

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2016

Composition : M. NEU, président
MM. Monod et Küng, assesseurs,
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à [...], recourant, représenté par Me Véronique Fontana,
avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 28 et 29 LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant serbe né en 1963, a poursuivi avec succès un apprentissage d'électricien dans son pays d'origine et travaillé en cette qualité durant plusieurs années.

Il est entré en Suisse à fin 2004 aux fins de s'y marier une seconde fois et a exercé diverses activités lucratives avant d'être engagé dès le 1^{er} octobre 2008 en tant qu'aide monteur-électricien à plein temps par C._____SA.

Atteint dans sa santé dès fin 2011, il a été ponctuellement en incapacité de travail totale en février 2012, puis durablement à compter du 14 mai 2012, et perçu des indemnités journalières servies par l'assurance perte de gain en cas de maladie de son employeur, B._____SA.

C._____SA a mis fin au contrat de travail la liant à l'assuré avec effet au 31 décembre 2012.

B. Dans l'intervalle, par dépôt du formulaire ad hoc le 2 octobre 2012, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) au motif de « dépression ».

L'OAI a sollicité un rapport médical initial auprès du médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr D._____, qui l'a complété le 22 octobre 2012, indiquant que son patient souffrait d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques », de « lombalgies sévères », d'une « tachycardie paroxystique » et de « céphalées de tension ». Il a précisé qu'une incapacité de travail totale se poursuivait depuis le 16 juillet 2012, soulignant que l'assuré avait progressivement développé un « état dépressif sévère avec des idées

noires » depuis son divorce en 2010. Une psychothérapie de soutien et une pharmacothérapie, dont un traitement de Cipralex®, avaient été mises en place.

La Dresse F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a pour sa part pas été en mesure de fournir un rapport médical, exposant le 19 décembre 2012 n'avoir vu l'assuré à sa consultation qu'à deux reprises, ce qui ne lui permettait pas de se prononcer sur son état psychologique.

En revanche, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a communiqué son rapport à l'OAI le 14 janvier 2013, relatant avoir suivi l'assuré du 24 juin 2010 au 27 septembre 2012. Elle a fait état, au titre de diagnostics se répercutant sur la capacité de travail, d'un « épisode dépressif moyen à sévère (F32.1) », d'une « anxiété généralisée (F41.1) », d'un « trouble panique (F41.0) » et de « traits de personnalité dépendante (F60.7) ».

Cette praticienne a par ailleurs relevé notamment les éléments d'anamnèse suivants :

« [...] A la fin de l'année 2009, sa femme a toutefois demandé le divorce en l'accusant de violence conjugale ([l'assuré] dit avoir passé une nuit en prison après une intervention de la police tout à fait injustifiée et arbitraire, ce qui a provoqué chez [l'assuré] une perte de confiance envers les autorités suisses) et en lui adressant de nombreuses critiques. Depuis lors, [l'assuré] ne parvient pas à mettre du sens sur ce qui lui est arrivé, a le sentiment que sa femme a abusé de sa confiance et a prémédité le déroulement des choses. [...]

Ces derniers mois, le sentiment d'incompréhension et d'injustice de [l'assuré] a été accentué par un contexte professionnel négatif [...]. Depuis lors, [l'assuré] a développé des symptômes anxieux et dépressifs qui ont donné lieu à une évaluation psychiatrique [...]. »

Elle a au surplus souligné ce qui suit :

« Nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère en raison des symptômes suivants : humeur déprimée, irritabilité, anhédonie, fatigabilité accrue, légère agitation psychomotrice, incapacité à se projeter dans l'avenir, envie de mourir, incapacité à faire des choix, difficultés de concentration, trouble du sommeil majeur et perte d'appétit. L'intensité de l'épisode dépressif varie au

cours de périodes d'amélioration ou de péjoration de la symptomatologie présentée.

Nous retenons également le diagnostic d'anxiété généralisée en raison du souci excessif de [l'assuré] concernant ses relations professionnelles et du sentiment d'être complètement envahi par cela (anticipation de malheurs comme par exemple un licenciement), du sentiment permanent de nervosité et de ne pouvoir réprimer le tremblement de ses mains, de troubles de la mémoire (trous de mémoire), de céphalées de tension, de difficultés de concentration, ainsi que de son irritabilité. On peut également relever des symptômes anxieux tels que la survenue rapide et intense de douleurs thoraciques (tachycardie), de difficultés à respirer accompagnées de la sensation d'étouffer, de vertiges et moments de gêne épigastrique remplissant les critères d'un trouble panique. [L'assuré] craint alors d'exploser ou de devenir fou.

Enfin, nous mentionnons des traits de personnalité dépendante dans la mesure où apparaissent dans différents contextes relationnels les éléments suivants : tendance à prendre des décisions importantes de sa vie en fonction d'autrui, refus d'adresser des demandes justifiées ou de défendre ses droits vis-à-vis de personnes significatives.

Au vu des troubles présentés par [l'assuré] au cours de ces derniers mois, nous estimons que, lorsque nous l'avons vu pour la dernière fois en juin 2012, il n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle en lien avec sa formation d'électricien de manière fiable et continue dans le temps. »

Après avoir rencontré l'assuré le 3 décembre 2012, l'OAI a mis en œuvre une mesure de coaching individuel du 9 janvier 2013 au 8 mars 2013 auprès de l'Association E._____ selon communication du 18 janvier 2013.

La Dresse F._____ a fait parvenir un rapport médical à B._____SA en date du 13 février 2013, où elle a posé les diagnostics d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec caractéristiques somatiques (F33.11) », d'une « dislocation de la famille par divorce (Z63.5) », d'un « divorce pénible (intervention de la police-emprisonnement) » et de « difficultés socio-économiques durables ». Elle a mis en exergue le développement d'un « état anxieux dépressif qui a évolué ensuite en un état dépressif chronique » suite aux difficultés conjugales rencontrées par l'assuré avec sa seconde épouse. Elle a également rapporté des « crises d'anxiété avec sensations d'étouffement, picotements ou sensations d'anesthésie dans les bras et les mains, tachycardie, trouble de la mémoire, etc. ». Elle a souligné que son patient n'était pas en mesure d'avoir une activité professionnelle, le pronostic

demeurant « favorable à condition d'application des traitements nécessaires », soit prise d'antidépresseurs, psychothérapie de soutien et traitement cognitivo-comportemental.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr H._____, a considéré le 1^{er} mars 2013 que la capacité de travail de l'assuré était nulle en présence d'un état de santé non stabilisé. Il s'imposait en outre d'obtenir de plus amples renseignements sur le diagnostic de « lombalgies sévères » auprès du Dr D._____.

Le 4 mars 2013, l'OAI a rendu une décision de principe informant l'assuré de l'impossibilité d'organiser des mesures professionnelles en l'état, l'instruction médicale de son cas se poursuivant.

Par correspondance du 29 mars 2013, le Dr D._____ a signalé que son patient se plaignait « depuis une année environ de lombalgies et sciatalgies récidivantes », annexant un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 18 mars 2013, où avaient été observées des « protrusions discales étagées postéromédianes légèrement sténosantes en L4-L5 et en L5-S1. »

Un bilan de fin de mesure a été adressé à l'OAI le 15 avril 2013 par l'Association E._____, relevant que les « difficultés mnésiques auxquelles [l'assuré était] confronté, ainsi que les difficultés qu'il rencontr[ait] face à sa situation privée et sociale rend[aient] difficiles, voire prématurées toutes démarches de réelle reprise d'activité professionnelle ». Cas échéant, « le poste devrait faire l'objet d'aménagements. »

C. B._____SA a diligenté une expertise psychiatrique de l'assuré, dont le mandat a été confié au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a communiqué son rapport le 18 avril 2013, adressé en copie à l'OAI. Après analyse du dossier, entretien avec l'assuré et évaluation psychométrique en date du 28 mars 2013,

l'expert a retenu le diagnostic d'un « état dépressif majeur, actuellement léger, avec signes d'amplification des symptômes » sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré et a relaté les constats résultant de son examen clinique en ces termes :

« [...] En début d'entretien, [l'assuré] a l'air assez abattu, mais il répond de manière claire et précise aux questions qui lui sont adressées. Lorsqu'il s'agit de préciser les raisons de sa dépression, la poursuite de l'incapacité de travail, l'assuré se montre assez véhément, dynamique, actif. Par contre les réponses sont floues, souvent à côté. [L'assuré] se positionne en tant que victime, mettant au défi les différents médecins de pouvoir le guérir, comme s'il ne participait pas au traitement. [...]

Nous ne relevons pas de foëtor éthylique, il est vigile, orienté dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. [...]

Du point de vue anxieux, il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM IV. [L'assuré] ne souffre pas de phobie simple, de claustrophobie, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. [...]

Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. [...] »

Il a communiqué ses conclusions notamment comme suit :

« [...] D'un point de vue **psychopathologique**, nous nous trouvons face à un assuré dans un premier temps collaborant, mais dès que l'on aborde la question des raisons de son arrêt de travail et de la durée de celui-ci - bientôt une année - [l'assuré] se montre alors assez tonique, vindicatif, se place dans une position de victime, déclarant qu'il attend qu'un médecin l'aide et puisse le sortir de son état. Les explications données justifiant sa dépression sont floues : un divorce difficile en 2009, des préoccupations car son épouse aurait demandé le divorce à son insu, en Serbie, aurait-il entendu.

[L'assuré] est assez démonstratif, se positionne de manière passive agressive, déclarant attendre qu'un médecin puisse l'aider. A ce titre, il demande même si l'expert peut le prendre en charge, s'il a quelque chose à lui proposer.

On se trouve donc avec un assuré très démobilisé, qui n'envisage ni à moyen ni à long terme la reprise du travail. Les plaintes sont assez floues, mal systématisables. [L'assuré] est très passif. Les explications sont très peu claires, souvent peu consistantes. L'importance des bénéfices secondaires paraît relativement manifeste chez un sujet par ailleurs très peu intégré. L'assuré n'est néanmoins pas isolé, puisqu'il vit avec sa fille depuis 2004, dans un trois pièces, avec laquelle il entretient une relation de grande proximité. On croit comprendre qu'il a des conflits ou qu'il est mal

vu par son entourage et voisinage, raison pour laquelle il éviterait de trop sortir.

On peut faire l'hypothèse d'un **trouble de l'adaptation**, actuellement de **gravité légère**, avec **amplification des symptômes**.

Si dans la règle, il est fréquent d'attester d'un arrêt de travail au début de la prise en charge d'une dépression ou d'un état d'angoisse - la distance professionnelle pouvant soulager un état d'épuisement et donner du temps pour que le traitement devienne efficace - il faut néanmoins se méfier à long terme des conséquences néfastes de l'inactivité. Lorsqu'une maladie devient chronique - bientôt 9 mois d'arrêt de travail dans la situation qui nous occupe - il ne faut souvent pas hésiter à reprogrammer une reprise de l'activité, même si le trouble psychique n'est pas totalement guéri. Dans les dépressions sévères, l'incapacité de travail peut perdurer, ce qui n'est pas le cas de [l'assuré].

Ici, les symptômes anxio-dépressifs sont difficilement systématisables. [L'assuré] est assez passif, implicitement revendicateur d'un statut de malade, se plaçant dans une situation de victime. Toute proposition constructive paraît vouée à l'échec, ainsi que tous les traitements proposés. On a le sentiment qu'il existe une amplification des symptômes, sans que cela ne se greffe sur une histoire personnelle particulièrement douloureuse, ou de stress majeur à l'heure actuelle, son divorce de 2009 semblant être l'explication de toutes ses difficultés actuelles.

On relève la multiplicité des médecins psychiatres consultés. [...]

Au niveau médical, la problématique semble en rapport plus avec des motifs qui sortent du champ médical qu'un trouble psychiatrique incapacitant objectif. Son nouveau médecin psychiatre - si tant est qu'il poursuive son suivi - jugera lui-même s'il est judicieux d'envisager d'autres approches pharmacologiques.

Le pronostic nous paraît essentiellement conditionné par une prise de position claire de son assurance perte de gain. Globalement, vu l'attitude de [l'assuré], une évolution vers la « sinistrose » ne paraît pas exclue. [...] »

L'expert a en définitive estimé la capacité de travail de 80% à 100% dans toutes activités.

Le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie, psychogériatrie et psychothérapie, nouveau psychiatre traitant de l'assuré, a complété un rapport médical adressé à l'OAI le 11 juin 2013. Il a mis en exergue le diagnostic de « graves troubles de la personnalité prépsychotique (F60.8) », indiquant avoir pris en charge régulièrement l'assuré dès le 21 février 2013 et augmenté le traitement antidépresseur. Il a précisé que ce

dernier disposait également de ses propres benzodiazépines acquises en Serbie. En outre, le psychiatre traitant considérait son patient inapte à 100% pour toutes activités professionnelles, y inclus dans la perspective d'une réorientation professionnelle. Critiquant par ailleurs les conclusions communiquées par le Dr L._____, vraisemblablement entachées - à son avis - de soucis de traduction, le Dr N._____ a observé les éléments suivants :

« [...] A l'examen clinique (à mes consultations), le patient s'est présenté avec un[e thymie] dysphorique-dépressive, une forte anxiété et divers troubles neuro-végétatifs. Il m'a frappé par son discours flou, verbeux, avec prolixité, circo-clôturé, formules creuses, [...] raisonnement pseudo logique, relâchement associatif. Important : très narcissique, hystérique, passif-agressif, flou identitaire, voir projectif (on n'est pas loin de la tendance paranoïde en cas de décompensation plus aiguë). Sur le plan diagnostique, je retiens un grave trouble de la personnalité prépsychotique, cela implique un aménagement défensif polymorphe, fluctuant, [désorganisé] rapidement en cas de stress et [laissant] apparaître des troubles cognitifs, des mécanismes archaïques et un grand désordre relationnel. »

Le Dr J._____, médecin au sein du SMR, s'est exprimé sur le cas de l'assuré le 3 juillet 2013, considérant comme pleinement probante l'expertise réalisée par le Dr L._____. Il a dès lors estimé que le trouble retenu par ce spécialiste ne revêtait pas de caractère invalidant, la capacité de travail de l'assuré demeurant entière dans toutes activités.

D. Par projet de décision du 9 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui nier le droit à toutes prestations AI faute d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité dans son cas.

L'assuré a manifesté son désaccord avec ledit projet par correspondance du 18 juillet 2013, se référant aux avis communiqués par ses trois psychiatres traitants, ainsi que par le Dr D._____, et sollicitant le réexamen de son dossier. Il a reproché à l'OAI d'avoir pris en compte exclusivement le rapport d'expertise du Dr L._____, lequel contenait à son avis des contradictions, vraisemblablement consécutives à des problèmes de traduction.

Une décision, identique au projet de décision contesté, a été établie le 11 septembre 2013, l'OAI ayant précisé dans un courrier séparé du même jour être légitimé à se prononcer sur la base des conclusions du Dr L._____ au vu de la valeur probante de son expertise.

E. L'assuré, représenté par Me Véronique Fontana, a déféré la décision du 11 septembre 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 11 octobre 2013, concluant à son annulation et à l'octroi d'une « rente entière d'invalidité dès le 14 mai 2012 [...] pour une durée indéterminée ». Il a fait valoir qu'à son sens les avis de ses psychiatres et médecin traitants étaient de nature à mettre en doute les conclusions du Dr L._____, soulignant en particulier les difficultés de traduction et imprécisions relevées par le Dr N._____. Partant, il a considéré que l'OAI ne pouvait fonder sa décision sur le seul avis contraire de l'expert mandaté par B._____SA. Il a au surplus requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 20 janvier 2014, en proposant le rejet. Il a rappelé que le Dr L._____ était un spécialiste dûment formé pour répondre aux exigences d'une mission d'expertise et que ce dernier avait été assisté in casu d'une interprète agréée en langue serbo-croate. Dès lors, les critiques formulées à l'encontre du rapport corrélatif du 18 avril 2013 par le Dr N._____ n'avaient pas lieu d'être retenues, ce d'autant plus que tout problème de traduction aurait dû être invoqué dans les suites immédiates de l'expertise. L'OAI a au surplus mis en exergue avoir reçu de B._____SA un tirage de la communication électronique adressée par le Dr N._____ en date du 3 janvier 2014. Ce praticien a indiqué ce qui suit à l'assureur précité :

« [...] Depuis quelques semaines, je constate que [l'assuré] ne présente plus de troubles cognitifs, plus de troubles de mémoire. Il ne présente pas non plus de troubles de l'attention et de la concentration. La fatigue n'est pas présente. Il ne présente pas d'idées suicidaires, pas de troubles de la perception.
Pas de troubles du sommeil.
En fait, le patient a consommé énormément de benzodiazépine, raison qui m'a donné une fausse image de son état psychique.
Actuellement, il ne consomme aucun médicament et il est en attente de l'AI.

[L'assuré] présente ses pleines capacités à travailler dans une activité exercée et adaptée. [...] »

L'OAI a dès lors estimé que sa décision du 11 septembre 2013, basée sur les conclusions du Dr L._____, corroborées finalement par le psychiatre traitant de l'assuré, était justifiée.

Par demande formelle du 16 mai 2014, le recourant a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire, vu la précarité de sa situation financière. Dite assistance lui a été accordée par le juge instructeur aux termes d'une décision du 16 mai 2014, en ce sens que l'assuré a été exonéré de toute franchise mensuelle et Me Véronique Fontana désignée en qualité d'avocat d'office.

L'assuré a répliqué le 18 septembre 2014, réitérant ses griefs à l'encontre de l'expertise du Dr L._____ et rappelant les avoir fait valoir au stade du projet de décision du 9 juillet 2013 de l'OAI. Il a avancé ses doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de l'expert, soulignant que ce dernier avait été mandaté par un assureur privé sans que les garanties procédurales applicables en matière d'assurances sociales n'eussent été respectées. Par ailleurs, il a informé la Cour de céans de la poursuite de son incapacité totale de travail, ainsi que de sa prise en charge psychiatrique depuis le 24 mars 2014 au sein du Centre U._____. Il a au surplus annexé un rapport médical du 2 septembre 2014 de la Dresse T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein dudit centre. Cette dernière précisait que l'assuré bénéficiait de séances de psychothérapie hebdomadaires et souffrait d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques », d'une « anxiété généralisée » et d'un « trouble panique », faisant part de ses réserves quant au « pronostic concernant l'évolution de l'état de santé psychique du patient et la reprise d'une capacité de travail ». Considérant les divergences entre les rapports médicaux versés à son dossier et les conclusions de l'expert, le recourant a persisté à solliciter la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, tout en confirmant ses conclusions.

Aux termes d'une duplique du 9 octobre 2014, l'OAI a derechef estimé que les remarques du Dr N._____ n'étaient pas suffisantes pour mettre en doute les conclusions du Dr L._____, rappelant de toute façon que ce psychiatre traitant avait ultérieurement relaté l'abus de benzodiazépines observé auprès de son patient (cf. courrier électronique du 3 janvier 2014 à l'attention de B._____SA). S'agissant du rapport de la Dresse T._____, l'intimé a relevé que les diagnostics posés et les conclusions de cette praticienne étaient insuffisamment étayés, sans que celle-ci ne se fût au surplus prononcée sur la teneur du rapport d'expertise du Dr L._____. Partant, l'OAI a jugé superflu d'organiser une nouvelle expertise de l'assuré et maintenu ses conclusions initiales tendant au rejet du recours.

Par détermination du 4 novembre 2014, le recourant a exposé que le courrier électronique du 3 janvier 2014 de son ancien psychiatre traitant, le Dr N._____, à B._____SA, consistait en une « conséquence directe et vengeresse » résultant de la contestation de ses honoraires. Au demeurant, ce spécialiste était parfaitement informé de l'importante consommation de benzodiazépines de son patient, ce même lors de la rédaction de son rapport à l'OAI du 11 juin 2013. Il a en outre relevé que le rapport de la Dresse T._____ renforçait la dichotomie entre les conclusions des médecins traitants et celles du Dr L._____ et souligné le bien-fondé de sa requête d'expertise judiciaire.

F. Le juge instructeur a informé les parties le 10 novembre 2014 de son intention de confier un mandat d'expertise psychiatrique au Centre d'expertises du Centre hospitalier I._____.

L'OAI s'est prononcé à cet égard, ainsi que sur l'écriture du recourant du 4 novembre 2014, par pli du 25 novembre 2014. Il s'est étonné de la prise de position fluctuante de l'assuré quant aux propos de son ancien psychiatre traitant, le Dr N._____ estimant en définitive contradictoire de se référer aux conclusions de ce dernier, non sans le

désavouer ultérieurement à la suite de son courrier électronique du 3 janvier 2014. Il a au surplus souligné avoir informé l'assuré en temps utile de la désignation du Dr L._____ en qualité d'expert, sans qu'il n'eût formulé quelconque objection à son encontre. S'agissant de l'expertise judiciaire projetée, l'intimé ne s'y est pas opposé, renvoyant à un avis du SMR du 17 novembre 2014, rédigé par le Dr R._____. En sus des questions usuelles, ce dernier préconisait de requérir des experts la description détaillée d'une journée-type de l'assuré jusqu'à la date de la décision litigieuse, ainsi que l'examen d'une problématique de dépendance aux médicaments ou à toutes autres substances.

L'assuré a pour sa part suggéré les questions usuelles aux experts, dans une correspondance du 9 décembre 2014.

Le mandat d'expertise psychiatrique a été formellement délivré au Centre d'expertises du Centre hospitalier I._____ le 11 décembre 2014, lequel a communiqué les noms des spécialistes désignés pour examiner l'assuré le 15 décembre 2014, à savoir les Drs P._____, médecin assistant, et M._____, médecin adjoint, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein du Département de Psychiatrie du Centre hospitalier I._____.

Les experts ont communiqué leur rapport en date du 14 juillet 2015, au terme de trois entretiens avec l'assuré (les 3, 9 avril 2015 et 11 mai 2015), d'entretiens téléphoniques avec les Drs T._____ et D._____, transmettant en outre un courrier électronique rédigé le 13 avril 2015 par le Dr N._____, libellé comme suit :

« [...] Il s'agit d'un patient qui a commencé la prise en charge le 21.02.2013, dans mon cabinet. Les entretiens se sont déroulés dans la langue maternelle du patient qui est ressortissant de Serbie. Les premiers mois de suivi, [l'assuré] m'a paru être quelqu'un de prépsychotique. Au fur et à mesure, je constate que le patient a consommé davantage de benzodiazépine, substance qu'il est procuré dans son pays d'origine. Grâce à une abstinence totale aux benzodiazépines, l'état psychique du patient s'est amélioré, raison pour laquelle la prise en charge psychiatrique par moi-même a été stoppée d'un commun accord au début du mois de janvier 2014. [...] En ce qui concerne [la] capacité de travail du patient, j'estime qu'elle était entière lors de notre dernier entretien. Avec une

abstinence totale [à la] benzodiazépine, [l'assuré] devrait avoir ses pleines capacités à travailler dans le marché libre. [...] »

Après description des éléments pertinents de l'anamnèse de l'assuré, ainsi que de ses plaintes subjectives, les experts du Centre hospitalier I. _____ ont décrit l'évolution de la maladie et le status clinique de l'assuré ainsi :

« [...] Actuellement, l'expertisé vit à domicile avec sa fille, où il passe la majorité de temps inactif. Il s'occupe de ses deux chats, sort occasionnellement se promener (plutôt à la nuit tombée) ou roule sans but précis au volant de sa voiture. Il dit n'effectuer que très peu de tâches ménagères (effectuées par sa fille) ou administratives (les impôts sont gérés par une fiduciaire par exemple). Il ne bricole ou ne cuisine plus. Il n'a pas de lien affectif à l'exception de sa fille et il ne côtoie pas d'amis.
[...]

Homme de cinquante et un ans à la tenue et l'hygiène négligée (il n'est pas coiffé, pas rasé, sent mauvais et affirme se laver une à deux fois par mois), il présente une vigilance normale et une légère désorientation dans le temps (erreur sur la date du jour). Il est ponctuel aux rendez-vous, qui ont lieu dans nos bureaux, en présence d'une interprète, [...].

La psychomotricité est fluctuante selon les entretiens : tantôt normale et tantôt légèrement ralentie. L'expertisé se plaint de troubles attentionnels, expliquant ne pas pouvoir lire ni suivre un film. On observe que le focus de l'attention est maintenu en début d'entretien, mais diminue significativement après une demi-heure environ. Il y a un trouble attentionnel lors des épreuves neuropsychologiques (cf. « Résultats des tests »). [L'assuré] se plaint de troubles de la mémoire et on observe qu'il oublie à deux reprises la date du jour lors du premier entretien (durant lequel on lui demande de signer et dater des formulaires). On ne relève en revanche pas de trouble de la mémoire autobiographique et le déroulement de l'entretien n'est pas perturbé par ces troubles.

L'expertisé s'exprime en serbo-croate, avec virulence et un ton de voix globalement élevé. Sans être logorrhéique, il est parfois difficile à interrompre. Le cours de la pensée est difficile à évaluer (la barrière de la langue), mais semble dans la norme. On note une tendance de l'expertisé à répondre à côté, en particulier pour les questions demandant une réponse abstraite, une élaboration ou une capacité d'introspection.

Le discours est cohérent, le vocabulaire précis et adéquat, mais on relève des éléments à tonalité persécutoire : la sensation d'être observé lorsqu'il sort dans des lieux publics (poussant l'expertisé à sortir plutôt la nuit) et un sentiment de préjudice de la part de son ex-femme (il aurait été cambriolé par celle-ci, elle aurait contracté des abonnements en son nom...).

L'expertisé ne décrit pas de troubles des perceptions (pas d'illusions, pas d'hallucinations). Il n'y a pas d'attitude d'écoute.

[L'assuré] se plaint d'une anxiété présente en permanence et exacerbée par les lieux publics, l'obligeant à adapter ses horaires. Il décrit également une symptomatologie évoquant des attaques de

panique (anxiété paroxystique accompagnée de palpitations et d'une sensation de « boule dans la gorge »). On observe une tension modérée, des signes anxieux (tremor fin postural des membres supérieurs, mouvements répétés volontaires anxieux des mains ou des pieds) ainsi qu'une attaque de panique lors d'un des entretiens. Il y a des ruminations et on ne relève pas d'obsession ni de compulsion. Il n'y a pas d'épisode de « flashback ».

La thymie est globalement abaissée avec des épisodes de pleurs et une irritabilité contenue. Il y a néanmoins un accès à des expressions de joie (sourires ou humour). L'expertise décrit une anhédonie et une aboulie mais pas d'asthénie. On relève une perte d'espoir, le discours est centré sur ses plaintes et le divorce avec son ex-femme. Il y a des idées suicidaires non planifiées, l'expertisé expliquant être retenu par l'idée d'avoir sa fille.

L'expertisé affirme ne pas consommer d'alcool ni de substance illicite. Il fume trois paquets de cigarettes par jour (augmenté depuis 2011, à l'époque : un paquet par jour).

L'anosognosie est présente, l'expertisé affirmant souffrir d'un trouble depuis plusieurs années, il ne peut dire cependant ce dont il souffre. »

Les Drs P._____ et M._____ ont dès lors posé les diagnostics de « personnalité à traits narcissiques (F60.08) » et d'un « effondrement narcissique avec symptômes anxio-dépressifs (F38.8) ». Ils ont précisé que « les traits de personnalité s'installent généralement de manière stable au début de l'âge adulte », le diagnostic corrélatif s'avérant sans doute présent « depuis de nombreuses années » et sans incidence sur la capacité de travail. Quant à l'effondrement narcissique, susceptible de se répercuter sur la capacité de travail, ce diagnostic était présent « depuis 2009 ». Compte tenu de ces éléments, ils ont communiqué leur appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] Le discours de l'expertisé est teinté d'une histoire de vie cherchant à susciter de l'admiration. Des événements de vie objectivement banals sont présentés sous une forme spectaculaire, parfois de façon sous-entendue. Les références de l'expertisé à sa propre personne sont souvent grandioses et disproportionnées, [...]. Face aux difficultés socioprofessionnelles après son arrivée en Suisse et suite à la rupture d'avec son ex-femme, [l'assuré] n'a vraisemblablement pas supporté l'effondrement narcissique que ces événements ont représenté. Le sentiment d'avoir été grugé et dépouillé par son ex-femme sont venus aggraver cet effondrement. Chez l'expertisé, l'effondrement narcissique se manifeste essentiellement par des symptômes anxio-dépressifs dont l'intensité peut être variable, comme cela est par exemple attesté par les différents médecins qui l'ont suivi ces dernières années. Sans pouvoir, à l'heure actuelle parler d'un épisode dépressif stricto sensu, on retrouve de nombreux symptômes classiquement associés à un épisode dépressif : humeur triste, anhédonie, aboulie, troubles

du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire, négligence corporelle, etc...

Ces différents symptômes étant l'expression d'une décompensation du fonctionnement de la personnalité davantage qu'un trouble de l'humeur constitué, ceux-ci fluctuent selon le contexte, ce qui peut résulter en une interprétation très variable (amplifications des symptômes par exemple). On relève par ailleurs des éléments discrètement histrioniques (notamment une théâtralité) et on ne peut exclure que quelques symptômes présentés par l'expertisé soient le résultat de processus de conversion.

Le type de décompensation psychique que présente l'expertisé est difficile à traiter en raison de la spirale de destructivité narcissique qui est à l'œuvre. Le traitement est essentiellement centré sur une prise en charge psychothérapeutique et on peut généralement espérer une amélioration sur le long terme, à condition que la personne puisse investir ce processus. Les traitements pharmacologiques des symptômes (anxiolytiques, antidépresseurs) sont habituellement d'utilité très restreinte dans ce type de situation. En l'espèce, le pronostic est réservé en raison de la cristallisation des symptômes sur plusieurs années, en dépit d'un traitement approprié et d'une certaine capacité de [l'assuré] à investir les suivis qui lui ont été proposés. »

Quant à l'influence des troubles présentés par le recourant, les experts se sont prononcés comme suit :

« B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Au plan psychique et mental

Les troubles que présente l'assuré sont invalidants. On peut illustrer cela par une description des symptômes principaux (les exemples ci-dessous ne représentent pas une liste exhaustive).

L'aboulie diminue significativement la capacité de prendre des initiatives, même pour des tâches simples. Cela se traduit par exemple par le fait que l'expertisé ne se lave qu'une à deux fois par mois. Si l'expertisé parvient à débiter une tâche, le trouble attentionnel l'empêche de la mener à bien. Ce déficit se constate notamment par l'incapacité de l'expertisé à accomplir des tâches ménagères (bricolage notamment). Les troubles de la mémoire compliquent le quotidien de l'expertisé, celui-ci oubliant par exemple des rendez-vous ou égarant des objets.

Les limitations des activités de la vie quotidienne décrites ci-dessus se retrouveront dans une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. Celles-ci seront importantes et se traduiront notamment par de grandes difficultés à initier une activité, une incapacité à mener à bien des tâches simples, un risque d'accident professionnel et de l'absentéisme.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Les troubles que présentent [l'assuré] ne lui permettent actuellement pas de poursuivre l'activité exercée jusqu'ici.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail en pour-cent.

La capacité de travail résiduelle est nulle.

Avec un traitement médical approprié, on peut [...] espérer une amélioration de la capacité de travail à long terme. Nous suggérons la poursuite du traitement psychiatrique intégré et une réévaluation dans deux ans environ.

[...]

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan médical, on note une incapacité de travail de 20% au moins attestée depuis mai 2012.

4. Avez-vous relevé au cours de votre mission, de quelconques éléments qui vous permettent de douter de la sincérité de l'expertisé quant à ses troubles, ses douleurs ou ses capacités d'accomplir une activité professionnelle ?

Nous n'avons pas relevé d'élément nous permettant de douter de la sincérité de l'expertisé quant à ses troubles, ses douleurs ou ses capacités d'accomplir une activité professionnelle.

5. Confirmez-vous ou non les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée le 18 avril 2013 par le Dr L._____ ?

Nous confirmons la présence de symptômes anxio-dépressifs, relevés par le Dr L._____. En revanche, nous ne partageons pas ses conclusions concernant le diagnostic, le pronostic et la capacité de travail de l'expertisé. »

Le recourant s'est exprimé sur la teneur du rapport du Centre d'expertises du Centre hospitalier I._____ le 25 août 2015, indiquant ne pas avoir d'observations à formuler.

Quant à l'intimé, par correspondance du 24 août 2015, réceptionnée le 1^{er} septembre 2015, il s'est référé à un avis établi par le SMR le 10 août 2015 pour faire valoir que le rapport du Centre d'expertises du Centre hospitalier I._____ n'était « pas exploitable en l'état » et requérir un nouvel examen de l'assuré. Les Drs R._____ et S._____ du SMR ont en effet critiqué les conclusions des experts dans ledit avis en relevant notamment les lacunes suivantes :

« [...] Les experts M._____ et P._____ balayent l'expertise L._____ [...]. A aucun moment de leur expertise n'est discutée l'amplification des symptômes retenue par l'expert L._____. De même, on ignore comment ont évolué le trouble panique, l'anxiété généralisée et l'épisode dépressif moyen retenus par le Dr

G._____ après un traitement/suivi de plus de 18 mois. Concernant l'évolution de l'état de santé depuis 2010, l'expertise n'est donc pas convaincante, on attendrait des experts qu'ils décrivent l'effondrement narcissique avec symptômes dépressifs qui affecte l'assuré selon eux depuis 2009 [...] et pourquoi il n'a été source d'empêchements, d'incapacité de travail que 2 années plus tard soit en 2012. Cela n'a pas été fait.

Quant à l'avis du Dr N._____, spéc. FMH, il a été cité sans être discuté. Ce psychiatre avait rattaché les troubles neuropsychologiques présentés par l'assuré à une consommation de benzodiazépine. Les experts n'ont pas pris soin d'éclaircir ce point par une anamnèse fouillée et un dosage dans le sang des benzodiazépines circulantes.

[...] Les résultats des tests mis en place et décrits dans le rapport d'expertise [...] objectivent des troubles neuropsychologiques qui peuvent s'expliquer par un état dépressif, une consommation de benzodiazépines, une amplification des symptômes ou un autre problème de la sphère psychique. Sur ce plan, il convient de retenir qu'une modification dans le sens d'une péjoration depuis l'expertise L._____ a été constatée par les experts sans que l'on sache à quel moment cette péjoration serait survenue. Il ne s'agit donc pas là non plus d'un point de discussion fouillé avec le souci du détail. [...] »

A la demande du juge instructeur, Me Fontana a fait parvenir la liste des activités déployées dans le cadre de la présente procédure en date du 22 septembre 2015, annonçant un peu plus de 31 heures consacrées à son mandat entre le 1^{er} octobre 2013 et le 3 septembre 2015.

G. Au vu des critiques formulées par les Drs R._____ et S._____ du SMR, le juge instructeur a requis un complément auprès du Centre d'expertises du Centre hospitalier I._____ par pli du 9 novembre 2015.

Le Dr M._____ a fourni les explications et précisions sollicitées en date du 3 juin 2016, lesquelles sont libellées en ces termes :

« [...] Nous pouvons répondre comme suit à vos questions :

Préciser pourquoi vous vous écarterez du diagnostic et des conclusions du Dr L._____

REPONSE : En page 11 de notre rapport d'expertise, nous écrivons :
« Chez l'expertisé, l'effondrement narcissique se manifeste essentiellement par des symptômes anxio-dépressifs dont l'intensité peut être variable, comme cela est par exemple attesté par les différents médecins qui l'ont suivi ces dernières années. Sans pouvoir, à l'heure actuelle, parler d'un épisode dépressif stricto

sensu, on retrouve de nombreux symptômes classiquement associés à un épisode dépressif : humeur triste, anhédonie, aboulie, troubles du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire, négligence corporelle, etc... Ces différents symptômes étant l'expression d'une décompensation du fonctionnement de personnalité davantage qu'un trouble de l'humeur constitué, ceux-ci fluctuent selon le contexte, ce qui peut résulter en une interprétation très variable (amplification des symptômes par exemple). On relève par ailleurs des éléments discrètement histrioniques (notamment une théâtralité) et on ne peut exclure que quelques symptômes présentés par l'expertisé soient le résultat de processus de conversion ».

Selon nos observations, les aspects de fluctuation symptomatologique qu'implique un tel tableau permettent sans doute de rendre compte des différences d'évaluation au fil du temps et entre les différents médecins (Docteur G._____ : épisode dépressif moyen à sévère, trouble panique, trouble de la personnalité (2012) ; Docteur D._____ : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (2012) ; Docteur F._____ : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (2013) ; Docteur N._____ : grave trouble de la personnalité (2013) ; Docteur L._____ : état dépressif majeur, actuellement léger, avec signes d'amplification (2013).

Pour ce qui est des conclusions du Docteur L._____ quant à la capacité de travail, elles nous paraissent contredites, notamment tant par le rapport du SMR du 1^{er} mars 2013, lequel conclut à une capacité de travail nulle, que par l'évolution ultérieure et l'état de la situation lors de notre propre évaluation en 2015.

Préciser pourquoi vous vous écarterez de l'avis du SMR quant à l'amplification des symptômes

REPONSE : Cf. réponse à la question précédente.

Vous prononcer sur l'évolution des troubles retenus par le Dr G._____

REPONSE : Cf. réponse à la première question, ainsi que notre rapport d'expertise (page 11) : « Le type de décompensation psychique que présente l'expertisé est difficile à traiter en raison de la spirale de destructivité narcissique qui est à l'œuvre. Le traitement est essentiellement centré sur une prise en charge psychothérapeutique et on peut généralement espérer une amélioration sur le long terme, à condition que la personne puisse investir ce processus. Les traitements pharmacologiques des symptômes (anxiolytique, antidépresseur) sont habituellement d'utilité très restreinte dans ce type de situation. En l'espèce, le pronostic est réservé en raison de la cristallisation des symptômes sur plusieurs années, en dépit d'un traitement approprié et d'une certaine capacité de [l'assuré] à investir les suivis qui ont été proposés ».

Procéder à une analyse des diagnostics différentiels avancés par les psychiatres qui ont successivement suivi l'assuré

REPONSE : Cf. réponse à la première question.

Décrire l'effondrement narcissique, ce qu'il recouvre, et préciser pourquoi il est retenu dès 2009, mais n'entame la capacité de travail que dès 2012

REPONSE : Cf. réponse à la première question. D'un point de vue anamnestique, les premiers symptômes apparaissent en 2009, dans les suites du divorce (cf. page 7 de notre expertise, par exemple). Avec l'intensification progressive des symptômes, [l'assuré] consulte en psychiatrie à partir d'avril 2010, à la Consultation [...]. Nous avons admis l'incapacité de travail dès 2012, suivant les certificats du Docteur D._____. (cf. rapport d'expertise, page 4), malgré que dans le contexte de la demande à l'AI, on lit dans le rapport du 12 décembre 2012 de la Docteure G._____ que les diagnostics invalidants sont décrits comme présents depuis 2010.

