurait être considérée comme absolue en présence d'épisodes dépressifs, force est toutefois de constater que la situation n'a manifestement guère évolué depuis plusieurs années. Comme déjà relevé plus haut en relation avec l'évaluation de la capacité de travail, l'expert H. _____ a expliqué qu'il n'avait pas retenu de fluctuation significative de la capacité de travail depuis 2012, car les moments d'épisodes dépressifs moyens avec syndrome somatique n'avaient pas atteint trois mois, sans être suivis d'améliorations partielles, allant dans le sens d'épisodes dépressifs légers (rapport d'expertise du 4 février 2016, p. 39).

dd) Le recourant ne met pas en évidence des éléments objectivement vérifiables, de nature notamment clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation de l'expert et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue sur lequel s'est fondé l'office intimé ou pour établir le caractère incomplet de celui-ci. L'expert a pris en compte l'ensemble de la situation du recourant et a procédé à un examen approfondi et détaillé avant de poser les diagnostics retenus, clairement motivés, et de se prononcer de manière circonstanciée sur la capacité de travail et son exigibilité.

d) Cependant, afin de conférer pleine valeur probante à l'expertise du Dr H. _____, il reste encore à déterminer si l'expert a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs déterminants en l'espèce.

aa) En premier lieu, il convient d'observer que les diagnostics ont été posés en référence à la Classification statistique internationale des

maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), à la lumière des éléments cliniques constatés et moyennant des indications claires sur le degré de gravité des symptômes et sur les limitations fonctionnelles inhérentes à ces atteintes.

bb) Concernant les indicateurs du degré de gravité fonctionnelle, l'expert H._____ a dûment tenu compte de l'intensité des manifestations concrètes des atteintes à la santé diagnostiquées relevant que la dysthymie présentée auparavant par le recourant avait évolué vers un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle, dans le sens d'un épisode dépressif léger. Si, dans le passé, les limitations fonctionnelles étaient significatives (isolement social partiel, sans troubles de la concentration significatifs objectivables, ralentissement psychomoteur modéré), la symptomatologie dépressive était actuellement légère (léger isolement social, sans troubles de la concentration significatifs objectivables, ni de ralentissement psychomoteur). Sous l'angle du traitement, l'expert a constaté que le recourant bénéficiait uniquement d'une prise en charge psychothérapeutique auprès de son psychiatre traitant à raison d'une séance mensuelle et sans traitement médicamenteux, ce qui lui paraissait relever d'une collaboration moyenne pour la psychothérapie mais insuffisante pour la pharmacologie. Il a dès lors préconisé une prise en charge psychothérapeutique hebdomadaire, combinée à un traitement antidépresseur avec monitoring sanguin pour accélérer le processus de guérison et diminuer le risque de rechute. Il s'agissait aussi d'augmenter la confiance en soi du recourant. La mise en place d'un tel traitement ciblant les traits de personnalité anxieuse et le déconditionnement de l'assuré était exigible d'un point de vue asséculo-logique. S'agissant de l'analyse des comorbidités, l'expert n'a signalé aucune atteinte dont les effets auraient pu se faire sentir en parallèle aux troubles psychiques diagnostiqués. Il a toutefois relevé que le recourant présentait une personnalité peu proactive. Se référant à l'appréciation du Dr B._____, il a précisé que son éloignement prolongé du monde du travail avait favorisé son sentiment d'insécurité et ses doutes. Le recourant présentait par ailleurs des traits de la personnalité anxieuse, actuellement non

décompensés, qui favorisaient un comportement en retrait et augmentaient le risque de rechutes dépressives. En ce qui concerne enfin les ressources tirées du contexte social, l'expert H._____ a observé que le recourant conservait de bonnes capacités cognitives et ressources personnelles, car il était en mesure d'exécuter des tâches administratives, de conduire sa voiture, de lire, de regarder la télévision, d'avoir des activités avec ses amis, de faire les courses, de préparer les repas, de se charger d'une partie des tâches ménagères, de s'occuper adéquatement de sa fille et de l'aider pour ses devoirs, de travailler quelques heures par mois pour un client et de chercher d'autres emplois. Il était également parti en vacances durant l'été 2015.

cc) Concernant les indicateurs de la cohérence, l'expert H._____ n'a pas retenu de discordances entre le tableau clinique observé au moment de l'expertise, les plaintes du recourant et son dossier asséurologique, à l'exception du rapport du Dr S._____, l'entretien d'expertise n'ayant pas révélé la présence d'un état de stress post-traumatique contrairement à ce qu'avait diagnostiqué ce médecin.

dd) L'expert H._____ a constaté qu'il n'y avait pas d'exagération consciente des symptômes, en-dehors d'un décalage existant entre les troubles de la concentration décrits subjectivement et non objectivés au moment de l'expertise ou au niveau de la fatigue. Il convient ainsi de constater l'inexistence d'un motif d'exclusion de la rente.

ee) Dans le cadre de l'instruction menée par l'office intimé, le recourant a bénéficié de différentes mesures professionnelles. Les coachings ayant donné lieu aux bilans de compétences indexés les 11 juin et 12 septembre 2013 ont abouti à des conclusions favorables, soulignant la prise de confiance manifestée par le recourant et sa volonté de se donner toutes les chances pour un retour durable sur le marché de l'emploi. De même, l'attestation de stage indexée le 28 mars 2014 a mis en évidence son implication dans les tâches confiées ainsi que ses qualités individuelles, ce qui a également été relevé par l'expert H._____ (cf. rapport d'expertise du 4 février 2016, p. 33). Enfin, le rapport dressé dans

le cadre du coaching mis en œuvre de septembre à novembre 2016 (indexé le 28 novembre 2016) a qualifié d'excellente l'attitude du recourant, que cela soit du point de vue de son attitude en général, de son engagement ou de sa motivation.

e) A la lumière de ce qui précède, il convient donc de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise du Dr H._____, qui est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte de l'ensemble des spécificités du cas particulier et comporte des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Ce rapport satisfait ainsi pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 3c ci-dessus). Le recourant ne fait que souligner la divergence d'opinions existant entre l'expert et les médecins traitants au sujet de l'importance des atteintes et de leurs (éventuelles) répercussions sur la capacité de travail résiduelle. Il n'apporte, en revanche, aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été omis par l'intimé dans son appréciation, ni ne démontre que l'expertise comporterait des contradictions manifestes ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels. Le recourant n'explique pas non plus en quoi les points de vue des Drs X._____, B._____ et S._____, lesquels ne coïncident d'ailleurs pas, seraient objectivement mieux fondés que celui de l'expert.

f) En définitive, il convient de retenir, à l'instar de l'intimé, que l'état de santé du recourant s'est effectivement amélioré à compter du 1^{er} juillet 2015, l'incapacité totale de travail ayant pris fin à cette date aux dires de l'expert. Partant, l'intimé était légitimé à supprimer la rente d'invalidité de trois quarts servie au recourant avec effet au 1^{er} octobre 2015, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

6. Sous l'angle économique, le recourant remet en question l'évaluation de son degré d'invalidité, plus particulièrement la détermination du revenu sans invalidité, reprochant à l'office intimé de ne pas tenir compte de sa formation spécialisée.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

b) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

Lorsque l'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, le cas échéant, en l'adaptant au renchérissement et à l'évolution générale des salaires réels (RAMA 2006 n° U 568 p. 65, U 87/05, consid. 2). On ne peut s'écarter de ce principe qu'à titre exceptionnel, lorsque sur le vu des circonstances du cas particulier, il apparaît comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que

sans atteinte à la santé, le salaire réel aurait augmenté grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles (lié en particulier à un complément de formation) ou en raison d'une circonstance personnelle comme une promotion à une fonction supérieure ou un changement de profession (RAMA 2006 n° U 568 p. 65, U 87/05, consid. 2.1.2; 1993 n° U 168 p. 97, U 110/92, consid. 3b; TF 8C_516/2013 du 14 avril 2014 consid. 3.2 et la référence).

S'il n'est pas possible de se fonder sur le dernier salaire réalisé en raison de circonstances particulières ou que celui-ci ne peut pas être déterminé faute de renseignements ou de données concrètes, il faut se référer à des valeurs moyennes ou des données tirées de l'expérience. Le recours aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires suppose aussi de prendre en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent le cas échéant avoir une répercussion sur le revenu (TF 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2 et les références citées).

c) aa) En l'espèce, pour la détermination des revenus avec et sans invalidité, l'office intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expert H._____ selon lesquelles le recourant peut poursuivre son activité de comptable (sans mise en œuvre des compétences acquises par le biais du MBA) à 100% avec une diminution de rendement de 30%, raison pour laquelle il prend comme base le salaire d'un comptable dans les deux situations. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. En effet, à la lumière du dossier constitué, il n'apparaît pas que le recourant – du moins, il ne le prétend pas – aurait perçu de revenu en relation avec les spécialisations acquises au travers de ses formations successives. Il n'y a donc aucune raison d'en tenir compte.

bb) Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants

(FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 137 V 334 consid. 5.5.3 ; en relation avec la question d'une formation professionnelle entreprise ultérieurement par l'assuré, cf. TF 9C_221/2014 du 28 août 2014 et TF 8C_311/2012 du 10 mai 2013).

cc) Quand bien même le recourant a obtenu des certificats lui permettant en théorie d'obtenir des avancements sur le plan professionnel, on constate qu'il a obtenu ces titres plusieurs années avant d'être en incapacité de travail et qu'il n'a pourtant obtenu aucun revenu supérieur grâce aux formations entreprises. En conséquence, ce n'est pas l'incapacité de travail qui a empêché le recourant de percevoir un revenu supérieur consécutif à sa spécialisation. Partant, il n'apparaît pas comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que sans atteinte à la santé, le salaire réel aurait augmenté de manière substantielle grâce au développement des capacités professionnelles du recourant. En l'occurrence, pour fixer le revenu sans invalidité, l'intimé a pris en compte un salaire issu des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires à défaut de revenu déterminant réalisé par le recourant avant son incapacité de travail. Si l'on se base sur les données chiffrées avancées par le recourant dans son écriture du 6 juin 2018 et que l'on retient le dernier revenu mensuel connu de 10'000 fr. perçu en tant qu'employé d'A. _____ SA en 2011, dont on ignore au demeurant s'il tenait compte de sa formation spécialisée, on obtient un revenu annuel de 120'000 francs en 2011. Indexé à 2015 (0,8%, 0,8%, 0,7% et 0,3% ; cf. tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018, établi par l'Office fédéral de la statistique [OFS] ; cf. aussi ATF 129 V 408), ce montant s'élève à 123'150 fr. (montant arrondi). Comparé au revenu d'invalidité de 81'713 fr. (cf. rapport final du 3 juillet 2017 du Service de réadaptation de l'office AI), il s'ensuit une perte de gain de 41'437 fr., soit un degré d'invalidité de 34% (taux

arrondi). Dès lors, le fait de se fonder sur le dernier revenu réalisé par le recourant ne change rien à son droit à la rente.

7. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (appréciation anticipée des preuves : ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, le dossier est complet sur le plan médical avec l'expertise convaincante du Dr H. _____ (cf. en particulier consid. 5 ci-dessus), permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire. Quant à la demande d'audition de médecins, il n'y a pas lieu d'y accéder. En effet, nonobstant les avis médicaux divergents, l'instruction du cas sur le plan médical, laquelle a donné lieu à une expertise psychiatrique probante, s'avère complète et suffisante pour trancher le présent litige.

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

9. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'occurrence, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 21 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de V._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :