

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 avril 2020

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Christian Dénériaz,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, a essentiellement travaillé dans le domaine des assurances. En dernier lieu, il a exercé une activité de délégué médical pour le compte de la société E. _____ SA. Il a été licencié au 30 septembre 2014.

Alléguant souffrir de troubles psychiques revêtant la forme d'un burn-out, d'une dépression, d'un trouble bipolaire, d'un épuisement psychique sévère avec possible décompression psychotique, d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive ainsi que d'un trouble de la personnalité, l'assuré a déposé en date du 25 février 2015 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette demande, l'office AI a sollicité le dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur de l'assuré, U. _____ SA. Y figurait notamment un rapport d'expertise psychiatrique établi le 24 février 2015 par le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci y posait le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble mixte de la personnalité. Dès la date de l'expertise, une reprise du travail progressive était possible à 50 % avec une augmentation progressive durant deux mois avant d'atteindre 100 % au 1^{er} mai 2015 au plus tard. La capacité de travail était entière dans la profession habituelle ainsi que dans toute activité correspondant à l'âge et à la formation de l'assuré.

L'office AI a également recueilli les rapports médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré. Dans un rapport du 30 mars 2015, la Dre W. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'épuisement professionnel sur troubles de l'adaptation en cours d'évaluation et de coxarthrose droite.

La capacité de travail devait faire l'objet d'une évaluation par le psychiatre.

En réponse aux questions complémentaires de l'office AI, la Dre W._____ a indiqué, en date du 19 septembre 2015, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et qu'une autre activité n'était actuellement pas envisageable au vu de la situation. Elle ne s'est pas prononcée sur le volet psychique.

Après avoir pris connaissance des pièces médicales au dossier, le Dr H._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au SMR (avis médical du 7 octobre 2015).

En date du 27 janvier 2016, le Dr A._____, spécialiste en rhumatologie, a procédé à un examen clinique rhumatologique. L'évaluation sur le plan psychiatrique n'a pas eu lieu. Dans son rapport du 3 mai 2016, il a retenu que la capacité de travail était totale dans l'activité de délégué médical et dans une activité adaptée depuis toujours sur le plan rhumatologique. Toutefois, l'assuré ayant subi une prothèse totale de la hanche droite le 7 avril 2016, il a estimé que la capacité de travail était nulle en toute activité depuis lors. La situation orthopédique n'étant pas stabilisée, il appartenait au chirurgien de procéder à une nouvelle évaluation.

Dans un rapport du 19 juillet 2016, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a jugé que la capacité de travail était totale en toute profession d'un point de vue orthopédique dès le 13 juin 2016.

Au vu des divergences d'opinion entre les psychiatres et des absences successives de l'assuré aux convocations du SMR, le Dr H._____ a une nouvelle fois recommandé la réalisation d'une expertise psychiatrique (avis du 16 août 2016), suggestion maintenue après avoir

pris connaissance du rapport du 1^{er} mars 2017 du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant (avis du 17 mars 2017).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 12 février 2018, ce médecin a posé les diagnostics - ayant une incidence sur la capacité de travail - de troubles mixtes de la personnalité avec éléments [de] type narcissique, histrionique, borderline et paranoïaque (existant depuis la jeunesse) et de troubles obsessionnels-compulsifs avec pensées obsédantes et comportements compulsifs (existant depuis de nombreuses années), et ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de troubles anxieux et dépressifs mixtes d'intensité légère (existant depuis plusieurs années avec une intensité variable). Sur la base de son analyse, il a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 40 à 50 % en toute activité semi-indépendante ou indépendante, sans pression exagérée et lui permettant d'organiser librement son temps de travail. Il a fait état des éléments suivants :

La situation pour laquelle vous avez donné mandat d'examen concerne un homme d'aujourd'hui 55 ans, qui est en arrêt de travail prolongé depuis juillet 2014. M. D._____ était en dernier lieu et pour une courte période délégué médical. Il y a eu ici les notions de surcharge, de pression subjectivement inacceptable, suivies par un arrêt de travail. La situation de l'assuré a été examinée par l'expert mandaté par l'assurance perte de gain, qui a conclu à un trouble de l'adaptation et à la présence d'un trouble de personnalité. L'expert avait conclu à une reprise progressive, d'un point de vue médico-théorique, de l'activité professionnelle. Cette appréciation a été contestée par l'assuré et ses médecins, et il existe une conflictualité en vigueur jusqu'à ce jour. Entretemps, la situation sociale de l'assuré s'est dégradée avec cessation des paiements de l'APG et la nécessité de s'inscrire au social. Il y a eu différents problèmes somatiques, une demande de prestations AI en cours et globalement la notion d'une aggravation, en particulier sur le plan psychiatrique.

M. D._____ est originaire d'une famille où son père étant ambulancier à l'Hôpital V._____, sa mère responsable d'un foyer dans le même établissement. Il a décrit une souffrance par rapport à son père qui aurait toujours dévalorisé son fils, et en même temps il a aussi reconnu qu'il avait pu structurer ses enfants. La relation avec sa mère était toujours beaucoup plus chaleureuse et positive, et là aussi, il a reconnu les vertus de cette dernière. Les relations avec ses parents et aussi avec sa sœur ont toujours été plus ou moins conflictuelles sous-jacentes, il a fait une scolarité dans la normalité

et ensuite des tentatives d'apprentissage. Après des difficultés et certainement déjà avec des conflictualités, il a, après plusieurs tentatives, réussi un apprentissage de vendeur en télévision et radio, et obtenu un CFC. Grâce à son père, il a obtenu un poste à l'Hôpital V._____, ceci dans la planification des programmes opératoires. Par la suite, son parcours professionnel était mixte, dans le sens d'engagements dans différentes sociétés qui ont duré parfois plusieurs années, et des ruptures. Il a été sur ce plan entre autres conseiller en vins, technicien en logistique, animateur, représentant de cigarettes, gestionnaire d'une boutique au musée olympique et conseiller en produits financiers.

Il s'en est suivi quelques années où M. D._____ était engagé dans différentes assurances, une protection juridique, l'Assurance Q._____ et l'Assurance M._____. Il travaillait ici en grande partie dans le service extérieur, à savoir qu'il disposait d'une certaine liberté et selon lui toujours apte à obtenir des résultats excellents, voire nettement supérieurs à ceux de ses collègues. Mais, selon ses dires et les notions du dossier, la majeure partie des engagements professionnels se sont soldés dans un mode conflictuel. Ceci a aussi été le cas, comme mentionné, pour son dernier emploi en tant que représentant dans une maison pharmaceutique.

M. D._____ a fait l'armée suisse, ceci aussi dans un mode post-obligatoire, jusqu'à devenir caporal. Il en a été dispensé également dans un mode conflictuel.

Sur le plan affectif-relationnel, il a connu deux relativement longues relations et vie de couple, mais sans jamais devenir père de famille ni entrer dans un projet de mariage. En dehors de ces relations, il a toujours eu de nombreuses relations passagères, sexuelles, de durées plus ou moins courtes, il a toujours été très attiré par les expériences sexuelles. Avec les années, il a développé une vie sexuelle que l'on pourrait appeler « libertinage », il a commencé à pratiquer de nombreuses techniques et variantes sexuelles, en particulier l'exhibitionnisme, le voyeurisme, la scatophilie, les relations multiples/partouzes, etc. Comme il le disait lui-même à plusieurs reprises, il est devenu assez obsessionnel dans la sphère sexuelle, toujours séducteur dès qu'une femme lui plaît et aussi avec le temps connaisseur de tous les lieux de pratique des techniques sexuelles mentionnées.

Lors des examens avec nous, il a pris distance des notions de contrainte et de viol. Cette dernière notion apparaît dans les dossiers et notamment dans les rapports du psychiatre traitant. Il aurait été condamné pour viol, mais il n'existe aucune trace tangible de cela. M. D._____ nous a expliqué qu'il passe strictement par le volontariat des femmes abordées, il distribue des cartes de visite, il attend les réactions volontaires des femmes et il propose ensuite les pratiques sexuelles dites déviantes dans la mesure où la femme est consentante. D'après ce que nous avons pu percevoir à travers l'ensemble des descriptions, il y a avec les années deux tendances : une augmentation des obsessions pour toute la thématique, mais aussi un affinage des approches. Il était, dans ses explications, très clairement perceptible qu'il va très loin, qu'il est très offensif, certainement aussi proche du harcèlement, mais qu'il a en même temps une notion nette de ne pas transgresser.

Ceci se reflète aussi indirectement dans d'autres domaines : depuis toujours, l'assuré a été connu comme procédurier. Son psychiatre a évoqué qu'il a amené huit classeurs fédéraux de ses procès et M. D._____ nous a dit, non sans une certaine fierté, les avoir presque

tous gagnés. Il a donc une notion très claire des limites, bien qu'il les pousse toujours à l'extrême.

Il existe encore un autre volet dans la vie et dans les activités de l'assuré, qui est peu mentionné dans les rapports antérieurs. Depuis toujours, M. D. _____ est passionné de voyage, depuis toujours il va à l'improviste découvrir des pays, et il a évoqué, là aussi non sans fierté, avoir presque une centaine de pays « à mon compteur ». Lorsqu'il se nomme (et lorsqu'il est nommé) depuis son expérience de [...] « aventurier », ceci n'est pas farfelu car il a affronté, avec beaucoup d'improvisation, de sang-froid et d'intuition de très nombreuses situations très différentes. Il a été apte à s'insérer dans des milieux très différents, de trouver son chemin, de communiquer et de s'en sortir, même dans des situations extrêmes.

Lorsque son psychiatre évoque un événement traumatisant [...], où il a dû enjamber un mort, sauver un autre d'un œdème pulmonaire, etc., ceci s'est reflété dans son récit (chez nous et aussi à la radio) beaucoup moins traumatisant ; l'assuré a fait ici état de son sang-froid, de son intuition et de sa débrouillardise.

Il est devenu écrivain un peu en parallèle, par hasard, il était d'abord ce qu'on appelle un « blogueur », à savoir partager ses expériences, photos, etc. sur Internet. Il écrivait en parallèle mais sa reconnaissance dans ce domaine est venue suite à son expérience en [...], où il a apporté au chef d'état [...] une [...] et du [...]. Cette expérience où il a aussi poussé son extrémisme et son côté farfelu jusqu'au bout lui a valu reconnaissance sous forme de publication de son livre et de nombreuses invitations par les médias. Encore récemment, entre les deux dates d'expertise, il a été invité par [...] à [...] pour témoigner.

Tout ceci reflète donc une partie de sa vie que l'on pourrait appeler atypique, insolite, aventurière, et qui a presque autant de valeur que ses engagements professionnels proprement dits.

En examen clinique, nous avons vu et décrit un homme dans une présentation correcte, encore assez athlétique, qui était essentiellement dans un état de tension permanente, nerveux, agité à tous moments, envahissant dans un premier temps l'espace-temps de l'expert.

Il était en permanence dans un discours logorrhéique, peu structuré, en partie digressif, avec des fuites d'idées et souvent des contenus rétrécis aux thématiques que l'on pourrait aussi appeler obsessionnelles. La structuration n'était cependant pas défailante dans l'absolu. L'assuré avait tendance à ouvrir plusieurs parenthèses, mais il était aussi capable de les fermer au fur et à mesure. Momentanément, les capacités d'attention et de concentration étaient diminuées avec son flot. Il n'était ni fatigué ni fatigable.

Au niveau des affects, il était tantôt colérique, tantôt négatif, tantôt sous-dépressif et surtout dans une amertume et désespoir par rapport au cours de sa vie. Il était très dramatisant, mobilisant beaucoup d'éléments (par exemple la mort de ses parents) pour se plaindre, très démonstratif, exprimant son mal-être avec beaucoup d'agir (ouvrir les fenêtres, gesticuler, se rouler par terre, etc.).

Nous l'avons vu et observé pendant deux examens cliniques, en tout pendant presque six heures. En plus, nous avons eu plusieurs conversations téléphoniques avec lui. Il s'est avéré que les observations faites lors du premier examen n'étaient pas

maintenues dans leur intensité et dramatique. Nous avons pu voir l'expertisé aussi dans des passages plus calmes, adapté et collaborant.

Après le « filtrage » de la dramatisation, de l'accentuation et des signaux comportementaux, nous étions toujours dans le constat d'un homme avec une agitation psychocorporelle anormale, des fluctuations attentionnelles, des fluctuations anxio-dépressives, des particularités de discours, etc. Il s'est dégagé pour nous très clairement la notion d'un trouble de personnalité, avec des éléments narcissiques proéminents, éléments du registre borderline, tendance interprétative et paranoïaque et histrionique. De ce fait, nous confirmons cette partie pathologique déjà largement évoquée dans les rapports précédents. Il est aussi possible (ceci correspond aussi à notre expérience clinique) qu'avec les années, une certaine accentuation de la problématique a eu lieu.

Il est très difficile de se prononcer sur le diagnostic d'un trouble de l'attention et d'hyperactivité. L'assuré présente effectivement un certain nombre de critères de ce trouble (par exemple couper la parole, inattention, etc.), mais ces symptômes peuvent tout aussi bien être liés au problème de personnalité. L'assuré a été mis sous traitement [de] Ritaline par son psychiatre, il les prend de manière irrégulière. Il a constaté lui-même une augmentation de la capacité de lecture, mais autrement des effets comparables à ce qu'il a connu avec la consommation de cocaïne. Ces éléments ainsi que le fait qu'il n'y a pas de changement significatif sous traitement de Ritaline semblent plutôt infirmer cette hypothèse diagnostique.

Nous avons constaté des variations thymiques, mais qui ne sont visiblement pas d'une gravité et permanence pour les retenir sous forme de véritable dépression clinique ou d'un trouble anxieux affirmé. Il y a eu beaucoup de variantes, de ce fait, nous allons retenir cette partie sous forme d'un trouble anxio-dépressif mixte d'intensité légère. Notons dans ce contexte que l'assuré est sous traitement de Remeron, antidépresseur qui a donné une amélioration et nuit peut-être aussi à un léger équilibre. Les « déviances » sexuelles ont plutôt une valeur descriptive. L'assuré, selon ses explications, les pratique dans un cadre consentant. Par contre, la sexualité dans toutes ses formes prend chez lui un côté obsessionnel, ceci effectivement avec les deux composantes, les pensées permanentes et un agir tout aussi permanent. Notons dans ce contexte qu'il a bien connu des « pannes », s'est plaint aussi de ceci, il a fait part d'une certaine « souffrance » de ne plus être aussi performant qu'avant. Ceci semble plutôt normal compte tenu de son âge et de ses expériences. Lui prescrire du Viagra est donc indirectement une attitude qui soutient ses déviances au lieu de les relativiser.

M. D. _____ s'est considéré lui-même comme plutôt tourmenté (et non dépressif), dans un mal-être global, un manque de perspectives et de croyance en lui-même, aussi dans un bilan maintenant plus négatif de sa vie et de sa personnalité. Il était effectivement (comme décrit dans les différents rapports) en partie gnosique pour ses problèmes, en partie non. Il a certainement aussi fait certains progrès dans l'approche psychothérapeutique menée par son psychiatre. Ce dernier soulignait que ses progrès sont relatifs et on est toujours, aussi comme nous l'avons constaté, envahis par cet

homme, ses expressions et ses agir. Il est difficilement cadrable mais tout de même apte à s'adapter à certaines circonstances. Dans ce contexte, nous avons par exemple visionné un certain nombre de documents sur Internet, interviews et autres et il est tout à fait visible que M. D._____ peut très bien s'adapter à différents contextes de manière adéquate.

Après l'ensemble de nos recherches, après aussi « filtrage » de la lutte pour la reconnaissance que l'assuré semble mener maintenant pour obtenir une rente, nous arrivons à la conclusion qu'il existe effectivement une pathologie de personnalité avec impact sur la capacité, mais il existe également une autre partie où il est apte à s'insérer dans différents contextes. Avec certitude, l'expertisé a des difficultés dans un contexte dit « normal ». On ne peut pas l'imaginer fonctionner dans un service administratif ou autre. Depuis toujours, il a cherché une certaine indépendance dans ses actes et ce n'est pas par hasard qu'il était essentiellement vendeur et représentant. Mais tant qu'il « est en roue libre », qu'il bénéficie de cette indépendance (soit par un patron, soit par lui-même), il a une aptitude à fonctionner et à s'adapter. Il est de ce fait tout à fait imaginable qu'il fonctionne à environ 50 % dans des activités qu'il choisit lui-même. Ses réserves de débrouillardise et d'adaptation existent toujours. L'énergie qu'il met actuellement pour trouver des femmes et des relations sexuelles peut tout aussi bien être appliquée pour trouver des activités adaptées à sa problématique.

Se déterminant dans un rapport du 9 mars 2018 sur l'expertise du Dr K._____, le Dr F._____ a estimé que les atteintes psychiques excluaient toute capacité de travail supérieure à 30 % avec un rendement variable d'environ deux tiers. Selon ses observations, il n'y avait pas de poste de travail compatible avec les difficultés psychiques de l'assuré.

Dans un avis médical du 14 mars 2018, le Dr H._____ a indiqué suivre les conclusions du Dr K._____, selon lesquelles l'assuré présentait une capacité de travail nulle depuis le 14 juillet 2014 puis de 50 % dès le 13 février 2015 en toute activité. Il a ajouté par la suite qu'en l'absence d'éléments nouveaux, le rapport du Dr F._____ n'était pas de nature à infirmer l'appréciation de l'expert (avis médical du 27 mars 2018).

Par projet de décision du 13 avril 2018, l'office AI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2015.

Représenté par Me Christian Dénériaz, avocat, D._____ a présenté des objections à ce projet en date du 25 juin 2018. Après avoir relevé diverses erreurs entachant le rapport d'expertise du Dr K._____, il en a contesté les conclusions en se fondant sur divers rapports médicaux, dont celui du Dr F._____ du 9 mars 2018.

Par décisions des 10 octobre 2018 et 14 novembre 2018, l'office AI a reconnu le droit de D._____ à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2015 basée sur un degré d'invalidité de 55 %. Il a retenu que, dès le 13 février 2015, l'assuré présentait une capacité de travail de 45 % dans une activité indépendante ou semi-indépendante avec la possibilité d'organiser librement son temps de travail.

B. **a)** Par actes des 14 novembre 2018 (cause n° AI 355/18) et 12 décembre 2018 (cause n° AI 392/18), D._____, représenté par Me Christian Dénériaz, avocat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre les décisions des 10 octobre et 14 novembre 2018, en concluant, sous suite de frais et dépens, à leur réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2015 fondée sur un degré d'invalidité de 70 %, subsidiairement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour réexamen et nouvelle décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

En premier lieu, l'assuré a contesté disposer d'une capacité de travail résiduelle de 45 %. Se fondant sur l'appréciation de son psychiatre traitant, le Dr F._____, il estimait que sa capacité de travail n'excédait pas 30 %. Du reste, en indiquant une fourchette de « 40 à au maximum 50 % », le Dr K._____ ne concluait pas à une capacité résiduelle de 45 % mais bien de 40 %, tout en précisant que si les conditions étaient toutes réunies pour une activité exigible, elle pourrait s'élever quelque peu. Aux fins d'étayer son propos, il a notamment produit des rapports médicaux du 18 juin 2015 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 19 septembre 2015 de la Dre W._____ et du 1^{er} septembre 2015 du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui concluaient

tous à une incapacité totale de travail. Quand bien même ces documents émanaient de médecins traitants, il n'était pas admissible que l'office AI n'ait pas expliqué en quoi et pour quels motifs ils n'étaient pas pertinents.

Ensuite, l'assuré a critiqué l'objectivité de l'expertise réalisée par le Dr K._____, au motif que son rapport contenait diverses affirmations qu'il niait avoir tenues.

Se référant au rapport d'expertise du Dr T._____ du 24 février 2015 selon lequel le pronostic à long terme restait incertain, voire sombre, l'assuré a pour finir indiqué que cette affirmation s'était avérée exacte dans la mesure où il avait séjourné deux semaines en hôpital psychiatrique au mois d'octobre 2017. Contrairement au Dr K._____, il n'était donc pas juste d'évoquer une dépression légère. A cela s'ajoutait que le Dr F._____ avait posé le diagnostic de troubles de l'anxiété généralisée, soit une pathologie plus lourde que le trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère retenu par le Dr K._____. Dans son rapport du 9 mars 2018, le Dr F._____ avait également estimé que c'était à tort que le médecin-conseil de l'office AI n'avait pas retenu les diagnostics de troubles bipolaires et de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

b) Le 8 janvier 2019, le juge instructeur de la Cour de céans a joint les causes AI 355/18 et AI 392/18 pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun.

c) Dans sa réponse du 6 février 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se référant au courrier adressé au conseil de l'assuré en date du 3 septembre 2018, il a indiqué que, selon la jurisprudence fédérale, lorsqu'un taux de capacité de travail était exprimé sous forme de fourchette (40 à 50 %), il convenait de se référer à la moyenne correspondante (45 %). En l'occurrence, il en découlait un taux d'invalidité de 55 %. En outre, l'office AI a précisé que, à l'exception du Dr S._____, dont le point de vue avait été soumis à l'appréciation du Dr K._____, ni la Dre W._____ ni le Dr N._____ ne s'étaient prononcés sur la capacité

de travail exigible. Quant au rapport du 9 mars 2018 du Dr F._____, il avait été soumis au SMR, lequel avait estimé qu'il n'était pas indispensable de soumettre les critiques du Dr F._____ au Dr K._____ (cf. avis médical du 27 mars 2018).

d) Par réplique du 1^{er} mai 2019, D._____ a souligné que c'était à tort que l'office AI estimait que le Dr F._____ ne livrait qu'une appréciation différente de la situation, dans la mesure où il se référait à des constatations cliniques objectives l'ayant conduit à poser des diagnostics différents de ceux retenus par l'expert K._____. Il n'y avait dès lors pas d'incohérence à ce que le Dr F._____ mette en exergue un manque de concordance entre le tableau clinique préoccupant décrit par l'expert et la capacité de travail exagérée qu'il avait retenue. L'assuré a en outre relevé que, dans la décision du 10 octobre 2018, l'office AI n'avait pas précisé quelles étaient les activités raisonnablement exigibles. D'après lui, en renvoyant à une « activité habituelle », il aurait dû spécifier de quel type ou branche d'activités il pourrait s'agir, peu importe la qualification d'indépendante ou de semi-indépendante de l'activité en question.

e) Le 14 mai 2019, l'assuré a transmis un courrier adressé le 10 mai 2019 au médecin-chef du SMR par le Dr F._____. Celui-ci y réaffirmait que la pathologie psychiatrique présentée excluait toute capacité de travail supérieure à 30 %, ajoutant qu'il n'y avait pas pour l'instant de poste de travail adapté à ses difficultés.

f) Dans sa duplique du 27 mai 2019, l'office AI a renvoyé à un avis du SMR du 22 mai 2019. Le Dr X._____ y relevait que les éléments contenus dans le courrier du 10 mai 2019 ne constituaient qu'une appréciation différente de la situation sans nouvelles constatations médicales objectives qui n'auraient pas été prises en compte lors de l'expertise du Dr K._____ du 12 février 2018. L'office AI a ajouté qu'il n'était pas fait état d'une aggravation significative de la situation entre la date de cette expertise et celle des décisions querellées. Il a en conséquence une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

g) Par ordonnance du 27 juin 2019, le juge instructeur a invité le Dr K. _____ à se déterminer sur les observations rédigées le 9 mars 2018 par le Dr F. _____.

h) Le Dr K. _____ a pris position en date du 6 septembre 2019.

i) Dans ses déterminations du 26 septembre 2019, l'office AI a constaté que le Dr K. _____ avait expliqué pour quelles raisons il maintenait ses conclusions sur le fond. Il a conclu au rejet des recours.

j) Le 1^{er} novembre 2019, l'assuré a notamment transmis la lettre de sortie du 5 novembre 2017 consécutive à son séjour du 11 au 23 octobre 2017 à la Clinique J. _____ ainsi qu'un rapport du 7 octobre 2019 du Dr F. _____. Celui-ci y répétait que les diagnostics retenus par le Dr K. _____ dans son expertise - ceux de trouble mixte de la personnalité et de trouble obsessionnel-compulsif - étaient suffisamment graves pour admettre que la capacité de travail n'excédait pas 30 % de manière durable.

k) Le 26 novembre 2019, l'office AI a indiqué avoir soumis les pièces produites au SMR, lequel considérait qu'elles ne contenaient pas de nouvelles constatations médicales objectives lui permettant de modifier sa position (avis médical du 21 novembre 2019). Il ne s'agissait que d'une appréciation différente de la situation émanant du psychiatre traitant par rapport à celle retenue par le Dr K. _____, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter. Partant, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet des recours.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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, déposés en temps utile 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), les deux recours sont recevables.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux à la base de cette prestation.

3. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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.

D'après l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins 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 trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

c) aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) Cette nouvelle jurisprudence précise qu'une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation et, enfin, de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la

mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. a) En l'occurrence, l'office intimé a retenu que le recourant disposait, malgré les atteintes à la santé psychique qu'il présente, d'une capacité résiduelle de travail de 40 à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité semi-indépendante, sans pression exagérée). Pour fonder son appréciation, il s'est basé sur le rapport

d'expertise du Dr K. _____ du 12 février 2018 ainsi que sur le complément établi par ce médecin en date du 6 septembre 2019.

aa) Le rapport d'expertise du Dr K. _____ du 12 février 2018 répond en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Celui-ci repose sur une anamnèse particulièrement détaillée aussi bien sur le plan personnel, familial que socioprofessionnel et affectif. Il contient également les réponses données par le recourant à diverses questions touchant la vie quotidienne (déroulement de la journée, loisirs, relations sociales et situation financière) de même qu'une description précise de ses plaintes et un résumé des principales pièces médicales à disposition de l'expert. Dans ce contexte, il convient également de souligner le caractère exhaustif des explications données quant aux diagnostics retenus et écartés (s'agissant notamment du trouble bipolaire et du trouble du déficit de l'attention). Expliquant la méthodologie qu'il avait suivie, le Dr K. _____ a souligné qu'il favorisait des approches diagnostiques qui différenciaient les informations venant de l'expertisé de celles observées par l'expert. Les premières étaient susceptibles d'être influencées par des facteurs extra-médicaux, le ressenti personnel du sujet, son éventuelle tendance à l'accentuation et sa situation sociale. L'expert a également précisé qu'il ne travaillait pas d'emblée avec les échelles « classiques », par exemple l'échelle de dépression de type MADRS ou Hamilton (contenant 13 critères sur les 21 issus de l'auto-évaluation), même si elles étaient désignées « hétéro-évaluation ». Il en allait de même pour d'autres questionnaires d'auto-évaluation. Il a déclaré privilégier les critères établis dans la Classification Internationale des Maladies, tels que figurant dans sa dixième révision (CIM-10).

bb) Le recourant souffre de troubles mixtes de la personnalité avec éléments de type narcissique, histrionique, borderline et paranoïaque (F61.0) et de troubles obsessionnels-compulsifs avec pensées obsédantes et comportements compulsifs (F42.2). Ainsi qu'on vient de le relever, le Dr K. _____ a clairement expliqué les raisons ayant fondé son appréciation. A la lecture de son rapport, force est de constater que le recourant

conserve des ressources non négligeables malgré son impulsivité et sa nervosité. Au cours de sa vie, il avait effectué de nombreux voyages au cours desquels il lui était arrivé de se retrouver dans des situations périlleuses dont il était parvenu à se tirer grâce son sang-froid. Il avait relaté ses souvenirs dans un livre, dont la publication lui avait valu d'être invité par divers médias. Sur le plan de la vie quotidienne, le recourant assume les courses, s'occupe de la gestion administrative et des paiements, conserve un réseau social et fréquente des clubs de rencontres. D'après l'expert, s'il existe une pathologie de la personnalité avec impact sur la capacité de travail, le recourant n'en demeure pas moins apte à s'insérer dans différents contextes. Encore faut-il qu'ils lui conviennent et soient de nature à lui garantir une certaine indépendance. Si celle-ci lui est assurée, il a une aptitude à fonctionner et à s'adapter. Ses réserves d'adaptation et de débrouillardise existent toujours. L'énergie actuellement investie dans la recherche de relations féminines peut être canalisée dans une profession adaptée à sa problématique qu'il lui incombe de trouver. S'agissant de la définition d'une activité exigible, l'expert est d'avis que le recourant peut travailler à 50 % dans des emplois qu'il choisit lui-même. Ainsi, toute activité indépendante ou semi-indépendante, telle celle de représentant médical, est exigible, à condition qu'elle n'implique pas une pression exagérée.

b) Les conclusions du Dr K. _____ ne sont pas remises en cause par les remarques formulées par le Dr F. _____ dans ses prises de position des 9 mars 2018 et 7 octobre 2019.

aa) Dans son rapport du 9 mars 2018, le Dr F. _____ s'est étonné que le Dr K. _____ n'ait pas diagnostiqué un trouble bipolaire au regard des idées suicidaires et de dévalorisation, des insomnies massives, de la diminution de la concentration et de l'attention présentées par l'assuré. Selon l'expert, il n'y avait toutefois pas de description de plusieurs épisodes (au moins deux exigés) au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du patient étaient profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur, tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et des activités.

Le fait de se fonder sur l'hospitalisation à la Clinique J._____ n'était d'aucun secours au Dr F._____ car le diagnostic de trouble bipolaire n'avait pas été retenu. En outre, un traitement spécifique pour cette pathologie n'avait pas été prescrit. En ce qui concerne le trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité également retenu par le Dr F._____, le Dr K._____ a expliqué qu'il était difficile de se prononcer sur un tel diagnostic. L'assuré présentait effectivement un certain nombre de critères de ce trouble (par exemple couper la parole, inattention, etc.) mais ces symptômes pouvaient tout aussi bien être liés au problème de personnalité. Le fait qu'il n'y ait pas eu de changement significatif sous traitement de Ritaline semblait plutôt infirmer cette hypothèse diagnostique. S'agissant finalement du diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes d'intensité légère - sans répercussion sur la capacité de travail -, le Dr K._____ a reconnu s'être écarté de la codification formelle de la CIM-10 dans le but d'être le plus possible différencié et précis. Cette pratique est au demeurant courante chez d'autres psychiatres ou experts.

bb) On rappellera que ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail ; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient n'est dans ce contexte que secondaire (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et les références). Dans son rapport complémentaire du 6 septembre 2019, le Dr K._____ a souligné qu'il ne ressortait pas des explications du Dr F._____ la prise en compte des nombreuses ressources dont disposait son patient. En dépit du tableau clinique très impressionnant présenté par l'assuré, l'expert s'est en effet efforcé de fournir des explications détaillées quant aux réserves (qu'il a également appelées « débrouillardise ») lui permettant d'esquisser le type d'activités exigibles. Dans la mesure où le psychiatre traitant n'explique pas en quoi la reconnaissance des diagnostics de trouble bipolaire et de trouble de l'attention aurait une influence sur l'analyse des ressources disponibles, la question diagnostique n'a pas d'influence sur le sort du litige, si bien qu'elle souffre de demeurer indécise. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, le Dr K._____ a retenu que l'assuré disposait d'une

capacité de travail de 40 à 50 % adaptée à sa problématique alors que le Dr F. _____ a estimé qu'elle n'excédait pas 30 %. Cette différence résulte du fait que le psychiatre traitant se réfère strictement aux observations cliniques, tandis que l'expert les a confrontées aux autres éléments du dossier et, dans ce cadre, a mis en évidence une tendance du recourant à la dramatisation. Concrètement, celui-ci amenait toutes sortes d'arguments pour souligner son dysfonctionnement et en déduire une incapacité de travail. Tout en reconnaissant que le tableau clinique est très impressionnant, le Dr K. _____ rappelle également avoir décrit en plusieurs endroits de son expertise à quel point l'assuré s'était déchaîné, avait dramatisé, surjoué et exagéré. On ajoutera que s'il est vrai que l'exagération des symptômes de la part d'une personne assurée peut dans certains cas constituer un facteur d'exclusion du caractère invalidant de l'atteinte (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.1 ; 9C_602/2016 du 14 décembre 2016 consid. 5.2.2), l'expert a néanmoins reconnu que le recourant souffrait de troubles mixtes de la personnalité avec éléments de type narcissique, histrionique, borderline et paranoïaque. L'expert n'a ainsi pas été insensible aux sollicitations et plaintes parfois démonstratives du recourant dans le cadre de son évaluation de la capacité de travail.

cc) Dans ses mémoires de recours, l'assuré signale un certain nombre d'inexactitudes dans le rapport d'expertise du Dr K. _____ dont l'accumulation en entacherait l'objectivité. On ne voit toutefois pas - et le recourant ne l'explique pas - en quoi ces erreurs - pour autant qu'elles soient avérées - seraient significatives pour l'issue de l'expertise et les conclusions que celle-ci contient.

c) Sur le vu de ce qui précède, il convient de confirmer l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2015 basé sur un degré d'invalidité de 55 %. Dès lors que les taux d'incapacité de travail retenus par l'intimé concernent tant l'activité habituelle que toute autre activité adaptée à la problématique psychique du recourant, il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA. Dans un tel cas de figure en effet, le taux d'invalidité se confond

avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010).

6. Le recourant reproche à l'office intimé de ne pas avoir précisé dans quel type d'activités concrètes il disposerait d'une capacité résiduelle de travail.

a) En ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGa inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à sa santé. En d'autres termes, pour établir si l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si l'on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 ; TF 9C_793/2008 du 18 mai 2009 consid. 2.4).

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI

1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

c) En l'occurrence, s'il eût été certainement judicieux que l'office AI donne au recourant des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail propose suffisamment de postes de travail qui soient adaptés au fonctionnement psychique de l'intéressé, étant précisé que le recourant ne présente aucune limitation d'ordre physique (cf. rapport du Dr P. _____ du 19 juillet 2016).

7. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir, son audition personnelle - doit dès lors être rejetée. Dans la mesure où le recourant a pu s'exprimer tout au long de la procédure et produire toutes pièces à l'appui de ses allégations, on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

8. **a)** En définitive, les recours, mal fondés, doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Les recours interjetés dans les causes AI 355/18 et AI 392/18 sont rejetés.

II. Les décisions rendues le 10 octobre 2018 et le 14 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

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

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Christian Dénériaz, avocat (pour D._____),
- 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 :