Vous déterminer au sujet des considérations du Dr N._____ quant à une consommation excessive de benzodiazépines (cf. avis du SMR du 17 novembre 2014), l'incidence de celle-ci sur les troubles neuropsychologiques constatés, la genèse de ces derniers et les résultats des tests auxquels vous avez procédé sur ce plan

REPONSE : Nous n'avons pas de moyen d'évaluer les affirmations de 2014 du Docteur N._____, qui sont contredites par son patient. Nous n'avons pas relevé d'éléments, lors de notre observation, allant dans le sens d'une consommation excessive de benzodiazépines et n'avons pas procédé à un dosage plasmatique. On relève que le Docteur N._____ signale début 2014 que [l'assuré] serait sevré de benzodiazépines et ne présenterait plus de troubles psychiques. Lors de notre investigation, force est de constater d'une part que [l'assuré] poursuit son traitement de benzodiazépines et qu'il continue par ailleurs à présenter des symptômes psychiques.

Déterminer le moment auquel une péjoration de l'état de santé est intervenue depuis l'expertise du Dr L._____

REPONSE : Cf. réponse à la première question.

Fixer avec davantage de précision dans le temps l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail depuis 2012, en précisant pourquoi celle-ci est restée nulle en dépit des prises en charge spécialisées

REPONSE : Cf. réponses aux questions précédentes, avec en particulier la référence à notre rapport d'expertise page 11, les deux derniers paragraphes, qui traitent à la fois des aspects de fluctuation et des difficultés thérapeutiques. [...] »

Les parties ont eu l'opportunité de se déterminer sur le rapport complémentaire ci-dessus.

Le recourant y a pour sa part renoncé par pli du 28 juin 2016, se limitant à constater que le Dr M._____ confirmait les conclusions contenues dans le rapport d'expertise du 14 juillet 2015.

Quant à l'intimé, il s'est référé le 11 juillet 2016 à un avis du SMR, établi le 1^{er} juillet 2016 par le Dr R._____, pour maintenir ses conclusions du 24 août 2015 tendant à la mise en œuvre d'un nouvel examen de l'assuré. Ce médecin a persisté à considérer qu'à la date de la décision querellée – soit le 11 septembre 2013 – l'appréciation du Centre d'expertises du Centre hospitalier I._____ ne permettait pas de s'écarter de celle du Dr L._____. Il a notamment souligné que le rapport du SMR du 1^{er} mars 2013 cité par le Dr M._____ était antérieur au rapport d'expertise du Dr L._____ du 18 avril 2013, tandis que l'instruction du dossier de l'assuré s'avérait encore incomplète. En outre, le Dr R._____ a constaté que les doutes liés aux observations du Dr N._____, psychiatre traitant à la date de la décision entreprise, n'avaient pas été dissipés par le Dr M._____, lequel avait privilégié les déclarations de l'assuré sans prendre la peine de recontacter le praticien concerné ou de procéder à un bilan sanguin. La valeur probante de l'expertise judiciaire semblait en définitive sujette à caution.

Le 21 juillet 2016, le recourant a fait valoir que le Dr M._____ avait, de par sa propre évaluation, écarté les conclusions du Dr L._____, tandis que les appréciations contradictoires du Dr N._____ ne pouvaient être suivies, étant rappelé les différends extra-médicaux entre ce dernier et son patient.

Après transmission de cette détermination à l'OAI le 26 juillet 2016, la cause a été gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

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

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) In casu, le recours formé le 11 octobre 2013 contre la décision de l'OAI du 11 septembre 2013 a été interjeté en temps utile, dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieux dans le cas particulier le droit de l'assuré à des prestations AI, motif pris d'atteintes à la santé psychique, suite à la requête de prestations AI formulée le 2 octobre 2012.

L'OAI, s'en tenant aux conclusions communiquées le 18 avril 2013 par le Dr L. _____ sur mandat d'expertise de B. _____ SA, a retenu que le recourant ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante aux termes de sa décision du 11 septembre 2013.

Le recourant a, de son côté, fait grief à l'OAI d'avoir écarté les appréciations divergentes de ses médecin et psychiatres traitants, lesquels ont tous attesté de son impossibilité à exercer une quelconque activité lucrative en raison de son état de santé psychique.

Dans ce contexte, à l'instar de ce qu'a réclamé l'assuré au titre de mesure d'instruction complémentaire à l'issue de son mémoire de recours _____ du 11 octobre 2013, une expertise psychiatrique judiciaire a été diligentée par la Cour de céans auprès du Centre d'expertises du Centre hospitalier I. _____.

Les Drs M. _____ et P. _____, ont communiqué le rapport corrélatif le 14 juillet 2015, lequel a été qualifié « d'inexploitable » par l'intimé, respectivement le SMR. Un complément du 3 juin 2016 a été adressé à la Cour de céans par le Dr M. _____, en vue de répondre aux doutes soulevés par l'OAI, relayés par le juge instructeur.

Le recourant a pour sa part considéré que les conclusions du Centre d'expertises du Centre hospitalier I. _____ s'avéraient convaincantes, tandis que l'intimé a suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique de l'assuré, estimant que l'appréciation des experts judiciaires demeurerait insuffisamment étayée.

Vu ces éléments, il s'agira d'examiner en premier lieu si les pièces médicales versées au dossier de l'assuré permettent de se

prononcer sur la nature des atteintes à la santé diagnostiquées et leurs conséquences en termes de capacité de travail.

Dans l'affirmative, il conviendra en second lieu de déterminer si l'assuré est invalide et cas échéant, à quel taux, puis de statuer sur son droit à des prestations AI.

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.

L'art. 29 al. 1 LAI prévoit notamment que 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 fait valoir son droit aux prestations.

c) In casu, on relèvera que l'assuré ne pourrait prétendre au versement d'une rente d'invalidité qu'à compter du 1^{er} mai 2013, pour autant qu'il remplisse les conditions matérielles d'octroi de cette prestation, contrairement à la conclusion formulée par mémoire de recours du 11 octobre 2013.

Quand bien même le recourant a déposé sa demande de prestations AI auprès de l'intimé en date du 2 octobre 2012, le délai de carence n'est en effet échu, conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, qu'à la date du 14 mai 2013, soit une année après le début de l'incapacité de travail durable.

4. Il y a lieu à ce stade d'examiner la teneur des pièces médicales, à l'aune de la jurisprudence fédérale rappelée ci-dessous.

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 confidents 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) En l'espèce, l'état de santé somatique du recourant n'a pas fait l'objet d'investigations particulières en dépit des diagnostics évoqués par le Dr D._____ le 22 octobre 2012, soit ceux de « lombalgies sévères », « tachycardie paroxystique » et de « céphalées de tension ».

Cet aspect ne prête toutefois pas à plus ample discussion, dans la mesure où la querelle entre les parties porte exclusivement sur l'appréciation des répercussions des atteintes à la santé psychique mises en évidence par les différents spécialistes consultés.

b) Sous l'angle psychique, l'assuré a été successivement pris en charge par plusieurs psychiatres traitants, à savoir les Drs F._____, G._____, N._____ et T._____.

Quand bien même ces praticiens n'ont certes 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 la Dresse G._____ a diagnostiqué un « épisode dépressif moyen à sévère », une « anxiété généralisée », un « trouble panique » et des « traits de personnalité dépendante ». Après avoir fait état d'une incapacité de travail totale ou partielle dès le 2 décembre 2010, elle n'a toutefois pas été en mesure de s'exprimer au-delà du 22 juin 2012, étant donné l'interruption de ses consultations (cf. rapport du 14 janvier 2013 adressé à l'OAI).

Quant à la Dresse F._____, elle a relaté essentiellement le diagnostic d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère » dans un contexte psychosocial particulier, excluant l'exercice de toute activité lucrative (cf. rapport du 13 février 2013 à l'OAI).

Le Dr N._____ a pour sa part envisagé dans un premier temps de « graves troubles de la personnalité prépsychotique » tout en prononçant une incapacité totale de travail, avant de revenir sur ses déclarations en janvier 2014, dans un contexte peu clair, prétendument litigieux selon les déclarations de l'assuré (cf. rapport du médecin précité à l'OAI du 11 juin 2013 et courriel du 3 janvier 2014).

Enfin, la Dresse T._____ a également pris en compte un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère » en sus d'une « anxiété généralisée » et d'un « trouble panique ». Elle a émis un pronostic réservé quant à la reprise d'une activité lucrative (cf. rapport du 2 septembre 2014 adressé à la Cour de céans).

On ajoutera que l'ensemble des praticiens susmentionnés ont retranscrit des observations pour l'essentiel similaires quant au comportement de l'assuré et aux symptômes allégués, notamment une importante anxiété, une thymie dépressive évidente et une capacité de concentration restreinte (cf. par exemple rapports des Dresses G._____ et F._____ des 14 janvier 2013 et 13 février 2013)

Dans ce contexte, seul l'expert mandaté par B._____SA, le Dr L._____, a d'emblée estimé l'assuré capable d'exercer une activité lucrative, considérant que ce dernier présentait uniquement un « trouble de l'adaptation de gravité légère avec amplification des symptômes » (cf. rapport d'expertise du 18 avril 2013).

Compte tenu de l'opinion isolée exprimée par le Dr L._____, il s'est avéré indispensable de procéder à une expertise judiciaire, ainsi que l'avait d'ailleurs sollicité le recourant à l'issue de son mémoire de recours, afin de disposer d'une nouvelle évaluation étayée et objective de l'état de santé psychique de l'assuré.

c) Les rapports consécutifs établis par le Centre d'expertise du Centre hospitalier I._____, soit le rapport d'expertise du 14 juillet 2015 et son complément du 3 juin 2016, sont sans conteste venus clarifier le cas du recourant.

Les experts ont exposé que l'assuré souffrait des conséquences d'une « personnalité à traits narcissiques », présente depuis de nombreuses années, et d'un « effondrement narcissique avec symptômes anxio-dépressifs », survenu dès 2009, mais se répercutant sur sa capacité de travail dès mai 2012 (cf. rapport d'expertise du 14 juillet 2015, p. 10 et 15). Ils se sont ainsi nettement distancé de l'avis du Dr L._____ et ont rejoint globalement les opinions exprimées par les psychiatres traitants de l'assuré.

Par complément du 3 juin 2016, le Dr M._____ est en outre venu confirmer l'appréciation antérieure du Centre d'expertise du Centre hospitalier I._____. Il a exposé que les divergences constatées dans les constats de ses confrères apparaissaient consécutives aux fluctuations inhérentes à la pathologie présentée par l'assuré. Il a également répondu aux questions soulevées par l'intimé, respectivement le SMR, en mettant en exergue les difficultés liées à la prise en charge thérapeutique des troubles affectant l'assuré et derechef, leur caractère par essence labile.

Quant à la question d'une éventuelle surconsommation de benzodiazépines du fait du recourant, le Dr M. _____ n'a certes pas été en mesure de vérifier les allégations du Dr N. _____, mais a pu en revanche exclure une telle problématique par sa propre observation, résultant au demeurant de trois entretiens avec l'assuré.

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

Singulièrement, les Drs M. _____ et P. _____, 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 14 juillet 2015, réitérées le 3 juin 2016, sont exemptes de contradictions. Elles s'avèrent également motivées à satisfaction, compte tenu tout particulièrement du complément produit le 3 juin 2016. Ces conclusions emportent ainsi indubitablement la conviction.

A l'inverse de l'opinion exprimée par l'intimée, on ne voit pas sérieusement dans quelle mesure une nouvelle mesure d'instruction, en particulier une troisième expertise psychiatrique, serait susceptible d'apporter un éclairage différent du cas de l'assuré.

e) 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 14 mai 2012. Ce constat valant pour toutes activités, il s'ensuit que l'incapacité de travail et de gain se confondent, tandis 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 1^{er} mai 2013, conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (cf. également considérants 3b et 3c supra).

6. 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 1^{er} mai 2013.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) 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.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Véronique Fontana jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 22 septembre 2015, Me Fontana a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant, ayant fait état de 31 heures et 12 minutes déployées du 1^{er} octobre 2013 au 3 septembre 2015.

Cela étant, on observe que les postes « courriels, correspondances et entretiens téléphoniques » totalisent un peu plus de 15 heures, ce qui apparaît excessif en l'occurrence et peut être ramené à 10 heures.

S'agissant des postes liés aux différentes écritures, il y a lieu d'en retrancher environ une heure et demi, justifiant de comptabiliser 8 heures – en lieu et place des 9 heures et 30 minutes annoncées – en l'absence de difficultés juridiques ou techniques de la présente cause.

Ce sont ainsi 25 heures de travail qui peuvent être prises en considération du 1^{er} octobre 2013 au 3 septembre 2015, auxquelles il y a lieu d'ajouter environ 3 heures supplémentaires pour les opérations effectuées en juin et juillet 2016.

L'activité de Me Fontana doit en définitive être arrêtée à 28 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), soit 5'040 fr., auxquels s'ajoutent des débours arrondis à 80 fr. et la TVA au taux de 8%, soit 409 fr. 60, ce qui représente un montant

total de 5'529 fr. 60 pour l'ensemble de l'activité assumée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, de sorte que le solde à hauteur de 3'029 fr. 60 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 3'029 fr. 60 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

**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 11 septembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} mai 2013.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Véronique Fontana, conseil du recourant, est arrêtée à 5'529 fr. 60 (cinq mille cinq cent vingt-neuf francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le montant de 3'029 fr. 60 (trois mille vingt-neuf francs et soixante centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Véronique Fontana, à Lausanne (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :