

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 octobre 2018

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

MM. Neu et Piguet, juges

Greffière: Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à (...), recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

**I.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 28 et 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme agent de sécurité chez [...] à 5% et en qualité de gardien d'animaux pour la [...] à 80% entre 2006 et 2013. Depuis novembre 2012, il a présenté plusieurs incapacités de travail de courtes durées, puis une incapacité totale de travail depuis le 8 avril 2013. Le 15 avril 2013, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Dans un rapport médical du 24 mai 2013, les Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, [...] et [...], spécialiste en médecine interne, tous médecins à l'Hôpital psychiatrique de [...], ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, qui avait nécessité une hospitalisation du 8 au 22 avril 2013. Des troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi qu'une diminution de la tolérance au stress, étaient évoqués, de même que des hallucinations évolutives et cinesthésiques ainsi que des scénarios de suicide. La durée de l'incapacité de travail était indéterminée.

Le rapport médical du 27 mai 2013 du Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, retient le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de syndrome fémoro-patellaire bilatéral. Au plan physique, l'assuré devait éviter de monter et descendre les escaliers de façon répétitive, le port de charge de plus de 15 kg et la station debout statique de façon prolongée.

Le Dr [...] a pratiqué une arthroscopie sur le genou droit le 27 juin 2013, qui n'a révélé aucune lésion chondrale significative. Il restait sans explication franche aux douleurs chez un patient pour lequel il pensait trouver des lésions au niveau de la fémoro-patellaire. Il était sans proposition complémentaire pour le moment.

Dans un rapport à l'OAI du 17 septembre 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_ et la psychologue [...], médecins auprès de la [...], secteur

psychiatrique de [...], ont retenu le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif, existant depuis six à douze mois. L'assuré présentait des troubles du sommeil, des angoisses, une instabilité de l'humeur avec des moments d'effondrement dépressif, une fatigabilité, des troubles de la concentration et de l'attention, des idées suicidaires fluctuantes, un retrait social, une anhédonie, avec perte de l'estime de soi, des ruminations, des troubles de la pensée avec accélération de la pensée et des hallucinations visuelles. Un traitement psychiatrique était recommandé pour stabiliser la situation.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ et la psychologue [...] ont confirmé le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif, dans un rapport complémentaire du 3 avril 2014. Ils ne notaient aucune évolution notable de la situation depuis leur dernier rapport. L'incapacité de travail était entière.

Dans un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 24 mai 2014, le Dr [...] a retenu, au plan somatique, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Au plan psychiatrique, la capacité de travail devait être évaluée dans le cadre de mesure de réadaptation.

Le 29 juillet 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport à l'OAI que l'assuré n'était actuellement pas apte à suivre une mesure de réinsertion professionnelle.

L'assuré a effectué un séjour à la [...] du 17 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2015. Il ressort du bilan de séjour les éléments suivants:

**"Déroulement du séjour et atteinte des objectifs:**

Arrive du domicile où il ne sort presque plus depuis deux ans sauf pour aller chez son ergothérapeute et à la pharmacie mais en étant au téléphone avec sa femme pour être rassuré car Mr a des hallucinations sensorielles et visuelles (a l'impression qu'on le tire en arrière ou d'être suivi).

Nous avons accompagné Mr à quelques reprises pour des petites sorties individuelles au parc avec comme objectif que Mr essaye d'y aller seul, mais n'y est pas parvenu.

A [...] Mr a apprécié le calme, le fait de voir d'autres personnes même si il a eu peu de contact, et s'y est senti rassuré.

Toutefois il est sorti en balade accompagnée et parfois avec d'autres patients.

Dans le groupe Mr reste en retrait il craint de déranger, toutefois a pu se lier et avoir des petits contacts avec deux autres patients.

**Exprimer ses ressources, ses besoins, ses limites:**

A pu parler de la perte de son travail, de s'être senti trahi, et que cela a intensifié ses idées suicidaires et ses hallucinations, en a encore parfois mais Mr dit qu'il les maîtrise, avec un Temesta ou en écoutant de la musique.

Il culpabilise face à sa femme, car il ne fait rien à domicile.

Il se sent parfois submergé par la tristesse, dit que son humeur peut changer très vite, de la tristesse à la joie. Le fait de s'être éloigné de sa famille lui a permis de voir à quel point ses proches sont important pour lui".

Sur avis du SMR, l'OAI a mandaté le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, afin de réaliser une expertise psychiatrique de l'intéressé. En conclusion de son rapport rédigé le 30 novembre 2015, l'expert a retenu les diagnostics de dysthymie (F32.1) et de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités soit physiques soit psychologiques (trouble factice F68.1) et encore le diagnostic de majoration des symptômes psychiques pour des raisons psychologiques (F68), sans influence sur la capacité de travail. Au plan de la symptomatologie dépressive, l'expert indiquait que l'assuré présentait une dysthymie, qui expliquait l'humeur dépressive ainsi que les troubles psychiques évoqués par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 août 2013. Par ailleurs, il n'avait pas pu mettre en évidence de symptomatologie psychotique durant les deux entretiens effectués avec l'assuré. Il avait noté que l'assuré projetait de se mettre à son compte avec son épouse, ce qui n'était pas compatible avec une forme sévère de pathologie psychiatrique ni avec le comportement décrit par l'encadrement de la [...]. Le diagnostic de trouble factice expliquait ces divergences. L'expert a encore souligné que l'hospitalisation de deux semaines seulement en avril 2013 confirmait une pathologie psychiatrique légère.

Sur la base de l'expertise du 30 novembre 2015, le SMR a retenu le seul diagnostic de dysthymie ainsi qu'une capacité de travail entière dans toute activité, sans limitation fonctionnelle de nature somatique ou psychiatrique.

Par projet de décision du 18 janvier 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'AI.

Le 9 février 2016, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. Il a rappelé qu'il présentait une pathologie psychiatrique grave, qui l'obligeait à consulter un psychiatre et suivre un traitement médicamenteux lourd, lequel lui avait fait prendre 45 kg en une année. Il n'était pas capable de sortir seul de chez lui, il était très angoissé et avait des difficultés à dormir. Sa famille l'assistait au quotidien et il avait également besoin de l'aide d'une infirmière en psychiatrie qui venait à domicile une fois par semaine. Dans ces conditions, il n'était pas envisageable de trouver un emploi. Il a joint à son opposition un rapport du 15 février 2016 établi par le Dr H. \_\_\_\_\_, dont il ressort les éléments suivants:

"Nous tenons à manifester notre désaccord quant aux conclusions du rapport de l'expert, dont nous avons pris connaissance, sur lesquelles se basent le projet de décision de refus de prestations AI. Nous tenons à signaler que celle-ci contient des éléments d'anamnèse non vérifiés par une hétéro-anamnèse (heures de prise de médication) qui s'avèrent être inexacts et ont pu en fausser les conclusions.

Selon notre évaluation médicale, le patient présente une pathologie psychiatrique chronique avec peu d'évolution, telle que nous vous l'avons décrite dans notre rapport initial du 17.09.2013. Par ailleurs, selon l'anamnèse également faite par le Dr D. \_\_\_\_\_, nous relevons des difficultés psychiques de longue date, présentes avant le début du traitement psychiatrique en cours, et qui n'avaient, jusqu'à la décompensation dépressive et psychotique du patient, pas entravé sa capacité de travail sur le long terme.

Les difficultés psychiques qui entravent actuellement la capacité de travail de M. X. \_\_\_\_\_, ainsi que leur gravité, ont été régulièrement observées par les membres du réseau psychiatrique, notamment, l'infirmière en psychiatrie, le Dr H. \_\_\_\_\_, son épouse et moi-même.

A noter également que lors de l'hospitalisation du patient à l'hôpital psychiatrique de [...], un diagnostic a été posé (Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques) et que même si le temps d'hospitalisation a été de deux semaines, cela ne signifie pas forcément que la pathologie était légère ni que l'état de santé psychique du patient était totalement stabilisé au moment de sa sortie de [...]. Au contraire, à sa sortie d'hospitalisation, le patient présentait toujours des difficultés psychiques importantes. En effet, au moment de sa sortie de [...], le patient souhaitait reprendre son emploi rapidement, toutefois cela était contre-indiqué car sa capacité de travail n'était pas présente selon notre évaluation médicale. En lien avec cela, il est difficilement compréhensible qu'un psychiatre expert se prononce sur cette capacité de travail à ce moment-là sans avoir évalué l'état clinique du patient à cette période.

De manière générale, il nous semble difficilement concevable, dans la situation actuelle, au vu des observations convergentes du réseau et sans preuve concrète à l'appui, de considérer le patient comme simulant des symptômes psychiatriques et nous nous permettons de remettre en question les conclusions du psychiatre mandaté pour l'expertise de M. X. \_\_\_\_\_.

Il est vrai que certains des symptômes psychotiques se sont améliorés avec le traitement mis en place (hallucinations auditives), il n'en persiste pas moins des angoisses de type psychotique. Le fait de ne pas observer cliniquement en entretien des hallucinations auditives ou visuelles (attitude d'écoute par exemple) ne signifie pas que le patient n'en souffre pas. Nous pensons que les symptômes fondés se sont améliorés au fil des mois, en lien avec la médication neuroleptique et antidépressive importante que prend le patient — il fait preuve d'une bonne compliance selon les dosages sanguins effectués — ainsi qu'en lien avec la prise en charge psychiatrique globale mise en place. Toutefois, il persiste d'autres symptômes (troubles du sommeil, angoisses par ex. de sortir seul de la maison, instabilité de l'humeur avec changement rapide entre moments d'exaltation et d'effondrement dépressif, trouble de la pensée, trouble de la mémoire et de la concentration entre autres, incapacité à s'occuper seul de deux de ses enfants), qui ne peuvent être expliqués uniquement par un diagnostic de dysthymie, et qui entravent sa capacité de travail.

D'autre part, nous précisons que le patient, selon ses dires, a toujours voulu reprendre le travail et que c'est la maladie psychique qui entrave cela. Son projet de prendre son deuxième pilier et de s'installer en tant qu'indépendant est découragé par tous les membres du réseau et relève probablement d'un déni partiel de sa maladie psychique. Il faut relever qu'il avait fait des achats com pulsifs dans ce but (coques de téléphones) mais n'a jamais réussi à s'organiser concrètement pour monter le commerce qu'il souhaitait, démontrant par là-même ses troubles. A noter également que le patient présente ces idées dans des périodes où son humeur est plus élevée, où il présente une humeur hypomane, expliquant que par moment il rit de façon incongrue au contexte, toutefois nous relevons également des périodes d'effondrements dépressifs où le patient se montre négatif, sans espoir, avec résurgence d'idées suicidaires. Une telle attitude de vouloir reprendre compulsivement le travail au risque de préteriter la situation financière familiale semble difficilement compatible avec une simulation de symptômes. Le fait que le patient accepte de ne pas être en état de

travailler est le résultat de plusieurs mois de traitement pour l'aider à accepter la maladie psychique.

Nous tenons également à souligner que les entretiens à domicile avec une infirmière en psychiatrie ne sont par ailleurs pas incompatibles avec des angoisses d'intrusion. Au contraire, ils ont permis de mettre un frein au retrait que présentait M. X. \_\_\_\_\_ et d'instaurer sur plusieurs mois une participation à de l'ergothérapie en atelier à visée structurante.

Il est enfin malheureux de constater que, même si nous sommes les thérapeutes référents du patient depuis le mois d'avril 2013, nous n'avons jamais été contactés par le psychiatre qui a effectué l'expertise du patient, mais que ce dernier a tout de même contacté le Dr [...], intervenant ponctuel, qui n'a vu le patient qu'à quelques reprises dans le cadre d'un court séjour de 15 jours à la Maison [...]. Nous nous permettons alors de penser que la situation médicale de M. X. \_\_\_\_\_ devrait être ré-examinée et que ce dernier devrait être, au moins, vu par votre service médical. Nous réitérons par ailleurs notre demande que la capacité de travail du patient soit évaluée à travers un stage organisé par vos soins.

Les Dr S. \_\_\_\_\_ et [...], du SMR, qui se sont exprimés dans un avis du 3 mars 2016, ont rejeté les critiques formulées par le Dr H. \_\_\_\_\_ vis-à-vis de l'expertise psychiatrique et confirmé le caractère probant de celle-ci. Ils ont notamment exposé les éléments suivants:

"La Fondation affirmerait donc une incapacité, interdisant à l'assuré de travailler, à partir d'un faisceau d'éléments pour le moins étonnants: sur des heures de prises de médication, dont on ne voit pas très bien l'impact sur les diagnostics retenus, une atteinte dont la gravité est rapportée, mais que l'expert aurait "manquée", sur leur difficulté de croire à un assuré simulant des symptômes, et SURTOUT sur le fait de ne pas observer des hallucinations, ne signifie pas qu'elle soient présentes, la reconnaissance d'une amélioration au fil des mois, le fait de ne pas avoir été contacté plutôt qu'un autre confrère, la persistance de quelques signes cliniques ne pouvant être expliqué seulement par un dysthymie. Il faut avouer que cette argumentation ne repose sur aucun fondement scientifique crédibles, d'autant qu'il est avoué que ce qui n'existe pas (les troubles psychotiques), existerait quand bien même malgré tout, ce qui sur le plan démonstration de preuve est absurde. Nous rejetons donc toutes ces allégations, soulignant en plus le caractère probant de notre expertise psy".

Le 14 mars 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 janvier 2016.

**B.** Par acte du 29 avril 2016, X. \_\_\_\_\_, représenté par son conseil Me Franziska Lüthy, a recouru contre cette décision auprès de la

Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Le recourant conteste le caractère probant de l'expertise réalisée par le Dr D.\_\_\_\_\_, rappelant pour l'essentiel les critiques formulées par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son avis du 15 février 2016. Les conclusions de l'expert étaient par ailleurs insuffisamment motivées, puisqu'il n'avait pas examiné le trouble schizo-affectif évoqué par ses médecins-traitants. Il avait par contre retenu le diagnostic de trouble factice uniquement sur l'absence de symptomatologie psychotique observée durant les entretiens et le fait qu'il avait pour projet d'ouvrir un magasin. L'avis médical du SMR du 3 mars 2016 ne permettait par ailleurs pas de lever les doutes mis en avant par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 février 2016, étant rappelé que les Drs [...] et S.\_\_\_\_\_, qui avaient signé cet avis, n'étaient pas psychiatres. Au plan somatique, l'intimé n'avait par ailleurs pas tenu compte de ses limitations fonctionnelles, pourtant reconnues par le SMR dans son avis du 24 mai 2014.

Dans sa réponse du 30 juin 2016, l'intimé a confirmé la décision attaquée, faisant valoir que les renseignements obtenus, en particulier à l'occasion de l'expertise médicale effectuée le 30 novembre 2015, confirmaient une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative, Pour le surplus l'intimé a renvoyé aux avis médicaux du SMR des 14 janvier et 3 mars 2016.

Par réplique du 25 août 2016, le recourant a maintenu que le rapport d'expertise du 30 novembre 2015 n'était pas probant. En particulier, le Dr D.\_\_\_\_\_ avait écarté la présence d'idées suicidaires dans son expertise du 30 novembre 2015, alors qu'il observait dans ce même document que "M. X.\_\_\_\_\_ a des idées suicidaires depuis 3 ans". Le Dr D.\_\_\_\_\_ avait par ailleurs mélangé les diagnostics établis par les différents médecins.

Le 19 juillet 2017, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire sur les plans

psychiatrique et orthopédique, confiée à l'Unité d'expertises médicales (UEM), à [...].

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire, établi le 20 mars 2018 par les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, énonce les diagnostics suivants :

- trouble schizo-affectif de type mixte,
- lombalgies chroniques non spécifiques,
- gonalgies chroniques non spécifiques.

Au plan psychiatrique, les experts ont relevé que les symptômes affectifs et les symptômes schizophréniques étaient conjointement présents, à savoir les troubles de l'humeur (anhédonie avec perte de libido, manque d'envie et d'initiative, tristesse, découragement, idées suicidaires avec scénario, sentiment d'indignité avec perte de la place de père de famille, troubles du sommeil, moments d'euphorie avec échafaudage de projets irréalistes) et les troubles schizophréniques (hallucinations, idées bizarres, troubles du Moi, abrasement et inadéquation des affects). Au regard des critères établis par la CIM-10, ces symptômes permettaient de retenir le diagnostic de trouble schizo-affectif de type mixte. La pathologie sévère présentée par le recourant avait nécessité l'instauration, depuis maintenant plus de quatre ans, d'une prise en charge psychosociale lourde s'appuyant sur une médication psychotrope conséquente et un réseau comprenant beaucoup d'intervenants spécialisés. En conséquence, la capacité de travail était nulle depuis avril 2013. Les experts ont par ailleurs relevé l'argumentaire très insuffisant du Dr D.\_\_\_\_\_ qui avait posé un diagnostic de simulation dans son expertise du 30 novembre 2016, soulignant qu'il donnait l'impression d'une prévention envers son expertisé. Au plan somatique, il n'y avait pas d'atteinte qui justifiait de diminution de la capacité de travail de longue durée dans quelque activité que ce soit, ni dans les activités ménagères. Cela étant, compte tenu de l'obésité et du déconditionnement physique que présentait le recourant, les activités professionnelles

nécessitant des déplacements à pied fréquents, les activités nécessitant de devoir courir ou agir rapidement et les activités physiques lourdes devaient être évitées.

Le SMR s'est déterminé sur l'expertise du 20 mars 2018 dans un avis du 24 avril 2018. Pour le Dr S.\_\_\_\_\_, l'absence d'idées délirantes et d'hallucinations constatées ne plaident pas pour un diagnostic de trouble schizo-affectif de type mixte. L'expertise n'expliquait pas comment ce trouble avait pu apparaître à 40 ans et comment l'assuré avait pu travailler avec une telle pathologie. Par ailleurs, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'étonnait que les experts espèrent une amélioration à deux ans, puisque en principe la pathologie retenue était incurable. Enfin, malgré la gravité du diagnostic, l'inaptitude à la conduite n'avait pas été constatée. En raison de ces incohérences, un complément d'expertise était nécessaire et le Dr D.\_\_\_\_\_ devait être invité à se déterminer sur l'expertise du 20 mars 2018.

Le 3 mai 2018, la juge instructrice a informé les parties qu'elle n'entendait pas ordonner un complément d'expertise, sous réserve d'un avis contraire de la Cour.

Le 12 juin 2018, l'intimé a produit un avis médical complémentaire du SMR, établi par les Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il en ressort les éléments suivants:

"Notre réponse: effectivement, il est question d'une atteinte psychiatrique du spectre F20, annoncée comme schizophrénique. Cependant l'anamnèse en p. 12 et 31 et autres dans l'expertise judiciaire paraît exclure ce type de pathologie: parcours universitaire supérieur, stabilité de la vie affective et familiale, parcours professionnel banal, etc. par ailleurs, sur le plan clinique, il n'existe manifestement aucun syndrome d'influence ou automatisme mental. De plus, aucun phénomène hallucinatoire n'est cliniquement objectivé (en particulier, absence d'attitude d'écoute). Enfin, notre expert psychiatre SMR remarque que les monitorings (p.15) démontrent un sous dosage médicamenteux, alors qu'aucun délire ou hallucinations n'est constaté. Ceci a quasiment valeur de test thérapeutique dans le sens où une symptomatologie psychotique ne manquerait pas de se manifester si ce type d'atteinte était réellement présent.

Notre expert SMR ne s'estime par ailleurs pas convaincu non plus par le versant "affectif" du trouble schizo-affectif (F25) attesté: en effet, il n'y pas réellement de phases d'élévation de l'humeur, mais plutôt de brefs moments d'éclaircie, "comme une trouée dans les nuages", au cours desquels l'assuré éprouve fugitivement la sensation d'un allègement du poids qui l'immobilise, avant d'être bien vite rattrapé par sa "désanimation" psychique. Il ne s'agit donc pas de désinhibition maniaque ou hypomaniaque proprement dite, mais de brèves périodes de levée d'inhibition, ce qui au plan clinique et diagnostique, n'a pas la même valeur ni les mêmes conséquences.

Au total, le diagnostic avancé par la PMU (pathologie schizophrénique du cluster F20) ne paraît donc pas crédible. Cette expertise n'est donc pas probante, Par contre, il faut insister sur le sentiment de perte de toute légitimité éprouvé par l'assuré, tant à ses propres yeux qu'aux yeux de ses propres enfants, qui constitue un élément essentiel dans le contexte culturel qui est le sien. Au total, une nouvelle évaluation à la recherche du bon diagnostic et des LF y afférentes paraît justifiée".

La cause a été gardée à juger.

#### **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 des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPGA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Est litigieux dans le cas particulier le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, motif pris d'atteintes à la santé psychique, suite à la requête de prestations formulée le 15 avril 2013.

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

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

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

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 LAI al. 3).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur

confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

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

**5. a)** Au plan psychique, l'assuré a été pris en charge par le Dr N. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital psychiatrique de [...], par le Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin-traitant, puis par le Dr H. \_\_\_\_\_ à la [...] dans le cadre d'un suivi psychiatrique.

Quand bien même ces praticiens n'ont pas posé des diagnostics strictement identiques, ils convergent pour l'essentiel dans leurs constats, singulièrement dans l'appréciation de la capacité de travail du recourant.

On rappellera en effet que le Dr N. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, qui avait nécessité une hospitalisation de deux semaines en avril 2013 (rapport médical du 24 mai 2013). D'un point de vue médical, le Dr N. \_\_\_\_\_ estimait qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable.

Le Dr Y. \_\_\_\_\_ avait retenu un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, exposant que l'assuré déprimait depuis août 2011 suite à une surcharge de travail et qu'il avait fait une décompensation psychotique de sa dépression en avril 2013. Il avait eu de nombreuses crises de douleurs abdominales avec pyrosis en relation avec son stress, ses douleurs et ses soucis au travail.

Quant au Dr H.\_\_\_\_\_, il a retenu le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif, excluant l'exercice de toute activité lucrative tant que le traitement entrepris n'améliorait pas les symptômes de la maladie (rapport médical du 17 septembre 2013).

Les Drs H.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ susmentionnés ont retranscrit des observations pour l'essentiel similaires quant au comportement de l'assuré et aux symptômes observés, notamment une symptomatologie dépressive importante, des troubles du sommeil, un épuisement, des troubles de la mémoire et de la concentration, des idées suicidaires, de la tristesse, des hallucinations visuelles ainsi qu'une tolérance au stress psychique diminuée. A cette liste, le Dr H.\_\_\_\_\_ ajoutait la présence d'un retrait social, une anhédonie, une perte de l'estime de soi, des ruminations et des troubles de la pensée (cf. rapport du 17 septembre 2013).

Dans ce contexte, seul l'expert mandaté par l'intimé, le Dr D.\_\_\_\_\_, a estimé l'assuré capable d'exercer une activité lucrative, considérant que ce dernier présentait uniquement une dysthymie.

Dans le cadre de la procédure de recours entreprise par l'assuré à l'encontre de la décision de refus de prestations AI rendue le 14 mars 2016 par l'OAI, la Cour de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Le Dr J.\_\_\_\_\_ qui s'est prononcé sur le volet psychiatrique retient un diagnostic de trouble schizo-affectif de type mixte et une incapacité totale de travailler. L'expert s'est nettement distancé de l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, rejoignant par ailleurs l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_ quant au diagnostic et à la capacité de travail de l'assuré.

Quoi qu'en dise l'intimé, on peut relever que le rapport d'expertise judiciaire remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels rappelés sous considérant 4b supra pour se voir conférer une pleine valeur probante.

Singulièrement, les Drs J.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces versées au dossier de la présente cause, ont procédé à des examens cliniques minutieux de l'assuré, rencontrant ce dernier à trois reprises. Ils ont rapporté par le détail les éléments pertinents de son anamnèse tout en exposant les plaintes alléguées, sans manquer de les confronter à leurs constats objectifs. Fruits d'une analyse approfondie de la situation, les conclusions communiquées le 20 mars 2018 sont exemptes de contradictions. Elles s'avèrent également motivées à satisfaction.

**b)** Les critiques formulées par le Service médical de l'intimé (avis médicaux des 24 avril et 30 mai 2018) ne sont à cet égard pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire.

Certes, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'étonne que l'assuré a pu exercer une activité professionnelle en présence d'un trouble psychiatrique grave (avis du 24 avril 2018). Cela étant, il paraît cohérent de retenir que les difficultés psychiques que présentait l'assuré de longue date n'entravaient pas sa capacité de travail, jusqu'à la décompensation dépressive et psychotique survenue en avril 2013, ce qu'explique d'ailleurs le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 février 2016. Par ailleurs on ne voit pas en quoi le fait que l'assuré soit toujours titulaire de son permis de conduire est de nature à faire douter du caractère probant de l'expertise. En effet, le mandat confié aux experts de l'UEM était notamment d'évaluer la capacité de travail de l'assuré et non pas son aptitude à conduire une voiture. On notera aussi que les observations des experts sont suffisamment étayées et complètes pour admettre une atteinte du registre schizophrénique, même en l'absence de phénomène hallucinatoire cliniquement objectivé. La présence d'idées bizarres, les troubles du Moi, le retrait social, les troubles du sommeil, l'abrasement et l'inadéquation des affects (contact étrange, rigidité du faciès, rires immotivés ; cf. en particulier expertise du 20 mars 2018, p.18) ont en effet été constaté tant par les experts judiciaires que par le Dr H.\_\_\_\_\_ et témoignent d'une atteinte psychique sévère. Pour le Dr K.\_\_\_\_\_, le parcours de vie de l'assuré semble toutefois parler en défaveur d'une atteinte

schizophrénique. En particulier, l'assuré avait fait des études supérieures, il bénéficiait d'une stabilité dans sa vie affective et familiale et avait eu un parcours professionnel banal (avis complémentaire SMR du 30 mai 2018). Les pièces aux dossiers ne corroborent cependant pas ces observations puisqu'il en ressort notamment que l'assuré n'a aucun diplôme universitaire et que sa vie de famille et sentimentale s'est considérablement détériorée au fil des ans. L'expertise du 20 mars 2018, sur laquelle le Dr K. \_\_\_\_\_ se prononce pourtant, décrit même des tensions familiales importantes, un important conflit conjugal, le fait que les enfants de l'assuré n'ont plus aucune considération ni d'affection pour lui, qu'ils lui reprochent de ne s'être jamais occupé d'eux et d'être toujours enfermé dans sa chambre (voir ég. bilan de séjour à Béthel du 17 novembre 2015, opposition du 9 février 2016).

Le Dr K. \_\_\_\_\_ ne s'estime par ailleurs pas convaincu par le "versant affectif du trouble schizo-affectif" diagnostiqué par les experts. Il discute en particulier l'humeur hypomane mise en évidence par le Dr H. \_\_\_\_\_. Ce faisant, il semble vouloir faire fi des nombreux autres symptômes retenus tant par les psychiatres traitants de l'Hôpital psychiatrique de [...] que par les experts judiciaires qui ne laissent aucune place au doute quant à la présence d'un trouble de l'humeur.

**c)** On ne revient enfin sur l'expertise du 30 novembre 2016 établie par le Dr D. \_\_\_\_\_ que pour l'écarter, tant elle est peu convaincante. En premier lieu, selon les directives diagnostiques reconnues (DSM-IV et CIM-10), le diagnostic de dysthymie doit être exclu en présence d'une maladie psychique autre plus grave. Or le diagnostic d'épisode de dépression sévère avec des éléments psychotiques a été posé par le Dr N. \_\_\_\_\_ en avril 2013 lors de l'hospitalisation de l'assuré à l'Hôpital psychiatrique de [...] en raison d'idées suicidaires, ce que le Dr D. \_\_\_\_\_ ne conteste pas. De même, le Dr H. \_\_\_\_\_ relève de façon plausible que d'autres symptômes (tels que troubles du sommeil, angoisses de sortir seul de la maison, instabilité de l'humeur avec changement rapide entre moments d'exaltation et d'effondrement dépressif, trouble de la pensée, trouble de la mémoire et de la

concentration entre autres, incapacité à s'occuper seul de ses enfants) ne peuvent être expliqués uniquement par un diagnostic de dysthymie. Le diagnostic de trouble factice retenu par le Dr D. \_\_\_\_\_ repose par ailleurs sur une argumentation dont on peine à suivre le fil. Les projets qu'a pu nourrir l'assuré au plan professionnel (se mettre à son compte avec son épouse) semblent avoir influencé le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son diagnostic, sans que l'on comprenne vraiment en quoi se projeter dans l'avenir est incompatible avec l'existence d'un trouble psychique sévère. Sur ce point, le Dr H. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs expliqué que le projet de l'assuré était découragé par tous les membres de son réseau de soins et qu'il relevait probablement d'un déni partiel de sa maladie psychique. L'assuré avait d'ailleurs effectué des achats compulsifs dans le cadre de son projet, mais n'avait jamais réussi à s'organiser concrètement pour démarrer son commerce (rapport du 9 février 2016). De même, le Dr D. \_\_\_\_\_ met en doute l'existence d'une crainte d'intrusion (symptômes d'angoisse psychotique) au motif notamment que l'assuré admettait les visites de l'infirmière à domicile. Cela étant, il ressort de l'expertise que lesdites visites ont été soigneusement introduites, pour faire justement cas de ces craintes, ce dont le Dr D. \_\_\_\_\_ aurait été informé s'il avait interrogé les médecins de la [...] en charge de l'assuré. A cet égard, il est d'ailleurs particulièrement surprenant que le Dr D. \_\_\_\_\_ ne se soit pas adressé à eux dans le cadre de son mandat d'expertise.

On relèvera par ailleurs avec les experts judiciaires ainsi qu'avec le Dr H. \_\_\_\_\_ qu'il est difficilement concevable que l'assuré ait simulé sa maladie au point de se soumettre à une prescription très lourde de psychotropes (lithium, neuroleptiques, hypnotiques, benzodiazépines, anxiolytiques, somnifères), comportant des effets secondaires importants, avec notamment une prise de poids de plus de 50 kg, et à une prise en charge de réseau importante incluant une demi-douzaine d'intervenants. Il paraît encore moins crédible que l'entier du réseau composé de professionnels spécialistes soit abusé par une simulation de symptômes.

En définitive, les experts judiciaires ont mis en évidence suffisamment d'éléments objectivables pour se convaincre de la présence

d'un trouble psychiatrique sévère chez l'assuré. On citera en particulier les éléments d'apparences (rires immotivés, le contact étrange, marqué par la rigidité du faciès, le regard peu mobile, l'hygiène négligée, l'obésité qui s'est aggravée au fil du traitement), de même que le traitement médicamenteux et l'importance du réseau mis en place pour le suivi de l'assuré. Ces éléments s'ajoutent au fait que, à l'exception du Dr D.\_\_\_\_\_, l'ensemble des médecins intervenus dans le cadre du dossier de l'assuré, qui pratiquent dans des institutions différentes (Hôpital psychiatrique de [...], [...] et [...]) s'accordent tous pour retenir la présence d'un trouble psychiatrique grave et incapacitant. Il n'apparaît dès lors pas utile de procéder à une nouvelle évaluation de l'état de santé de l'assuré, à la recherche du bon diagnostic, ainsi que le suggère l'avis médical du SMR du 30 mai 2018, les conséquences de la maladie psychiatrique dont il souffre à l'évidence étant suffisamment élucidées.

**6.** En conséquence, il s'agit de suivre l'avis des experts judiciaires et de considérer que le recourant présente effectivement une incapacité totale de travail à compter du 8 avril 2013, date du début de l'incapacité durable de travail. Ce constat valant pour toute activité, il s'ensuit que l'incapacité de travail et de gain se confondent, si bien que le taux d'invalidité devant être reconnu en faveur de l'assuré se monte à 100%.

Un tel degré d'invalidité ouvre le droit à une rente entière d'invalidité, dont le versement doit avoir lieu à compter du mois d'avril 2014, conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (cf. également considérant 3b supra).

Au plan rhumatologique, les experts judiciaires n'ont retenu aucune incapacité de travail, sous réserve de limitations fonctionnelles en lien avec l'obésité de l'assuré et le déconditionnement au travail qu'il présente. Ce constat, qui peut également être suivi par la Cour, est sans influence sur le taux d'invalidité retenu ci-dessus.

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée réformée en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, à compter du mois d'avril 2014.

**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'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires mis à la charge de l'intimé qui succombe, sont arrêtés à 400 francs.

**b)** Aux termes de l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Dans un ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire pouvaient être mis à la charge de l'assurance-invalidité, lorsque l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé

subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4).

En l'occurrence, l'intimé a fondé sa décision sur l'expertise du 30 novembre 2015 établie par le Dr D.\_\_\_\_\_ dont les lacunes ont été détaillées dans le cadre du présent arrêt (notamment consid. 5c supra). Il existait par ailleurs, entre les conclusions de ce médecin et celles des médecins traitants de l'assuré, des divergences manifestes, que l'OAI n'a pas été en mesure d'expliquer. En particulier, l'OAI s'est contenté de l'avis très laconique et mal étayé du SMR du 15 février 2016 pour écarter les critiques du Dr H.\_\_\_\_\_ (rapport du 15 février 2016) vis-à-vis de l'expertise établie par le Dr D.\_\_\_\_\_. En effet, à la lecture de l'expertise judiciaire (cf. expertise judiciaire, p. 17 à 19), il apparaît que le SMR n'a pas saisi l'importance de certaines remarques formulées par le Dr H.\_\_\_\_\_, qui pourtant, étaient propres à influencer considérablement l'appréciation du cas de l'assuré. A titre d'exemple, le SMR n'a pas semblé comprendre que l'heure de prise de médicaments devait être mieux investiguée, pour savoir si elle influençait effectivement l'état de l'assuré, ainsi que le présumait le Dr D.\_\_\_\_\_. Ce médecin a pourtant retenu le diagnostic de simulation, notamment sur le fait, non vérifié, que l'assuré avait « changé lui-même la prise médicamenteuse, lui causant une fatigue matinale et ceci afin de démontrer la gravité de sa maladie » (cf. expertise du 20 novembre 2015, p. 23). Par ailleurs, le SMR aurait d'emblée dû

porter un regard plus critique sur le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr D.\_\_\_\_\_, sachant que l'assuré avait présenté par le passé au moins un épisode de dépression sévère avec des éléments psychotiques, étant rappelé que la dysthymie doit être exclue en présence d'une maladie psychique autre plus grave. Le fait que le Dr D.\_\_\_\_\_ a établi son rapport d'expertise sans prendre l'avis des médecins traitants est également un élément, parmi d'autres, qui auraient dû interpeller le SMR quant à la qualité de son expertise.

Dans ces circonstances, l'autorité de céans ne peut que constater que l'OAI a fait preuve de manquement dans le cadre de son instruction, singulièrement qu'elle s'est contentée d'un rapport d'expertise à l'évidence insuffisant pour écarter les avis concordants de plusieurs médecins traitants quant à la gravité de la maladie psychiatrique du recourant. L'expertise judiciaire a servi à pallier aux manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, la totalité des frais de l'expertise, soit 10'000 fr., doit être mis à la charge de l'assurance-invalidité.

**c)** Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'une mandataire professionnelle, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJDA (Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs.

In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 14 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois d'avril 2014.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Les frais de l'expertise, à hauteur de 10'000 fr. (dix mille francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X.\_\_\_\_\_ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Franziska Lüthy, Procap Suisse à Bienne (pour X.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,

- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :