

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juillet 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Thalmann, juge, et Mme Silva, assesseuse
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat au Service juridique d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 4, 28 et 29 LAI

E n F a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, d'origine kosovare, marié et sans enfant, est entré en Suisse en 1999 en tant que demandeur d'asile avant d'obtenir une autorisation de séjour. Peintre en bâtiment de formation, il a travaillé dans ce domaine en Suisse. Il a également été actif dans le jardinage et la restauration. Sa dernière activité, en tant qu'aide de cuisine, a pris fin le 31 mars 2009. Il a alors bénéficié de l'assurance-chômage avant d'être déclaré inapte au placement pour raison médicale et n'a plus retravaillé par la suite.

Le 23 mars 2012, l'assuré a rempli un formulaire de détection précoce à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a mentionné être en incapacité de travail à 100 % depuis 2010 en raison de difficultés à respirer, de douleurs aux poumons, d'angoisse et d'un manque de force. Il a également indiqué percevoir le revenu d'insertion.

L'assuré a joint à sa demande un certificat médical rédigé le 22 juin 2011 par son médecin traitant, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne. Celui-ci mentionnait en particulier que durant l'année écoulée, plusieurs tentatives de reprises de travail sous l'égide de l'Office régional de placement avaient été effectuées comme ouvrier-jardinier ou ouvrier d'atelier, celles-ci ayant dû être interrompues en raison de troubles respiratoires aspécifiques liés à l'intolérance de l'assuré aux vapeurs chaudes ou irritantes. Il en était allé de même d'une tentative de réinsertion en tant que ferrailleur qui avait dû être stoppée en raison de rectorragies. Ce médecin concluait que la reprise d'une activité professionnelle adaptée aux plaintes de son patient restait problématique et ceci probablement pour une longue durée.

A la suite d'un entretien avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assuré a déposé le 7 mai 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en mentionnant comme atteintes

à la santé des difficultés à respirer, ainsi que des douleurs à la gorge et dans le ventre.

Dans son rapport du 23 mai 2012, le Dr K. _____ a retenu que les diagnostics de gêne pharyngée multi-investiguée d'origine indéterminée, état dépressif probable et dépendance aux benzodiazépines avaient un effet sur la capacité de travail de son patient. Ce praticien a également attesté que l'assuré présentait depuis plusieurs années des céphalées chroniques, une intolérance aux émanations de gaz ou de fumée et des lombalgies, pathologies ayant motivé des arrêts de travail, que ce soit comme jardinier, aide de cuisine ou peintre en bâtiment. Il a exposé que depuis 2008, l'assuré avait présenté une gêne pharyngée investiguée de manière approfondie dans le Service d'oto-rhino laryngologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier P. _____) et que l'état dépressif lui semblait l'élément le plus important, étant précisé qu'il lui était difficile de l'évaluer en raison de la barrière linguistique. Cela étant, le Dr K. _____ a considéré que l'activité habituelle de son patient n'était plus exigible mais qu'une réadaptation professionnelle était envisageable avec la reprise d'une activité adaptée à 50 %. Il a toutefois relevé que l'assuré devait effectuer des travaux légers en raison de ses lombalgies. Etaient ainsi proscrites les activités nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, d'être accroupi ou de porter/soulever des poids supérieurs à 10 kg. Le Dr K. _____ a également estimé que les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées.

En annexes à son rapport le Dr K. _____ a transmis à l'OAI plusieurs rapports médicaux parmi lesquels :

- un rapport établi par ses soins le 24 février 2003, dans lequel il posait les diagnostics d'état dépressif, de céphalées tensionnelles chroniques et de stérilité primaire, étant observé que le problème principale était l'état dépressif alors que l'examen physique était sans particularité ;

- un rapport rédigé le 8 décembre 2009 par le Dr F._____, médecin assistant au Service d'oto-rhino laryngologie du Centre hospitalier P._____, signalant un hemmage, précisant que toute pathologie ORL en lien avec la symptomatologie de l'assuré avait pu être exclue, relevant qu'il apparaissait désormais plus clairement qu'un trouble psychosomatique puisse être à l'origine de la symptomatologie mal systématisée du patient et proposant enfin d'effectuer un bilan pulmonaire dans le cadre de trouble rétro-sternal mal systématisé, ainsi qu'un bilan psychiatrique aux fins de pouvoir mettre à jour l'origine des troubles.

Par rapport du 7 décembre 2012, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et O._____, psychologue-psychothérapeute FSP, de l'association U._____, ont posé les diagnostics de trouble délirant (F22 CIM-10) existant depuis 2011 et de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1 CIM-10) antérieur la prise en charge de l'assuré - celle-ci étant intervenue le 23 février 2000 avec plusieurs interruptions. Ils ont signalé des restrictions se manifestant au travail par une gorge irritée avec crachas, ainsi que par des difficultés respiratoires probablement d'origine psychogène, des dermatites et une hypersensibilité à la critique. Ils ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment était encore exigible à 50 %, de manière aménagée, avec une baisse de rendement en raison des allergies et problèmes psychiatriques, une reprise étant toutefois envisageable après des mesures de réadaptation professionnelle. Il était plus particulièrement relevé que l'état dépressif de l'assuré avait longtemps oscillé entre rémission et rechute jusqu'à une évolution pathologique apparue près d'une année plus tôt prenant la forme d'une conviction délirante d'avoir une maladie et d'être rejeté par les soignants. L'intéressé présentait par ailleurs des traits de personnalité immature et hystérique. En revanche, il était bien orienté et ne présentait pas de troubles du contenu ou du cours de la pensée. Il pouvait se montrer volubile et, brusquement, présenter des crises de larmes à l'évocation de certaines difficultés, comme celle de devenir père. Il pouvait également sembler

abattu à certains moments, avec une thymie abaissée, puis se montrer animé à d'autres, affichant des traits d'humour.

Dans un avis médical du 27 mai 2013, le Dr H._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé que si la réalité d'une atteinte psychique apparaissait plausible, force était de constater que la réalité du diagnostic de trouble délirant interpellait quant aux possibilités de l'assuré de suivre des mesures de réinsertion. La mise en place d'une telle mesure à 50 % était néanmoins suggérée.

Dans un rapport complémentaire du 5 septembre 2013, le Dr K._____ a confirmé ses précédents diagnostics et considéré que la situation de l'assuré n'avait pas changé depuis son rapport de mai 2012, étant précisé que le patient n'avait pas de suivi régulier (une seule nouvelle consultation ayant eu lieu, en août 2013) et se contentait de venir au coup par coup pour des problèmes ponctuels ou renouveler ses ordonnances médicales. Le Dr K._____ a également estimé que l'incapacité de travail relevait avant tout d'un problème d'ordre psychiatrique.

Par communication du 30 septembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de réinsertion sous la forme d'un « *entraînement à l'endurance* » au sein de la société E._____ Sàrl, avec pour objectif d'augmenter son temps de présence de 2 à 4 heures par jour durant 4 jours par semaine en l'espace de trois mois, du 14 octobre 2013 au 17 janvier 2014.

Par rapport du 18 novembre 2013, la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à l'association U._____, et le psychologue O._____ ont posé les diagnostics de trouble anxieux sans précision (F41.9 CIM-10) et de trouble délirant (F22 CIM-10). Ils ont indiqué que l'état du patient était resté stationnaire, voire s'était aggravé suite au décès d'un membre de sa famille proche intervenu en 2012. Ils ont évalué la capacité de travail à 20-30 % depuis mi-juillet 2013 environ, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Au niveau des

limitations fonctionnelles, ils ont relevé la présence d'angoisses exprimées par des difficultés respiratoires, de fatigue, d'insomnies et de cauchemars ; l'intéressé était en outre persuadé d'avoir une pathologie physique et avait peur d'être contaminé en relation avec des sensations d'odeurs qui l'empêcheraient de respirer (dans les magasins, les restaurants, etc.).

La mesure de réinsertion mise en place par l'OAI a été levée au 31 décembre 2013. A ce sujet, il ressort en substance du formulaire d'évaluation établi le 17 décembre 2013 par E. _____ Sàrl que l'assuré s'était donné beaucoup de peine pour entrer dans la mesure, malgré ses difficultés physiques et psychiques bien présentes et sa très faible résistance au stress, mais que devant le peu de progression constaté dans l'amélioration de son état physique et psychique, ainsi que devant son incapacité à pouvoir augmenter son temps de présence, il avait été décidé de mettre fin à la mesure de manière unanime. Il résulte en outre du rapport final rédigé le 18 décembre 2013 que les responsables de E. _____ Sàrl n'avaient pas remarqué d'amélioration de l'état psychique de l'assuré au cours de la mesure entreprise, mais avaient observé chez lui une grande fatigabilité, une participation très variable à l'atelier psycho-corporel en fonction de son état psychique, des problèmes d'équilibre, ainsi que de bonnes capacités cognitives ; il était précisé que ses angoisses, sa fatigue, son mal-être et son découragement ne lui avaient pas permis de prendre une part active à l'ensemble des activités.

Dans un avis du 20 mars 2014, le Dr G. _____, du SMR, a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique compte tenu de la fluctuation des diagnostics psychiatriques posés, en particulier la présence de trouble délirant (F22 CIM-10) qui avait tout de même permis à l'assuré de mener une mesure de réinsertion sans qu'il soit détecté.

Par communication du 29 août 2014, l'OAI a averti l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et l'a invité à lui

transmettre ses éventuelles questions à l'attention de l'expert dans un délai de dix jours. Dans le cadre de cette communication, l'OAI a également rappelé à l'assuré son obligation de collaborer, ainsi que les conséquences d'un manque de coopération non excusable.

Par courrier du 27 novembre 2014, le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a convoqué l'assuré pour un entretien d'expertise le 18 décembre suivant.

L'assuré ne s'étant pas manifesté, le Dr M. _____ l'a relancé par courrier du 10 décembre 2014 en le priant de lui confirmer immédiatement sa venue à la date prévue. Il a également averti l'OAI par courrier séparé du même jour.

Par courrier recommandé du 15 décembre 2014, l'OAI a sommé l'assuré d'agir en ces termes :

« Nous vous ordonnons de prendre contact avec le Docteur M. _____ à [...] au [...] pour confirmer le rendez-vous prévu au 18.12.2014 quant à l'expertise et de coopérer activement lors des examens. En effet, nous nous référons à son courrier du 27 novembre 2014 pour la convocation du 18.12.2014 à laquelle vous n'avez pas réagi. Vous avez reçu un rappel le 10 dernier.

Si vous ne vous annoncez pas, nous prendrons notre décision sur la base de votre dossier. Vous devrez alors vous attendre à ce que votre demande soit rejetée. ».

L'assuré s'est présenté au rendez-vous fixé le 18 décembre 2014.

Le Dr M. _____ a rendu son rapport d'expertise le 23 janvier 2015, observant notamment ce qui suit :

" VI. Sources d'informations extérieures :

1. Analyses sanguines :

A la fin de l'examen, nous avons expliqué à l'assuré la nécessité d'une prise de sang. La décharge lui a été traduite et il l'a signée.

M. X. _____ a ensuite reçu des instructions de se rendre à un laboratoire, ceci en lui donnant un plan détaillé du laboratoire et

instruction de s'y rendre directement après. Là aussi, toutes ces instructions ont été traduites.

Nous avons appris par la suite que l'assuré ne s'est pas présenté au laboratoire. Il nous a dit au téléphone avoir « *perdu l'ordonnance* ».

2. Tentative de contact avec le psychiatre traitant (Dr C. _____) :
Nous avons fait plusieurs tentatives pour joindre le psychiatre traitant. A chaque contact avec le secrétariat du Centre Y. _____, nous avons laissé notre message et notre téléphone direct. Malheureusement, le médecin n'a pas pris contact une seule fois avec l'expert.

VII Discussion :

[...]

La situation pour laquelle vous avez donné mandat d'examen concerne un homme de maintenant 47 ans pour lequel il existe une problématique physique et psychique diffuse depuis plusieurs années.

M. X. _____ est issu du Kosovo, où il y a eu pour sa famille d'origine la particularité que son père aurait quitté ses enfants et son épouse très précocement. L'assuré a grandi avec ses 3 frères et sa mère, il a fait une scolarité obligatoire et post-obligatoire de gymnase. Il n'a pas eu de diplôme car l'école a fermé ses portes et l'assuré a fait son service militaire. Il a travaillé par la suite dans la construction en Slovaquie.

Selon ses dires, il est venu en Suisse avec le but déclaré de se faire aider pour son problème de stérilité, diagnostiqué auparavant dans son pays. M. X. _____ est marié depuis 1992 à une compatriote, il n'y a jamais eu de grossesse. Dans le dossier se trouve la notion d'une stérilité des deux côtés, mais c'est M. X. _____ qui a concrètement pris l'initiative de clarification diagnostique. Effectivement, dans les années où il est arrivé en Suisse (entre 1999 et 2002), des recherches ont été effectuées et une stérilité primaire de son côté affirmée. L'assuré se dit depuis ce moment inconsolable, incapable de faire le deuil sur sa non-procréation et il argumente celle-ci jusqu'à ce jour comme un élément pour son incapacité de travail.

En dehors de cela, M. X. _____ est faiblement adapté aux conditions de notre pays, il a appris un peu le français, il a travaillé dans la restauration, en tant que peintre en bâtiment et jardinier. Il existe subjectivement pour ces 3 domaines professionnels la description de développement d'allergies multiples qui auraient conduit à de nombreuses consultations, une hospitalisation au Centre hospitalier P. _____ à [...]. Des limitations fonctionnelles auraient été constatées.

Dans le dossier médical, se trouve seulement une petite partie de ces notions, ce qui contraste assez fortement avec le tableau très dramatique amené par l'expertisé. Par ailleurs, les annonces à l'invalidité évoquent chaque fois cette problématique qui est associée à des difficultés respiratoires. Encore lors de notre examen, cette partie était très centrale. Il est donc éventuellement

nécessaire de compléter les instructions par une appréciation extérieure et spécialisée.

En ce qui concerne le psychisme, il y a dans le dossier des notions fluctuantes de « probable état dépressif », d'un suivi dans l'organisme U._____, médication qui aurait partiellement aidé. En même temps il n'y a jamais eu de suivi continu, l'assuré a interrompu par exemple les consultations chez U._____ et il n'y a pas eu de constats concernant la prescription médicamenteuse. Même les rapports spécifiques (U._____) sont assez peu clairs, il n'y a pas de véritable statut psychiatrique et les notions fluctuent entre état dépressif moyen, troubles anxieux et évocation d'un trouble délirant. Selon les explications de M. X._____, cette dernière notion est liée au fait qu'il croit souvent qu'il y a une personne derrière lui, mais lorsqu'il se tourne, il n'y a personne, seulement de l'ombre. Il n'a pas pu mentionner d'autres manifestations. Apparemment ceci a donc été interprété au sens de troubles délirants. Là aussi il n'y a jamais eu vérification si une médication antipsychotique introduite a été prise ou/et a eu un effet sur la symptomatologie.

De même lors de notre examen, ceci n'a pas pu être effectué. Nous avons programmé un monitoring médicamenteux précis et donné des instructions claires à l'assuré, celles-ci traduites en détails par l'interprète présent. M. X._____ était donc bien au courant de ce qu'il devait faire. Il ne s'est pas présenté au laboratoire.

L'ensemble de l'examen était très problématique et sous le signe d'une collaboration insuffisante. M. X._____ n'a pas réagi à la première convocation, et lorsqu'il est venu après sommation, il était très mécontent et peu enclin à donner des informations. Il s'est exprimé d'une manière raccourcie, sans donner beaucoup de détails, souvent sans répondre précisément aux questions, évasif et souvent contradictoire. A un moment donné, lorsque nous avons insisté pour comprendre un peu plus son fonctionnement, il s'est mis dans une colère d'une telle intensité que l'interprète professionnel, pourtant habitué à des situations difficiles, a pris peur. Monsieur X._____ voulait quitter la pièce, mais il a pu, avec un appel à se calmer, continuer encore un temps. Néanmoins, de l'ensemble est ressorti une partie très caractéristique et une mixité d'émotions en trois parties :

- un côté déprimé, abattu, « à bout »,
- variations colériques régulières, et
- des expressions dysphoriques avec toute l'ampleur de ses insatisfactions, ennui, difficultés financières, déception et mécontentement.

Il a évoqué lui-même toute une panoplie d'éléments qui le tirent en bas depuis longtemps et qui sont à l'origine de l'état négatif :

- impossibilité de faire le deuil sur sa stérilité,
- éloignement dans la relation de couple (mais où des relations intimes existent toujours, même si elles sont occasionnelles),
- non-acceptation par l'assurance chômage,
- difficultés avec les services sociaux,
- réduction de son réseau d'amis (mais pas de coupure totale),

- rejet de son frère cadet avec un évènement marquant en 2014 : l'assuré s'est présenté chez sa mère à la maison familiale au Kosovo et son frère cadet l'a fait partir,
- difficultés de renouvellement du permis B.

Tout ceci a conduit à une sorte d'accentuation de son mal-être global (expression qu'il utilise le plus souvent), une situation où il est plus qu'avant « coincé », mais qui n'est pas à confondre avec un état dépressif clinique. Il est clair que cette mixité d'émotions est difficile à saisir et invite facilement à l'attribuer à l'entité « dépression ». De plus, chez M. X. _____, avec ses montées colériques, le tableau dépasse en expression et intensité la simple notion de dysphorie. Il y a aussi des éléments qui évoquent un tableau du type état dépressif agité. L'échelle MADRS par exemple était significative, mais elle était influencée par la partie subjective et de démonstration. De même le périmètre d'ouverture pour la vie sociale a été décrit comme diminué, mais ceci est, au moins en partie, conditionné par le comportemental.

Il y a présence de beaucoup d'éléments situationnels, contextuels et caractériels, ceux-ci très accentués par la colère et le comportement de l'assuré en examen. Il n'est de loin pas toujours comme ça, comme l'ont bien montré les compte-rendu et stages d'insertion aux ateliers « E. _____ Sàrl ». Il a pu ici s'intégrer, participer aux différentes activités proposées et même parfois étonner en positif son entourage.

Si l'on voulait mettre la partie « détresse » tout de même dans la terminologie « dépression » (comme cela a été partiellement fait), il est à remarquer que l'assuré est non observant à certaines prescriptions thérapeutiques. Il existe donc théoriquement un potentiel de l'aider pour cette partie. Mais, encore une fois, il ne s'agit ici pas en première ligne d'une question de médicaments, mais d'une fixation mentale-caractérielle de l'expertisé qui pense ne pas pouvoir travailler pour des raisons d'allergies, qui est convaincu que le corps médical aurait confirmé son atteinte, qui est menacé de retourner dans son pays et qui ne se projette dans aucun avenir professionnel.

VIII. Diagnostic et conclusions :

D'une manière inhabituelle, on ne peut dans cette situation établir aucun diagnostic psychiatrique habituel bien défini. Il s'agit essentiellement d'un :

Mal-être psycho-social majeur avec des défenses caractérielles massives dans un contexte social contraignant.

Bien sûr il y a des éléments que l'on pourrait aussi circonscrire avec des termes diagnostiques psychiatriques, comme par exemple dysphorie, anxiété, accentuation de certains traits de personnalité, accentuation aussi de symptômes et un grand nombre de termes du chapitre Z : difficultés liées à l'emploi et au chômage, aux conditions économiques, à l'environnement social, acculturation, conflits de couple, rejet familial, menace de renvoi, et autres points.

Nous avons déjà ci-dessus établi la liste de ces facteurs extra-médicaux qui sont dans l'ensemble très dominants par rapport aux

éléments psychiatriques. Mais après pondération des éléments, il n'y a pour notre domaine aucune incapacité de travail de principe à retenir, ni diminution de rendement. C'est avec des moyens non médicaux que le mal-être psycho-social devrait être résolu.

[...]"

En définitive, l'expert a conclu qu'il n'existait aucun diagnostic psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, étant précisé que le diagnostic retenu de « *mal-être psychosocial majeur avec des défenses caractérielles massives dans un contexte social contraignant* » était sans influence dans ce cadre. L'expert a également indiqué que sur le plan psychique, mental et social, il notait surtout des autolimitations. Il a ainsi estimé que, sous l'angle psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré était entière et exigible depuis toujours dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, et que l'expertisé était théoriquement capable de s'adapter à un environnement professionnel. Cela étant, selon l'expert, des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables compte tenu de la fixation de l'assuré sur son invalidité subjective.

Dans un rapport SMR du 9 février 2015 se fondant essentiellement sur l'expertise du Dr M._____, le Dr H._____ a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 100% dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, faute d'atteinte à la santé durable. Il a souligné, sur le plan psychiatrique, que le status clinique n'avait objectivé aucun trouble délirant. Sur le plan somatique, il a relevé qu'une gêne pharyngée multi investiguée d'origine indéterminée avait finalement été considérée comme psychosomatique dans plusieurs rapports.

Par projet de décision du 17 février 2015, l'OAI a averti l'assuré de son intention de lui nier tout droit à des prestations de l'AI.

Par courrier de son mandataire du 19 mars 2015, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, se référant notamment à un compte-rendu établi le 7 avril [recte : mars] 2015 par le Dr C._____. Aux termes de cet

avis, ce spécialiste exposait qu'en sa qualité de psychiatre traitant depuis 2013, il était un peu étonné du diagnostic posé le Dr M._____, soulignant que la consultation n'aurait - aux dires du patient - duré que vingt minute et que l'on ne pouvait pas poser de diagnostic objectif sur la base d'un seul entretien avec un interprète, sans investigation, et surtout si le patient se montrait peu collaborant. Il précisait également que l'assuré était suivi depuis 2009 et avait été vu par plusieurs médecins psychiatres, ainsi que par plusieurs psychologues, qui avaient tous diagnostiqué un trouble délirant persistant et un trouble dépressif récurrent. Pour le Dr C._____, le Dr M._____ avait ainsi posé son diagnostic et ses conclusions de manière hâtive.

Par avis médical du 1^{er} juin 2015, les Drs H._____ et N._____, du SMR, ont estimé en substance que même si le Dr C._____ attestait l'existence de diagnostics existant depuis 2009 au moins, il ne semblait pas possible que le Dr M._____ ne les ait pas vus compte tenu des assertions des troubles, en particulier le délire persistant, et accessoirement la récurrence de la dépression qui sous-entendrait plusieurs épisodes antérieurs. Les affirmations du Dr C._____ se basant sur un trouble délirant persistant et dépressif récurrent évoluant depuis 2009 n'apparaissaient donc ni plausibles ni convaincantes en l'état, au vu de tout le dossier et de l'expertise psychiatrique du Dr M._____.

Par décision du 15 juin 2015, l'OAI a confirmé son projet du 17 février précédent. Aux termes d'une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a considéré en particulier que l'avis du Dr C._____ ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr M._____.

B. Par acte de son mandataire du 15 juillet 2015, X._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à titre préalable à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur le plan psychiatrique et, sur le fond, à la réforme de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir d'une date fixée à dire de justice. Il demande

également le bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, le recourant conteste l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr M._____. Il allègue notamment s'être fait insulter par l'expert lorsqu'il lui a téléphoné après s'être rendu compte qu'il avait perdu une ordonnance remise pour faire une prise de sang. Plus particulièrement, le recourant fait valoir que l'expertise du Dr M._____ ne se fonde pas sur un examen complet. Il en veut pour preuve que l'expert évoque dans son rapport (p. 17) un « *examen très problématique et sous le signe d'une collaboration insuffisante* » et conclut (p. 18) que « *de manière inhabituelle, on ne peut dans cette situation établir un diagnostic habituel bien défini* », alors même que ses médecins traitants actuels ou passés ont parlé de « *trouble délirant persistant et trouble dépressif récurrent* ». Le recourant estime par conséquent qu'une expertise judiciaire s'impose.

Par décision du 16 juillet 2015, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 9 juillet 2015 et désigné Me Jean-Marie Agier en qualité d'avocat d'office. Me Agier sera ultérieurement relevé de cette fonction le 24 mai 2016 et Me Karim Hichri désigné en remplacement.

Dans sa réponse du 7 septembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant pour l'essentiel que le rapport d'expertise du Dr M._____ satisfait aux conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical.

A teneur de sa réplique du 16 septembre 2015, le recourant maintient ses conclusions. Il soutient en particulier que l'OAI n'entend pas contester l'attitude « *incroyable* » de l'expert à son égard.

Dupliquant le 13 octobre 2015, l'OAI expose ne pas avoir voulu entrer en matière sur la question du comportement soi-disant insultant de l'expert, le recourant n'en tirant aucun argument sur le plan juridique. Cela étant, dans l'hypothèse improbable où ce comportement devrait s'être produit, l'intimé observe que le recourant aurait dû l'en informer

immédiatement, ce qui lui aurait permis de demander au Dr M._____ de se positionner.

Après consultation des parties, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Centre d'expertises du Département de psychiatrie du Centre hospitalier P._____, à [...]. Les Drs S._____ et P._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport d'expertise le 19 avril 2017. Il en ressort en substance ce qui suit :

"3. Status (signes cliniques observés par le ou les examinateur[s])

Nous avons réalisé les observations suivantes :

Monsieur X._____ se présente tendu, mais capable de collaborer à l'entretien une fois la méfiance initiale levée, cependant une anxiété diffuse reste présente et peut être ravivée selon le sujet abordé. Sa présentation vestimentaire est sans recherche, mais pas négligée.

Il est orienté aux quatre modes, avec quelques difficultés à se situer dans le temps. Sur le plan de la chronologie, il est approximatif et il doit réfléchir pour donner des dates (en années). Il ne s'est pas présenté le 23 septembre 2016 en disant qu'il avait oublié, bien que nous lui ayons donné oralement le rendez-vous deux jours avant. Suite à une nouvelle convocation, par courrier, il se présente.

Ses capacités d'attention et cognitives suffisent pour les besoins de l'entretien, mais on observe une fatigabilité. Monsieur X._____ la relie aux effets de sa médication et il nous explique qu'il aménage la prise de son traitement en fonction des rendez-vous qu'il a, de sorte qu'il ne soit pas trop sédaté lorsqu'il sait qu'il devra se concentrer. Il n'y a pas de troubles majeurs de la mémoire ou de la cognition, mais un émoussement des facultés d'attention est cliniquement présent.

La pensée est exprimée de manière assez claire, malgré l'obstacle que représente la langue française. Toutefois, malgré cette relative clarté, il y a des moments où il devient plus difficile de comprendre ce qu'il veut dire, surtout lorsqu'on aborde certains sujets en rapport avec son vécu intime et avec des sujets sensibles (en lien avec des traumatismes).

Il existe des troubles de la perception ainsi que du contenu de la pensée. Ces éléments nous sont suggérés par le dossier, Monsieur X._____ n'en parle pas spontanément. Il s'agit principalement du sentiment qu'il a d'être suivi, alors même que lorsqu'il se retourne il n'y a personne. Il affirme que cela dure depuis deux ans environ et nie que cela se soit produit auparavant, alors même que plus loin dans la discussion, Monsieur X._____ nous révèle que cela s'est sans doute produit bien avant. Lorsque nous parlons de son suivi à U._____ et de la thématique des traumatismes, il rapporte que lorsqu'il sortait des séances chez le psychologue M. A._____, ce

qui correspond au début de son suivi (dans les années 2000), il y avait toujours quelqu'un qui le suivait, selon lui pour s'assurer qu'il ne commettrait pas de geste suicidaire ; plus tard il aurait compris que Monsieur A. _____ était à l'initiative de ce « suivi ». Il évoque cela d'un air entendu et comme s'il s'agissait d'une sorte de secret sur lequel il faut rester discret. Pour lui cela était tout à fait réel et n'estime pas que cela ait pu être le fruit de son imagination. Tout comme il a pu lui arriver de voir l'image fugace de quelqu'un chez lui (« un monsieur avec une barbe blanche »), mais aussi dans la rue. Il rapporte un épisode, qui serait survenu vers 2015, alors qu'il marchait dans la rue, il voit une personne « en habits verts et les cheveux longs » le suivre, sans qu'il puisse voir le visage de cet homme. Après avoir tenté de lui échapper en le laissant passer devant lui sans succès, il se retourne souvent et finit par voir que son poursuivant s'est caché derrière un arbre. Il veut savoir qui c'est et il se met à courir pour le surprendre. Arrivé derrière l'arbre, il voit comment cette personne monte vers le ciel et disparaît dans les nuages, ce qui l'effraye beaucoup sur le moment. Il ne peut donner d'explications ou de sens à ces phénomènes, mais il indique que si cela lui était arrivé au Kosovo il mettrait cela sur le compte de la « magie », mais comme il sait qu'en Suisse « il n'y a pas de magie » et que de surcroît il ne croit pas en la magie, il ne peut que s'en prendre à lui et accepte de penser que cela vient de lui et que les médicaments ont une influence apaisante, qu'il constate, sur ces phénomènes. Pour autant, il tient visiblement à minimiser ce type de trouble et n'en parle qu'avec réticence, et sans en percevoir toute la dimension pathologique.

Le Docteur C. _____ nous confirme que cette perception délirante est présente depuis plusieurs années et qu'elle est plus ancienne que deux ans. Le traitement actuel est davantage efficace sur la symptomatologie.

Sur le plan des affects, on constate un rétrécissement de la gamme des affects qui semblent émoussés voire figés. Monsieur X. _____ évoluant en permanence dans une certaine morosité, il sait qu'il est souvent maussade avec les autres. Sa langueur lui cause un état de souffrance, d'intensité variable mais auquel il n'échappe que rarement (quand il va pêcher au bord du lac et qu'il n'y a personne autour de lui). Son élan vital est amoindri. Il a des états d'angoisse, il a pu penser au suicide mais sans passer à l'acte, mais il est persuadé que s'il devait se décider à mourir rien ne pourrait le retenir, il se précipiterait d'un pont. Ces angoisses sont liées à des situations particulières et à des stimuli olfactifs, qui les placent dans le registre de la phobie. On peut se demander dans quelle mesure il ne s'agit pas également de perceptions délirantes.

Il ne peut rester seul à la maison et se sent obligé de sortir pour échapper à une sensation d'oppression. Il se sait irritable, labile, fuyant les autres, il dit n'avoir qu'un seul ami, âgé de plus de 70 ans et qu'il considère un peu comme son père. Sa famille et ses connaissances du Kosovo lui disent qu'ils le trouvent changé, moins bien.

Sur le plan somatique, ses plaintes sont exposées sous le point 2.

Il faut enfin mentionner que Monsieur X._____ s'oppose à l'exploration des traumatismes subis en Yougoslavie, disant ne pas supporter d'en parler et là se manifeste une labilité des affects.

[...]

5. Appréciation diagnostique

5.1 Diagnostics et codes selon un système de classification reconnu

Le tableau clinique est fait d'une intrication de trois registres pathologiques, affectant la thymie, la sphère psychosomatique ainsi que des troubles en rapport avec des traumatismes anciens.

Les diagnostics énumérés ci-dessous représentent l'état pathologique actuel de l'intéressé et évoluent comme tels depuis au moins 2009, après une phase vraisemblablement prodromale évoluant au moins depuis son arrivée en Suisse en 1999.

Nous retenons trois diagnostics principaux :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ;
- Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec origine des symptômes sur le système respiratoire (F45.33) ;
- Troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F 43.25) ;

Et un diagnostic secondaire :

- Trouble mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotique, syndrome de dépendance (F13.2).

5.2 Argumentation des diagnostics retenus

Les troubles psychiques observés cliniquement et recueillis par anamnèse chez Monsieur X._____ trouvent leur point de départ chronologique au moment de certains traumatismes : les plus importants étant sa participation à la guerre en Yougoslavie et l'annonce de sa stérilité. A cela s'ajoutent des difficultés d'adaptation à un nouveau pays, la Suisse, et le fait d'avoir été témoin du drame du [...] à [...], sans compter que la disparition de son père durant son enfance reste un point problématique tout comme les deuils précoces de ses deux sœurs, même si cela n'est pas spontanément reconnu. Ces traumatismes semblent avoir contribué à affecter les capacités relationnelles (familiales comme sociales), l'image de soi et l'équilibre psychique de Monsieur X._____.

Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11)

L'humeur est nettement dépressive, avec les caractéristiques suivantes : l'élan vital est diminué, les intérêts sociaux, familiaux et

de loisir sont rétrécis (il ne fréquente personne hormis sa femme et un ami, son loisir est la pêche au bord du lac).

Sa fatigabilité est importante, il existe une irritabilité voire des accès de colère, mais aussi des préoccupations hypocondriaques, des angoisses, une aboulie et une douleur morale.

Les capacités de concentration sont diminuées (la cohérence du propos est parfois mise à mal du fait d'un manque de continuité dans sa pensée), l'estime de soi est altérée (il se sent sans valeur, incapable de donner du sens à son existence) et l'avenir est envisagé de manière très pessimiste et centrée sur la finitude de sa vie : il n'a plus de projet sinon de vivre au jour le jour, son estime de soi est basse, des idées suicidaires sont rares et chassées de son esprit, mais il admet que le risque d'un acte suicidaire existe de manière latente chez lui.

Il existe des attitudes phobiques sociales qui paraissent parfois prendre des proportions délirantes (difficulté à se retrouver dans la foule, sensibilité excessive aux odeurs) et il y a aussi des idées délirantes, non congruentes avec l'humeur, sur le thème d'être suivi, surveillé voire nargué par une présence pouvant faire l'objet, à certains moments, d'une représentation hallucinée visuellement, ce qui pourrait s'inscrire dans la dépression mais aussi résulter du processus post-traumatique.

Cet état existe, avec des fluctuations, depuis des années (début des années 2000) et est en partie soulagé par la médication, qui doit régulièrement être adaptée aux différentes poussées de la symptomatologie dépressive.

La gravité actuelle nous est parue moyenne, mais la présence de moments hallucinatoires et d'aggravation anamnétique de la dépression laisse entrevoir qu'il a eu des épisodes dépressifs sévères avec symptômes psychotiques au sens du chiffre F33.3 de la CIM-10.

Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec origine des symptômes sur le système respiratoire (F45.33)

Monsieur X. _____ présente de longue date, depuis plus de deux ans en tout cas, des plaintes somatiques diverses, dorsalgies, céphalées, mais surtout une concentration des plaintes sur le tractus ORL, reconnues d'origine essentiellement fonctionnelle après investigations et nous constatons la présence d'une toux durant les entretiens. Un état dépressif est habituel chez les sujets présentant des somatisations. Pour Monsieur X. _____, il n'y a pas de doute sur le fait que son système respiratoire est malade car il tousse et il est pris d'un besoin réitéré de se racler la gorge (hemmage). Il insiste pour dire qu'il est très malade, même s'il ne peut citer de diagnostics et malgré des investigations rassurantes, il rappelle qu'il a été opéré de la luette. Il y a aussi une hypersensibilité neurovégétative s'exprimant surtout dans la sphère olfactive, avec des réactions de dégoût voire de fuite quand il est confronté à certaines odeurs, en particulier en milieu industriel ou commercial.

La dimension psychosomatique, dominant à certains moments le tableau clinique et datant du début des années 2000, peut aussi s'entendre comme une manière d'exprimer un mal-être autrement indicible.

Monsieur X. _____ est convaincu quant à lui que ses problèmes viennent de ce qu'une stérilité a été diagnostiquée chez lui, on peut y entendre une rationalisation d'un malaise qu'il se refuse de relier à d'autres problématiques, tels les traumatismes dont il ne semble avoir jamais pu se défaire malgré des années de suivi.

Troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25)

Plusieurs facteurs de stress émaillent son parcours, à commencer par le départ, vécu comme une disparition, de son père durant son enfance, et pour lequel il n'a aucune réponse ; de plus les deuils de ses deux sœurs n'ont pu qu'avoir eu un retentissement négatif pour Monsieur X. _____ et son entourage familial.

La participation et le fait d'avoir été témoin d'actes de violence durant le conflit yougoslave l'ont fortement marqué et il est toujours très difficile à Monsieur X. _____ de s'exprimer à ce sujet tant il craint que d'en parler ne ravive des pensées angoissantes ou [...] des cauchemars. A noter que c'est la souffrance d'enfants victimes qui paraît l'avoir le plus affecté, c'est tout ce qu'il peut nous en rapporter, en quelques mots. Il est possible que ces événements aient suscité un véritable état de stress post-traumatique au sens du chiffre F43.1 de la CIM-10, mais cet état semble avoir évolué au fil du temps, sans évolution vers un trouble de personnalité post-traumatique.

Un autre traumatisme important fut l'annonce de sa stérilité (en 2001), qui l'a bouleversé : il s'est senti privé d'une dimension essentielle de ce qu'il se représente comme son identité d'homme : devenir père et prolonger sa lignée. Il s'efforce de se résigner à cet état de fait, tout en réfléchissant aux moyens de le contourner comme en adoptant un enfant. La charge négative de cette stérilité vécue comme un mauvais coup du sort continue d'être importante au vu des émotions mobilisées quand il en parle.

La vision de la voiture fauchant des passants sur le [...] de [...] en [...] l'a également marqué, en tant que témoin impuissant de cette tragédie. Sans compter que l'immigration en Suisse a représenté un passage difficile en termes d'adaptation.

On retrouve chez Monsieur X. _____ une altération progressive et de plus en plus envahissante, depuis plusieurs années, du comportement quotidien, de son humeur et de ses capacités à faire face aux aléas du quotidien tant familial que professionnel, restreignant ses capacités relationnelles jusqu'au reliquat étriqué actuel.

Concernant la dépendance aux benzodiazépines, elle existe depuis plusieurs années et Monsieur X. _____ n'en a pas pleinement conscience, car il ne veut voir que l'effet apaisant de la médication, mais il suffit qu'il ne les prenne pas une journée, pour être envahi

d'angoisses. De plus, cette dépendance fait chronologiquement suite à une consommation d'alcool aux allures de dépendance et il existe une addiction à la nicotine très précoce et toujours d'actualité. Toutefois le Docteur Z. _____ nous indique que Monsieur X. _____ n'a jamais réclamé d'augmentation de doses et ne s'est jamais montré insistant pour cette prescription, ce qui relativise quelque peu la sévérité de la dépendance.

Le tableau clinique comprend également des manifestations de nature hallucinatoire, de type essentiellement visuel, mais sans doute aussi olfactif, évoluant sur un registre de persécution diffuse. Monsieur X. _____ n'élabore pas de construction délirante, mais un délire est présent quoique rudimentaire, puisqu'il relie certains épisodes à un thérapeute d'U. _____, ce qui fait remonter le début des troubles à une date indéterminée mais durant la première décennie de ce siècle. La dimension psychotique du tableau n'est pas étrangère à la constance avec laquelle Monsieur X. _____ s'isole et l'étrangeté de ses plaintes quant aux odeurs et à ses sensations d'intense malaise pour ne pas dire de persécution quand il est en présence de la foule. La dimension figée, depuis des années, du tableau, va aussi dans le sens d'une pathologie mentale altérant les fondements de sa personnalité. De plus, il rapporte une amélioration relative sous deux antipsychotiques et depuis l'arrêt de l'antidépresseur, il va aussi dans le sens d'une pathologie psychotique prévalente. Un diagnostic de trouble schizo-affectif pourrait rendre compte de ce tableau, mais la relative ténuité et le caractère vraisemblablement intermittent des signes psychotiques par rapport aux signes thymiques et psychosomatiques nous font placer ce diagnostic dans la catégorie diagnostic différentiel.

Ces diagnostics peuvent être discutés quant à leur sévérité ou déployés dans d'autres catégories, raison pour laquelle nous proposons comme envisageable les diagnostics différentiels qui suivent, bien que nous ne les retenions pas.

5.3 Diagnostics différentiels pour les diagnostics retenus

La variété des signes cliniques légitime la discussion de plus d'un diagnostic différentiel, dont certains ont déjà été discutés.

- Trouble somatoforme indifférencié (F45.1) ;
- Etat de stress post-traumatique (F43.1) ;
- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) ;
- Trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1) ;
- Agoraphobie (F40.0) et phobies spécifiques (F40.2).

5.4 Discussion des éventuels autres diagnostics résultant des pièces du dossier, s'il y a lieu

Plusieurs diagnostics différents ont été émis tout au long du parcours médical de Monsieur X. _____, ce que nous interprétons comme le reflet de la difficulté à décrire et comprendre sa problématique et comme le reflet d'une évolutivité d'un tableau complexe au fil des années. Néanmoins tous ces diagnostics ont des points communs et tendent à indiquer que la liberté et les capacités de Monsieur X. _____ ont été évaluées comme entravées par un ou

des processus pathologiques, d'ordre psychique essentiellement, mais aussi d'ordre somatique.

Le diagnostic de l'expertise du Docteur M. _____ est de dire qu'on ne peut « établir aucun diagnostic psychiatrique habituel bien défini » (p. 18) et conclut qu'il s'agit là d'un « mal-être psycho-social majeur avec des défenses caractérielles massives dans un contexte social contraignant » (p. 18). Cette description s'applique certes à Monsieur X. _____, mais il est certain que ce mal-être est la conséquence de troubles mentaux sévères. Le contexte « social » contraignant est en fait, selon notre examen, d'abord un contexte « psychique » contraignant, celui d'une psyché largement entravée dans son fonctionnement normal et de longue date.

Monsieur X. _____ n'a pas le bagage socio-éducatif pour nommer ce qu'il ressent, authentiquement, comme « un mal-être psycho-social majeur » autrement que de manière approximative et en utilisant, pas toujours de manière adaptée, le vocabulaire médical, il pense pouvoir se justifier socialement en insistant sur les dysfonctionnements de son corps et du fait que ses ressources psychiques sont largement altérées par la maladie mentale, il recourt à des formes d'agressivité quand il ne sait pas autrement faire face à des pressions, exigences ou questions de l'environnement.

La gravité et surtout la chronicité du tableau psychiatrique ne nous paraissent pas pouvoir être résumées par des « défenses caractérielles massives », surtout qu'avant son arrivée en Suisse, Monsieur X. _____ déclare avoir pu travailler régulièrement sans que sa santé n'entrave ses capacités. En effet, les traits caractériels se manifestent en général assez tôt chez l'adulte et rarement passé la trentaine. Ces traits caractériels que relève le Docteur M. _____ nous paraissent être à la fois la conséquence de l'action des processus pathologiques à l'œuvre dans sa psyché mais ils peuvent aussi être considérés comme des tentatives d'adaptation, de réaction aux processus qui délitent la cohérence de ses fonctions psychiques, d'autant que cela dure depuis plusieurs années et que Monsieur X. _____ doit depuis ce temps composer avec ses symptômes.

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu des diagnostics retenus ou y a-t-il des atypies ?

Le tableau clinique est complexe mais cohérent avec les diagnostics retenus, en tenant compte du fait que c'est un tableau où participent plusieurs registres pathologiques. Il y a une dimension ethno-psychiatrique à considérer. Le diagnostic a longtemps erré, du fait de ses complexités et de la difficulté pour Monsieur X. _____ à communiquer en français mais aussi à reconnaître sinon admettre toute l'étendue de ses troubles.

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour les diagnostics retenus ?

Il s'agit dans tous les cas d'une évolution chronique, avec des fluctuations en termes d'intensité symptomatique, sans qu'on observe de véritable intervalle libre, ou sinon dans des durées relativement brèves et dans un contexte favorable.

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de l'assuré, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de l'assuré ?

Il n'y a pas de discordances entre les limitations alléguées et celles constatées, en particulier lors de l'évaluation de la mesure de réadaptation qui s'est déroulée en 2013. Ce qui a été évalué en 2013 nous paraît concorder en tout point avec le constat que nous avons dressé lors des examens de Monsieur X. _____.

6.4 Est-ce que l'intéressé s'est engagé ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-il que peu ou pas de demande de soins ?

Monsieur X. _____ est engagé dans des soins depuis son arrivée en Suisse et que ce soit auprès d'un généraliste ou d'un psychiatre/psychothérapeute, sans qu'il y ait eu de rupture ou d'abstinence significative dans le suivi. Le fait que sa collaboration ait parfois été aléatoire peut se comprendre en rapport avec sa pathologie mentale, qui altère les capacités d'organisation de celui qui est en porteur, mais il y a aussi eu, dans ce que Monsieur X. _____ nous rapporte du psychologue qui le suivait à U. _____, des idées délirantes de persécution qui ont pu être attribuées à ce thérapeute et peut-être à d'autres, ce qui a compliqué la prise en charge à certains moments comme nous l'a indiqué le Dr C. _____. L'observance médicamenteuse peut être aléatoire. Le fait que Monsieur X. _____ soit plutôt satisfait de son traitement contribue à dire qu'il est plutôt observant. Il y a une demande de soins, même si Monsieur X. _____ n'a pas une conscience nette de la nature de sa pathologie.

7. Personnalité

7.1 Est-ce que l'assuré présente un trouble de personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel, quel code ?

La personnalité de Monsieur X. _____ nous paraît affectée dans son fonctionnement, même si nous ne retenons pas de trouble de la personnalité constitué, au sens de la CIM-10. Nous ne retenons pas de trouble de la personnalité car jusqu'à l'âge de 30 ans passés, Monsieur X. _____ n'avait, selon son anamnèse, aucun trouble et menait une vie ordinaire en travaillant : en effet les troubles de la personnalité apparaissent en général à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

7.2 Est-ce que l'assuré présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

Question sans objet, cf. réponse à la question 7.1.

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne en cause ?

Question sans objet, cf. réponse à la question 7.1.

7.4 L'assuré se montre-t-il authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

L'assuré nous paraît authentique. Il a certes un besoin d'être reconnu dans sa souffrance, ce qui peut l'amener à insister sur certains symptômes en particulier ceux du registre psychosomatique. Soulignons également que Monsieur X. _____ paraît minimiser la durée et peut-être aussi l'ampleur de certains symptômes psychotiques : il nous assure qu'ils ne sont présents que depuis deux-trois ans, mais un appel au Docteur C. _____ et les indications de Monsieur X. _____ qu'il était « suivi » après ses consultations à U. _____ quasiment depuis le début nous indique[nt] clairement que ces symptômes étaient présents depuis probablement les premières années de son arrivée en Suisse. Cela est un bon indice du caractère authentique de son discours puisqu'il tend à minimiser des symptômes qui parlent en faveur d'un grave trouble mental.

8. Ressources

Quelles sont les ressources résiduelles de l'assuré sur les plans

a) psychique

La symptomatologie d'intensité fluctuante mais continue dont il souffre laisse peu de place à ses capacités à faire face aux situations complexes et aux conflits, il y a une érosion des capacités cognitives et volitives. Tout stress, même d'intensité minime, peut affecter ses ressources psychiques par une majoration des symptômes. Sa résistance à la frustration est faible.

b) mental

Monsieur X. _____ paraît résigné à vivre dans l'espace réduit que lui permettent ses troubles, tout en restant frustré de ne pouvoir s'inscrire dans une vie sociale ou professionnelle qui lui permettrait une reconnaissance de sa place en société. Ses ressources résiduelles lui permettent tout juste une vie de couple non dépourvues de tensions, de pouvoir entretenir des relations avec un unique ami et de s'adonner à la promenade et à la pêche, activités toutes deux hypostimulantes.

c) social

La vie sociale de l'intéressé est pauvre, il ne se sent bien que dans la solitude et dans la nature (pêche au bord du lac) et son cercle d'amis a disparu au fil du temps, n'ayant plus qu'un seul ami proche.

B. APPRÉCIATION DU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE DES ASSURANCES

1. Caractère incapacitant ou non des diagnostics retenus

1.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ;
- Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec origine des symptômes sur le système respiratoires (F45.33) ;
- Troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F 43.25).

1.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Trouble mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotique, syndrome de dépendance (F13.2), mais sa capacité de travail serait temporairement altéré s'il se retrouvait inopinément en situation de sevrage.

1.3 Interactions des diagnostics : analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale du ou des expert(s)

Nous reprenons la discussion en 5.2 et 6.1 et nous voulons souligner que la cohérence des diagnostics pourrait se trouver dans une étiologie traumatique commune, mais faite de plusieurs traumatismes de nature et de temporalité différentes, qui ont au fil des années ébranlé l'équilibre psychique de Monsieur X._____, en s'exprimant par des ensembles de symptômes se regroupant autour des trois diagnostics retenus. Chacun de ces diagnostics implique des symptômes dont certains sont communs à l'entité diagnostique voisine, sans compter que certains symptômes sont communs aux trois entités, tels l'anxiété, l'asthénie ou l'irritabilité.

2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées

2.1 Au plan psychique et mental

Le trouble dépressif affecte le dynamisme psychomoteur de Monsieur X._____, tant sur le plan moteur (ralentissement, aboulie) que sur le plan psychique (pensée ralentie, concentration et attention diminuées, perte de l'envie de faire, surtout de faire des choses nouvelles, sentiment d'impuissance et de découragement, sentiment de désespoir altérant l'investissement dans une activité quelconque sauf celles stéréotypées de la promenade au bord du lac et de la pêche).

Le dysfonctionnement somatoforme est fait de sensations algiques ou de gênes (du fonctionnement de la sphère ORL ces derniers temps), altérant les capacités de concentration de Monsieur X._____ sur des objets extérieurs à lui, des tâches à effectuer ou à

organiser. De plus son hypersensibilité olfactive l'éloigne de lieux de travail avec des produits odorants et de la vie sociale urbaine ordinaire.

2.2 Au plan social

Le trouble de l'adaptation, mais aussi les deux premiers diagnostics, altèrent nettement le fonctionnement social et exacerbent la sensibilité à divers stress de la vie courante, aux aléas et aux frustrations, qui peuvent déclencher des réactions caractérielles inappropriées. Monsieur X. _____ s'en retrouve à vivre au jour le jour et en évitant les contacts.

3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici

3.1 Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Les atteintes décrites ci-dessus l'ont rendu progressivement de plus en plus inapte aux exigences du travail en altérant ses capacités de volition, de pensée, son comportement, la stabilité de sa thymie, ses aptitudes à communiquer et à réagir de manière adaptée à des situations imprévisibles.

3.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles)

Les ressources résiduelles sont celles de se rendre à des rendez-vous (mais avec des oublis possibles) et d'honorer son suivi médical et psychiatrique. Il ne nous paraît pas réaliste d'en exiger davantage, en particulier en termes de tâches précises et/ou répétitives.

3.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour), diminution de rendement incluse ?

Les activités que Monsieur X. _____ a exercées jusqu'en 2009 ne nous paraissent pas pouvoir être reprises. Il n'y a plus qu'un faible rendement à attendre de Monsieur X. _____, de plus ce rendement sera soumis aux aléas des fluctuations de son état psychique.

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

C'est à partir de l'année 2009 que Monsieur X. _____ n'arrive plus à rester sur le marché du travail et au vu des informations médicales récoltées, cette année peut être retenue comme le début de l'incapacité de travail (de 20% au moins).

3.5 Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ?

L'incapacité de travail est totale.

4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

En d'autres termes, au cas où les atteintes présentées par l'assuré engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, peut-il exercer d'autres activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles ?

Non, il ne paraît pas envisageable d'imaginer d'autres activités professionnelles compte tenu de la psychopathologie.

[...]

4.3 Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ?

Monsieur X._____ a fait preuve de capacités d'activités de plus en plus réduites, malgré plusieurs changements d'emploi, entre 1999 et 2009, jusqu'à ne plus pouvoir exercer d'activité (malgré quelques tentatives qui ont toutes échouées entre 2009 et 2011 semble-t-il).

4.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

La gravité des troubles psychiques complexes et chroniques dont souffre Monsieur X._____.

5. Mesures thérapeutiques

5.1. Description des traitements mis en œuvre, de leur déroulement et de leur résultat

Monsieur X._____ a bénéficié des traitements qu'il est possible de mettre en œuvre dans un contexte ambulatoire : psychothérapie et chimiothérapie, cela sur plusieurs années. Les traitements médicamenteux mis en œuvre ont été des anxiolytiques et somnifères, mais aussi des antidépresseurs et des antipsychotiques, tous indiqués au regard des différentes pathologies dont est affecté Monsieur X._____.

Le Docteur Z._____, son psychiatre actuel, lui prescrit le traitement suivant :

- Risperdal® 1 mg : 0 0 0.5, depuis 5-6 mois,
- Abilify® 15 mg : 0 0 1, depuis 5-6 mois,
- Temesta® 1 mg : 1 1 1 (pris depuis 2008),
- Stilnox 10 : 0 0 1,
- Paroxetine 20 : 0 0 1.

Il se peut que Monsieur X._____ ne soit pas parfaitement observant de toute sa médication, déjà conséquente quant aux nombres de comprimés à prendre et quant à la variété de molécules (sans compter les médications à visée somatique). Monsieur X._____ ne connaît pas bien l'indication de toutes les molécules, du fait de son faible bagage éducatif mais aussi du fait des difficultés d'attention liées à ses troubles. Et nous comprenons qu'en fonction de l'effet bénéfique et des effets indésirables ressentis, il

peut adapter de lui-même la prise de certains médicaments prescrits, ce dont le Docteur Z._____, son prescripteur, est conscient et ce qui représente un comportement plutôt courant dans la population des patients psychiques chroniques.

Il y a aussi eu des effets iatrogènes du traitement, comme la dépendance aux benzodiazépines.

5.2 Ces traitements étaient-ils adéquats au regard de la situation donnée ?

La médication comme la prise en charge psychothérapeutique nous paraissent avoir été et être toujours adaptées."

Se déterminant le 11 mai 2017 sur cette expertise, le recourant conclut à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2012.

Par acte du du 15 mai 2017, l'intimé propose de soumettre l'expertise judiciaire au Dr M._____, exposant à cet égard que le SMR a procédé à un examen des deux expertises et relevé plusieurs contradictions infirmant de manière convaincante les conclusions de l'expertise judiciaire. L'OAI se réfère plus particulièrement à un avis médical établi le 10 mai 2017 par le Dr H._____ (spécialiste en médecine du travail), dont on extrait ce qui suit :

"[...] L'assuré a été vu [...] 3 fois (21.09, 03.10, et 01.11.16), ce qui par rapport à l'expertise antérieure peut aussi s'apparenter à une période très courte (temps non répertorié), puisque reproché à la précédente expertise M._____ : de ce fait nous pouvons aussi douter des conclusions de cette expertise judiciaire de notre avis empathique avec des manquements illogiques, et des contradictions énormes qui font qu'elle ne peut être considérée comme convaincante. En effet :

A/ aucun monitoring médicamenteux n'a été pratiqué alors que l'assuré s'embrouille (p7) et alors que comme affirmé en p12, aucun test complémentaire n'a été demandé devant la gravité des diagnostics et la prise de neuroleptiques (ce qui n'est pas rien) ; ceci va à l'inverse du Dr M._____ qui matérialise ces tests en p12-15 tout en demandant un monitoring médicamenteux que l'assuré refuse : cf. expertise M._____, et la mauvaise foi de l'assuré (ordonnance perdue etc.), alors que l'assuré assure au Centre hospitalier P._____ que le traitement l'améliore. Le Centre hospitalier P._____ ayant lu l'expertise M._____ ne pouvait pas l'ignorer et il est constitutif d'un manquement par omission (assuré vu 3 fois en plus et à l'hôpital pour une prise de sang).

B/ la vie quotidienne n'est pas rapporté[e] : nous constatons tout de même que l'assuré aime se promener au bord du lac et va pêcher (p9), MÊME LA NUIT (p5 ex, M._____) alors qu'il rapporte des

visions avec l'impression d'être suivi, voire des idées persécutives, ce qui est profondément discordant et peu crédible de la part de l'expertise Centre hospitalier P._____. Il est rapporté même un isolement social de l'assuré alors que dans l'exp. M._____, il est mentionné des « connaissances albanaises » en p5 et il était même venu à la dernière expertise avec un ami. Par ailleurs, l'assuré avait eu besoin d'un interprète avec M._____ alors que dans l'expertise Centre hospitalier P._____ aucun : pour rappel dans l'exp. M._____ en p10, l'assuré affirmait parler très peu le français. Tout cela est illogique.

C/ malgré un traitement neuroleptique qui améliorerait les visions de l'assuré, ces allégations de visions restent complètement subjectives ; le Dr M._____ s'en explique d'ailleurs dans son expertise. Pour le Centre hospitalier P._____, le traitement l'améliorerait, et à l'inverse en p7 de l'exp. M._____, les médicaments ne lui feraient pas grand-chose. Tout cela est antinomique.

D/ il existerait par ailleurs des diagnostics graves que le Dr M._____ n'aurait pas vus et ils persisteraient depuis 2009 alors que selon l'anamnèse du Dr M._____ l'assur[é] aurait travaillé au moins jusqu'en 2013, contre max. 2011 pour le Centre hospitalier P._____ : cf. Cl.

E/ les diagnostics retenus sont : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) alors qu'il est surtout fait état d'une clinique délirante dans le status et que ce diagnostic du registre F22 n'est pas retenu comme incapacitant ; + autres p22. Le Centre hospitalier P._____ n'explique pas non plus la récurrence des épisodes dans le temps au vu du dossier. Il atteste simplement qu'il y aurait eu des symptômes psychotiques au sens du F33 et des épisodes antérieurs sans le démontrer chronologiquement. Plusieurs autres diagnostics différentiels énormes en p17 nous étonnent alors qu'un état de stress post traumatique dure au plus 12 mois et se transforme en modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), ce qui traduit un empilement illogique. Par comparaison la p3 de l'exp. M._____ ne relate pas d'expérience traumatisante, l'assuré a même fait son service militaire, et il est venu en Suisse après avoir été refoulé par les serbes quand il est revenu au Kosovo.

F/ en p18, des critères hors champ de la loi AI sont avancés : bagage socio-éducatif etc... cf.1/ et en p19 une dimension ethno-psychiatrique retenue par le Centre hospitalier P._____. Ils traduisent un parti pris d'empathie dans cette expertise. Pour rappel, le Dr M._____ ne les retenait pas, et en démontrait l'importance en p18.

G/ le positionnement du Centre hospitalier P._____ par rapport au Dr M._____ est litigieux invoquant la gravité et la chronicité du tableau, alors que notre confrère n'aurait rien vu, et que l'assuré avait continué à travailler après 2009 (voir Cl). Enfin, la cohérence en p19 est litigieuse dans la mesure où la vie quotidienne n'est pas décrite et que l'assuré serait engagé dans des soins depuis son arrivée en Suisse, et qu'il avait travaillé comme spécifié en p20, ce qui est contradictoire, y compris avec les Cl. On serait peut-être surpris par les relevés fiscaux des prestations médicamenteuses et des soins depuis son arrivée en Suisse. En effet, pour le Centre hospitalier P._____, l'IT remonterait à 2009, soit 8 ans avec 100%, et malgré la gravité des troubles allégués l'assuré n'a jamais été hospitalisé p27 et il aurait travaillé jusqu'en 2013.

Quelles suites proposer à la CASSO :

- 1/ notre avis peut être exploité, voire transmis afin que le juge puisse relever les contradictions entre M. _____ et le Centre hospitalier P. _____, la différence étant d'importance.
- 2/ le tribunal peut demander pourquoi ne pas avoir réalisé de monitoring et reprendre l'argumentation de A/.
- 3/ comment prouver objectivement le caractère subjectif des visions et pourquoi le diagnostic F20 n'est retenu ?
- 4/ le tribunal peut demander les relevés fiscaux y des frais médicamenteux de 2009 à ce jour.
- 5/ un contrôle des CI peut être mis à jour.
- 6/ il nous semblerait utile aussi que le Dr M. _____ donne son avis à la justice devant ce bouleversement diagnostic renversant d'après l'expertise Centre hospitalier P. _____.
- 7/ le Centre hospitalier P. _____ devrait se prononcer sur l'aptitude à la conduite de l'assuré vu son état, puisque sous Abilify etc... "

Par déterminations du 6 juin 2017, le recourant propose de soumettre l'avis médical du Dr H. _____ aux Drs S. _____ et P. _____ pour prise de position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer une rente d'invalidité au recourant, en l'absence d'atteintes invalidantes.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec

l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

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

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se base 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. En outre, les renseignements médicaux 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (cf. TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; cf. TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 et I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

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 (cf. ATF 125 V 350 consid. 3b/cc et les références).

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; cf. TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

4. a) En l'occurrence, sur le plan médical, la décision attaquée se fonde sur le rapport d'expertise que le Dr M. _____ a établi le 23 janvier 2015 et dont les conclusions ont été reprises par le SMR dans son rapport du 9 février 2015. Cette expertise ne retient aucune atteinte invalidante sur le plan psychiatrique, ce que le recourant conteste. En revanche, le recourant ne fait valoir aucun grief à l'encontre de l'évaluation faite par l'OAI de sa situation médicale sur le plan somatique, de sorte qu'il a lieu de considérer que la question n'est pas contestée. Il n'y a ainsi lieu de constater que le recourant ne présente pas d'atteinte physique invalidante comme l'indique le SMR dans son rapport du 9 février 2015.

b) Le recourant estime en substance que le Dr M. _____ n'a pas pu procéder à un examen complet de son cas faute de collaboration suffisante de sa part, ce qui expliquerait que les conclusions de cet expert, écartant tout diagnostic psychiatrique invalidant, ne soient pas en adéquation avec celles des psychiatres traitants ayant retenu un trouble délirant persistant et un trouble dépressif récurrent.

Comme l'a admis le Dr M. _____, l'ensemble de l'examen a été très problématique avec une collaboration insuffisante de l'assuré : *« Il [l'expertisé] s'est exprimé d'une manière raccourcie, sans donner beaucoup de détails, souvent sans répondre précisément aux questions, évasif et souvent contradictoire. A un moment donné, lorsque nous avons insisté pour comprendre un peu plus son fonctionnement, il s'est mis dans une colère d'une telle intensité que l'interprète professionnel, pourtant habitué à des situations difficiles, a pris peur »* (cf. rapport d'expertise du

23 janvier 2015 p. 17). De plus, l'expert n'est pas parvenu à joindre le psychiatre traitant et ne s'est pas déterminé sur les diagnostics posés par les médecins consultés. Le déroulement de l'examen a fait qu'une anamnèse complète n'a pas pu être donnée, que les plaintes de l'expertisé n'ont pas pu être prises en compte dans leur globalité et que l'expert a éprouvé des difficultés à poser un diagnostic (« *D'une manière inhabituelle, on ne peut dans cette situation établir aucun diagnostic psychiatrique habituel bien défini* » [cf. rapport d'expertise du 23 janvier 2015 p. 18]), raisons pour lesquelles une expertise judiciaire a été mise en œuvre.

En l'occurrence, il n'y a pas de raison de douter de la valeur probante de l'expertise judiciaire du Centre hospitalier P._____ tant qu'aucun indice concret et sérieux ne le permette (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p). Or, les éléments évoqués par l'OAI ne sauraient constituer de tels indices. En effet, l'administration se contente de contester l'expertise du Centre hospitalier P._____ principalement sur des points de détails ou de forme. En particulier, le fait que l'expertisé n'a été vu que trois fois par les experts judiciaires, ce qui par rapport à l'expertise antérieure (une fois) peut aussi s'apparenter à une période très courte, est irrelevante. Peu importe également que les experts du Centre hospitalier P._____ n'aient pas fait appel à un interprète, le recourant maîtrisant suffisamment le français comme le constatent finalement tant l'expert Centre hospitalier P._____ (cf. rapport d'expertise du 23 janvier 2015 pp 5 et 10) que les experts du Centre hospitalier P._____ (cf. rapport d'expertise du 19 avril 2017 p. 2). Le Dr H._____ reproche de surcroît aux experts du Centre hospitalier P._____ de ne pas avoir procédé à un monitoring médicamenteux, de sorte que leur expertise n'aurait aucune valeur probante. S'ils n'ont pas effectué de monitoring, les experts ont en revanche examiné attentivement l'observance médicamenteuse de l'assuré et ont contacté à cet égard ses médecins traitants. Ils ont constaté que si l'assuré n'était pas parfaitement observant de toute sa médication et qu'il honore de manière parfois irrégulière ses rendez-vous de consultation, le suivi n'a jamais été rompu et que l'assuré adapte de lui-même la prise de certains médicaments

prescrits en fonction des effets bénéfiques ou indésirables ressentis. Les experts ne retiennent toutefois pas un échec des traitements adéquats, car d'une part l'assuré ressent certains bienfaits du traitement et d'autre part la sévérité du tableau est contenue par la psychothérapie et la médication (cf. rapport d'expertise du 19 avril 2017 pp. 8, 19, 26 et 27).

L'OAI, en se fondant sur l'avis du SMR, s'attarde sur des points erronés, tel que le fait que les experts ont relevé des atteintes graves depuis 2009 alors que le Dr M._____ aurait constaté que l'assuré avait travaillé jusqu'en 2013. Cette dernière constatation relève toutefois d'une lecture sommaire de l'expertise de 2015 et du dossier. En effet, le Dr M._____ relève uniquement en page 4 de son expertise ce qui suit : « *en 2013, on lui fait comprendre qu'il est définitivement malade, qu'il ne peut plus rien faire et que l'assurance-invalidité va l'accepter* ». En réalité, il ressort du dossier de l'OAI que l'année 2013 mentionnée a trait aux mesures de réinsertion que l'office a allouées à l'assuré à la suite du dépôt de sa demande AI en mai 2012. Il s'ensuit que les constatations des experts du Centre hospitalier P._____ quant à une incapacité de travail totale attestée dès 2009, malgré quelques tentatives de reprises qui ont toutes échouées entre 2009 et 2011, sont totalement conformes aux pièces du dossier.

Pour le surplus, l'intimé s'en prend à l'aspect formel de l'expertise critiquée, voire émet un jugement de valeur (expertise empathique), mais ne démontre pas en quoi son contenu - qui est seul déterminant pour juger de sa valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a) - serait erroné. En conséquence, la Cour de céans peine à voir les contradictions qualifiées d'énormes par le SMR ou les éléments permettant d'attester le parti pris d'empathie de l'expertise relevé par le Dr H._____. Tous les éléments constitutifs d'une expertise probante ont bel et bien été traités de manière appropriée. A cet égard, il convient de relever que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur un examen complet, prend également en considération les plaintes exprimées par l'assuré et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse contrairement à l'expertise M._____, que la

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que sont dûment motivées les conclusions des experts. Ces derniers ont également posé des diagnostics en s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. consid. 3a supra) et ont examiné les différentes interactions des diagnostics entre eux, ainsi que des diagnostics différentiels. Ils ont donné une argumentation précise des diagnostics retenus, contrairement aux considérations du Dr H. _____, dont la psychiatrie n'est pas la spécialité, et ont expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils se distanciaient des conclusions du Dr M. _____ (cf. rapport d'expertise du 19 avril 2017 p. p.18).

Dans ces circonstances, en l'absence de critique concrète ou fondée, on ne saurait s'écarter des conclusions des experts du Centre hospitalier P. _____. Un complément d'expertise ne se justifie pas (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

c) A l'aune de ce qui précède, il convient de retenir avec les experts judiciaires que le recourant présente une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2009, ouvrant ainsi le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2012 (soit six mois après le dépôt de la demande de prestations en mai 2012 [cf. art. 29 al. 1 LAI et consid. 3b supra]).

5. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2012.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient

d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. art. 55 al. 1 LPA-VD).

Comprenant une participation aux honoraires d'avocat (cf. art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015; RSV 173.36.5.1]), ils sont en l'espèce fixés à 2'500 fr., débours et TVA comprise, et couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre le conseil de l'assuré au titre de l'assistance judiciaire.

**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 15 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2012.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 à X._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :