

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Piguet, juge et Monod, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandra Farine Fabbro,
avocate, à Estavayer-le-Lac,

et

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

Art. 29 Cst. ; art. 6, 7, 8 et 49 al. 3 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, a été engagé le 1^{er} décembre 2007 par la B._____ SA (ci-après : la B._____ SA) en qualité de conseiller d'assurances et licencié le 23 juin 2008 avec effet au 31 juillet 2008.

Dès le 11 juillet 2008, l'assuré a présenté une incapacité totale de travail, attestée par son médecin traitant, la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne générale. La B._____ SA lui a versé des indemnités journalières en cas de maladie et, en date du 19 mars 2009, a adressé une communication de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

B. La B._____ SA a mis en œuvre une expertise psychiatrique et mandaté à cet effet le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

a) Dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2009, le Dr D._____ a présenté les conclusions suivantes :

« 1) Affection actuelle

L'expertisé présente une atteinte psychique sur l'axe I de nature dépressivo-anxieuse associée à un trouble de la personnalité au niveau de l'axe II.

2) Diagnostics

(...)

Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, gravité actuelle mineure F 32.5 (296.25)

L'expertisé présente un épisode majeur probablement depuis le milieu de l'année 2008. Il s'agit d'un épisode isolé car il n'y a pas d'indice certain d'épisode dépressif majeur en [...] (?) dans le contexte de la perte de sa fille. L'épisode actuel n'a pas répondu à une prise en charge de nature psychologique, ni à l'administration d'un traitement de benzodiazépines ou de millepertuis à faible dose. Il a toutefois présenté une rémission significative sous traitement antidépresseur d'ECITALOPRAM à dose efficace. L'état dépressif s'est développé à petit feu probablement depuis 2007, année durant laquelle l'expertisé a connu des complications importantes au cours de la procédure de divorce, ainsi que des problèmes liés à son

ancienne amie et à la naissance de son fils. Actuellement, l'épisode dépressif présente une gravité mineure avec un score au Hamilton de 9 points, l'expertisé parvient à maintenir une vie familiale investie, participe aux tâches de ménage, a des loisirs et effectue également des activités intellectuelles telles que la lecture et des recherches sur Internet. Dans ce sens, il parvient à participer à sa défense dans le cadre de la procédure de divorce en cherchant les documents juridiques nécessaires qu'il met à disposition de l'avocat. La lecture de la lettre adressée par l'assuré à la B. _____ SA du 20.06.2009 dénote aussi la présence de ressources intellectuelles importantes. L'expertisé parvient ainsi à maintenir une motivation suffisante pour les objectifs qu'il se fixe mais qui se trouvent en-dehors du monde professionnel.

Non-observance du traitement ? Z91.1 (V15.81)

L'expertisé n'a pas suivi nos consignes pour effectuer une prise de sang dans un laboratoire proche de notre cabinet médical, ni auprès de son médecin traitant, comme il l'a proposé lui-même. Nous ne disposons ainsi pas de valeurs plasmatiques valables témoignant de sa compliance avec son traitement antidépresseur. Il n'est toutefois pas exclu que malgré ses réticences A. _____ prenne régulièrement son traitement antidépresseur ou qu'il l'ait pris par le passé, raison entre autres de la rémission symptomatique qu'il présente sur le plan thymique.

Diagnostic différentiel

L'expertisé ne présente pas de dépendance au traitement benzodiazépinique de TRANXILIUM qu'il prenait à faible dose et qu'il parvient selon ses dires à arrêter parfois pendant une semaine entière.

A. _____ ne présente pas non plus de crises de panique ou un comportement agoraphobique. Son degré d'anxiété est mineur, caractérisé par quelques symptômes neurovégétatifs épisodiques qui n'ont pas d'impact sur ses déplacements ou au contact avec la foule. En revanche, il existe un certain degré d'irritabilité influençant quelques relations sociales mais qui, dans l'ensemble, ne peut pas être considéré comme invalidant.

(...)

8) Quel est votre pronostic?

A long terme, l'expertisé travaillera probablement à plein temps. A court terme, il persiste un risque important de conflit avec cet expertisé avec une évolution sinistreuse. Ainsi, la capacité de travail exigible d'un point de vue théorique risque de ne pas pouvoir être actualisée, et ce même dans le cadre d'un processus de réhabilitation par le biais d'une formation. A noter également que tant que la procédure du divorce et ses complications sont en cours, le risque de répercussion de différents événements imprévus sur l'état psychique de l'assuré demeure important et peut influencer considérablement le pronostic.

Parmi les éléments pronostiques positifs, il faut mentionner en particulier le fait que l'expertisé est engagé actuellement dans une relation affective stable et soutenante. Il a des projets à long terme avec son amie actuelle et la famille recomposée semble harmonieuse. Le soutien de la famille d'origine est également assuré. L'expertisé a des capacités d'apprentissage et d'adaptation

qu'il a prouvées à maintes reprises en effectuant plusieurs formations très différentes. L'expertisé vient également d'un milieu dans lequel le travail est une valeur primordiale et il ne peut au fond concevoir de devenir rentier AI. »

b) Dans un rapport d'expertise complémentaire du 10 décembre 2009, consécutif à un certificat médical établi le 27 octobre 2009 par la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant depuis le 24 septembre 2008, attestant d'une nouvelle dégradation de l'état de santé de l'assuré depuis deux mois, le Dr D._____ a confirmé les diagnostics antérieurs, à l'exception de celui de la non observance du traitement. Il a précisé que l'état dépressif, qualifié de mineur en juillet 2009, était en rémission complète (F32.6). S'agissant du pronostic, le Dr D._____ s'est prononcé comme suit :

c) Par courrier du 4 février 2010, l'assurance de protection juridique de l'assuré a transmis à la B._____ SA un rapport médical établi le 1^{er} février 2010 par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont la teneur était la suivante :

« Merci de m'avoir adressé pour consilium votre client, en conflit avec son assurance perte de gain. A._____ est donc un homme de 40 ans, séparé et père de [...] enfants, agent d'assurance en arrêt de travail depuis juillet 2008.

Issu d'un milieu rigide "où l'on ne se parlait pas", A._____ s'est émancipé à 20 ans en épousant une femme qui s'est avérée souffrir de troubles psychiatriques. Le couple a eu [...] filles dont une s'est tragiquement noyée en [...]. Séparé depuis 2004, A._____ a la garde de ses deux cadettes; son aînée, majeure, et souffrant également de troubles psychiques vit actuellement chez sa mère. [...]. Il vit en ménage avec sa nouvelle compagne, elle-même mère de [...] enfants. La séparation est conflictuelle: les ex-conjoints se disputent autour de la garde des enfants, au prix de plusieurs expertises, jusqu'alors favorables à A._____, selon ses dires.

C'est courant 2008 que votre client voit sa capacité de travail diminuer, en raison de ses difficultés familiales, selon lui. On remarque également que ses résultats brillants en début de carrière se sont nettement détériorés ces dernières années chez ses deux derniers employeurs avant qu'il ne tombe progressivement malade.

Son assurance perte de gain, après un an d'arrêt maladie, demande une expertise au Dr D._____ qui pose les diagnostics suivants: "trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, gravité actuelle mineure, non observance du traitement probable dans le cadre d'un trouble de personnalité à traits limite et obsessionnel-compulsif" et conclut à une incapacité de travail de

50 % dès le 15 juillet [2009, réd.] et une capacité entière dès le 15 août 2009. L'assurance perte de gain cesse ses versements dès le 22 octobre 2009.

A noter que les médecins traitants de l'expertisé reconnaissent à leur patient une incapacité de travail totale courant jusqu'à ce jour.

Un complément d'expertise du Dr D. _____ daté de décembre 2009 arrive aux mêmes conclusions que sa précédente expertise (hormis la non-observance du traitement), soit une capacité de travail complète, avec cette fois-ci la constatation d'un état dépressif en rémission complète. On remarque néanmoins que dans ce complément, à la question 9) sur l'appréciation subjective du cas, le Dr D. _____ parle de la "maladie" de l'expertisé comme d'un "empêchement inconscient d'un retour à un fonctionnement antérieur. Sans l'état maladif, A. _____ continuerait de fonctionner sur le mode surinvesti et épuisant qu'il a connu depuis de nombreuses années et auquel il ne peut plus faire face dans la situation actuelle." Donc l'expert parle d'une maladie d'origine inconsciente, c'est-à-dire sans la participation volontaire de l'expertisé, maladie niée dans les diagnostics posés dans son complément d'expertise et qui par ailleurs justifie une incapacité de travail.

J'ai vu à deux reprises A. _____, les 13 et 26 janvier 2010. Il s'est montré collaborant durant ces entretiens, bien qu'ancré dans son système de défense où son assurance perte de gain (et ex-employeur) joue le rôle du mauvais objet, réclamant reconnaissance des mauvais traitements reçus et justice par le versement des indemnités suspendues. On est frappé par son discours "pro domo" où il doit constamment montrer comment lui-même a toujours fait au mieux en famille comme à son travail, comme s'il devait constamment prouver qu'il est lui, le bon objet sans tâche, signant par ce discours même sa fragilité narcissique. Cette position revendicatrice, faite de rage impuissante, côtoie un réel état dépressif: tristesse, troubles du sommeil, perte de concentration, anhédonie, baisse de la libido, idées noires. On constate également un léger ralentissement de la pensée. L'échelle de dépression de Hamilton à 21 items donne un score de 22, compatible pour une dépression modérée (alors que A. _____ est au bénéfice d'un traitement de Ciprexal à 20mg/j, posologie élevée pour ce médicament). A. _____ décrit également un état régressé, passif; il ne s'occupe plus de sa maison et peu de ses enfants, dit ne plus en avoir la force.

Diagnostic : Etat dépressif de degré moyen (F 32.1) c/o une personnalité fragile narcissiquement, actuellement décompensée (F 60.8).

A. _____ paraît donc être un homme fragile narcissiquement qui a construit sa vie sur un mode de dévouement masochique (pour sa femme perturbée et ses enfants, pour son travail) afin de lutter contre une image dévalorisée de lui-même. Ce mode, très coûteux en énergie, a été vraisemblablement ébranlé par le départ de sa femme qui l'a renvoyé, mari trompé, à cette image dévalorisée. Les suites de la séparation, les diverses expertises ont continué à mettre à mal les défenses de A. _____ qui s'est figé dans une position revendicatrice le protégeant d'une dévalorisation narcissique encore plus maligne et destructrice. Actuellement, A. _____ est "en grève". Je ne pense pas que nous soyons face à une simple attitude

caractérielle consciente, mais plutôt en présence d'un homme blessé dont les défenses inconscientes sont mises à mal, face à une rage narcissique difficilement surmontable (en cela, je rejoins les conclusions "subjectives" du Dr D. _____ [recte : D. _____, réd.]). Pour ces raisons, je pense que la capacité de travail de A. _____ est actuellement nulle. La situation conflictuelle vis-à-vis de l'assurance perte de gain lui permet de garder son attitude de combattant "pour une juste cause". Une solution pour se sortir de cette spirale régressive serait peut-être de trouver un compromis entre votre client et son assurance, par gain de paix, et permettre au sujet de se tourner vers ses propres failles et d'ainsi reprendre en partie à son compte les échecs existentiels de ses dernières années. »

C. Le 24 juin 2010, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'OAI. Il a indiqué souffrir d'un burn-out et a produit un certificat médical de la Dresse E. _____, attestant d'un état dépressif majeur et d'une totale incapacité de travail.

A titre de mesures d'instruction, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré, les Dresses E. _____ et C. _____. Dans son rapport du 30 août 2010, la Dresse E. _____ a confirmé le diagnostic de trouble dépressif majeur, chronifié, entraînant une incapacité de travail totale. Elle a précisé que le traitement avait été arrêté par son patient au mois de février 2010, sans aucune explication. Le rapport de la Dresse C. _____ du 10 septembre 2010 mentionnait les diagnostics incapacitants d'état dépressif majeur, d'insomnie, de fatigue et de manque d'élément vital et renvoyait pour le surplus à l'appréciation du psychiatre traitant. L'OAI a versé à la cause le dossier constitué par la B. _____ SA, avant d'ordonner une expertise psychiatrique, confiée au Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 4 juillet 2011, ce médecin a posé les diagnostics, non incapacitants, d'autres troubles spécifiques de la personnalité (narcissique)(F60.8) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Il a posé les conclusions suivantes :

« Appréciation du cas et pronostic

Ce qui ressort pendant l'entretien c'est le côté revendicatif et projectif de l'assuré vis-à-vis des assurances. En effet, il estime avoir droit à une reconnaissance sociale concernant ce qu'il appelle « sa maladie », basé notamment sur un sentiment de fatigue et d'épuisement qui l'empêche de travailler selon lui.

Bien qu'il se soit montré collaborant pendant l'entretien, l'assuré est resté assez vague face à certaines questions, notamment ses activités journalières.

Depuis février 2010, il n'est pas suivi par un psychiatre et il ne prend pas de médicaments psychotropes. L'assuré affirme être triste tout le temps et avoir de la peine à se concentrer alors même qu'il est venu en voiture jusqu'à mon cabinet.

Au cours de l'entretien donc, ce qui ressort c'est les traits narcissiques tels que besoin d'être admiré, besoin de reconnaissance, il pense que tout lui est dû, il s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits, c'est comme cela qu'on peut comprendre son désir d'être reconnu comme malade et que l'AI lui octroie une rente.

Je rejoins les conclusions de l'examen psychiatrique du Dr D. _____ [recte : D. _____, réd.] de 2010, dans le sens que l'assuré, après avoir travaillé pendant des années, se sent exploité et rejeté et pense que c'est la société, par le biais de l'AI, qui doit maintenant le maintenir.

Les symptômes dépressifs décrits par son psychiatre ne sont plus présents, il reste des signes anxieux et légèrement dépressifs propres au trouble mixte anxiodépressif.

L'assuré a des ressources psychologiques qu'il utilise pour nourrir ses tendances projectives et de reconnaissance sociale de sa maladie, restant ancré dans une position de victimisation.

Après examen et étude de votre dossier, je n'ai pas pu mettre en évidence des signes ou de symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble grave de la personnalité qui justifie l'incapacité de travail de l'assuré.

Le pronostic reste réservé étant donné l'attitude projective de l'assuré. »

Par avis du 14 juillet 2011, le Dr H. _____, médecin auprès du SMR, s'est référé au rapport d'expertise du Dr G. _____ pour retenir au titre d'atteinte principale à la santé, les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble spécifique de la personnalité narcissique. Il a considéré que la capacité de travail était nulle de juillet 2008 à juillet 2009, de 50 % de juillet à mi-août 2009 et entière dès mi-août 2009, ceci dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, avec une fatigue pour limitation fonctionnelle.

Dans un projet de décision du 10 août 2011, l'intimé a proposé le rejet de la demande de prestations déposée par l'assuré, au vu de la pleine capacité de travail recouvrée dès la mi-août 2009.

D. A._____ s'est opposé à ce projet de décision, en produisant une expertise privée réalisée par le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 6 février 2012, ce médecin a tenu les considérations suivantes :

« Affection actuelle

A._____ a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail en 2008 en raison d'un état de burn-out. Sur les certificats médicaux qui suivent figurent les diagnostics de dépression majeure et de troubles de la personnalité. En ce qui concerne l'état dépressif l'expertisé signale un premier épisode en [...] suite au décès de sa deuxième fille âgée de [...] ans. Cet épisode semble évoluer favorablement avec, notamment, l'aide d'un traitement chez la Dresse E._____, la reprise du travail se fera très rapidement. Cependant son médecin traitant, la Dresse C._____, qui le connaît depuis de nombreuses années dira que cette épreuve tragique l'a changé et qu'il présentera depuis lors de multiples plaintes somatiques que la dresse interprète comme des expressions d'une affection profonde et durable. En particulier les troubles du sommeil apparaissent à la suite de l'événement et ne seront jamais réglés malgré les traitements prescrits.

L'expertisé signale ensuite la réapparition de symptômes dépressifs vers 2004, liés à la fois aux circonstances très difficiles de la séparation et de la procédure de divorce, au conflit autour du droit de visite, aux problèmes psychologiques apparemment sévères de son ex-femme, aux exigences d'un nouveau travail qui lui demande de s'engager sur des activités en-dehors de son domaine habituel de compétence. Il ressent un vécu de non appartenance au travail, de débordement, de non reconnaissance face aux tergiversations de la Justice de Paix, finalement d'accablement quand il est accusé de violences conjugales (accusations dont il a été blanchi ultérieurement). Malgré son épuisement et sa perte de motivation il cherche auprès d'un nouvel employeur, la B._____ SA, à reprendre courage. Mais à nouveau il ressent épuisement et débordement, il n'ose plus assister aux séances de travail, il ne peut pas répondre aux exigences d'un poste qui lui paraît étranger à son monde, il éprouve une honte de son état et tend à s'isoler. L'intervention de son médecin traitant met un terme à une situation qui était dépassée apparemment depuis déjà plusieurs mois. Depuis l'arrêt de travail A._____ a pu se sentir remonter la pente en été 2009, cela lié à un projet de formation en comptabilité soutenu par l'assurance-chômage. Mais la formation n'a pu être poursuivie en raison de l'état d'épuisement. Le sentiment d'humiliation et d'échec généré par l'interruption de la formation, associé aux conflits avec l'assurance perte de gain et avec l'AI, aggrave l'état dépressif. Enfin, la situation de précarité financière met l'expertisé en difficulté et entraîne un retard de paiement auprès de son psychiatre traitant. Celle-ci met fin au traitement en raison de ce retard, ce que A._____ vit comme une énième humiliation. L'isolement social devient quasi complet, plus aucune initiative ne paraît possible, plus

d'amélioration n'est envisageable pour A._____. L'état dépressif se chronifie comme l'attestent ses médecins et son entourage.

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, ceux-ci se manifestent dès l'enfance par ce qu'on peut qualifier de traits de caractères de type narcissique avec une recherche de l'excellence, un besoin de réussite, des objectifs ou des idéaux contraignants à la fois pour soi et pour l'autre. Les troubles sont très vraisemblablement consécutifs à l'environnement familial particulièrement rigide et peu démonstratif, à la fois exigeant et peu reconnaissant des efforts fournis. Les traits de caractère ont sans doute été aggravés d'un sentiment de singularité nourri par une intelligence probablement supérieure à la moyenne qui le plaçait au-dessus de ses camarades d'école. Si les traits de caractère ont partiellement été un moteur dans le début de l'existence, ils ont également été un facteur par moments de difficultés relationnelles voire d'intégration, comme on peut le constater en considérant la trajectoire professionnelle très mouvementée et non exempte de conflits où revient assez fréquemment la notion d'une non satisfaction des exigences de l'expertisé. Pendant un long moment l'expertisé a fait face malgré tout aux difficultés rencontrées mais ce qui aurait pu rester dans le registre d'un fonctionnement individuel, un type de caractère, s'est décompensé à la faveur des pressions et traumatismes extérieurs couplés aux exigences narcissiques de l'excellence. Les traits de caractère, devenus troubles de la personnalité, figurent dans les observations de la plupart des expertises faites récemment où les traits narcissiques sont associés aux traits d'une personnalité borderline.

Status

Il s'agit d'un homme de 43 ans, faisant son âge, habillé avec soin sans recherche particulière, à l'hygiène correcte. Le faciès est triste et hypomimique, le reste de la gestique est très inhibé. Il parle doucement sur un ton monocorde, la poignée de main est franche, sans excès de force, avec une moiteur perceptible. Le contact est adéquat, réservé, tendu, collaborant dans les limites d'une relative méfiance au début de l'entretien. L'expertisé paraît orienté quant à sa situation, au temps et à l'espace de manière générale. Le discours est cohérent et compréhensible sans trouble du langage objectivé. Les réponses aux questions restent laconiques avec peu d'initiative dans l'échange. Il y a par moments un temps de latence aux réponses. La fatigue est sensible au cours de l'entretien avec un léger ralentissement dans le débit et un appauvrissement des réponses et parfois recherche du mot. La thymie est sur le versant dépressif. Il n'y a pas de signe de la lignée psychotique, pas de trouble formel de la pensée.

Si le contenu du discours reste limité aux réponses assez factuelles au début des entretiens, l'évocation des affects reste possible. Cependant l'adéquation idéo-affective est perturbée par une attitude de distance, d'ironie, d'apparente banalisation dans le ton et le choix des mots. C'est ainsi que les plaintes du cortège dépressif sont énumérées presque à regret, comme s'il s'agissait d'une tâche fastidieuse, répétée à la demande de l'examineur, sans signification véritable pour celui qui ne peut entendre. Il en résulte dans un premier temps chez l'examineur un sentiment de rejet face à ce qui est perçu comme une attitude hautaine, voire méprisante. Ce sentiment disparaît au cours des entretiens et laisse

la place à l'empathie suscitée par une expression plus authentique des émotions et vécus très éprouvants qu'a dû traverser l'expertisé. Une tendance à la projection est perceptible avec une absence de mise en cause de sa propre personne et une attribution systématique à l'autre des erreurs ou manquements. L'expertisé peut admettre cependant chez lui une tendance à penser qu'il a raison et une difficulté à reconnaître ses torts. Avec la confiance s'installant au cours des trois entretiens, l'examineur ne se sent pas manipulé ni entraîné au spectacle d'une exagération des symptômes. On éprouve au contraire le sentiment de l'authenticité des souffrances de A. _____.

Quand il se décrit, l'expertisé dit qu'au cours de sa vie "il a toujours essayé d'être bon, d'aller au bout des choses, d'être performant, il a toujours su ce qu'il voulait et il l'obtenait". Avant de souffrir de dépression il dit avoir été "rigide envers moi-même et les autres", exigeant quant aux valeurs morales de manière générale. Actuellement il déclare ne pas pouvoir faire face aux conflits ou difficultés interpersonnelles, il "met de côté" et décide de ne "pas voir", ce qui est tout le contraire de sa personnalité, selon lui.

Les plaintes de l'expertisé sont multiples: sur le plan dit somatique il signale une perte importante de l'élan vital, de l'envie, de la possibilité d'éprouver du plaisir, une baisse de la libido. Il mentionne la nécessité de passer des jours avant de pouvoir finaliser un projet aussi simple soit-il, il souffre d'épuisement et de fatigabilité importante, de trouble du sommeil avec ruminations épuisantes et difficultés d'endormissement. Sur le plan affectif il signale des sentiments de honte, d'échec, de perte d'espoir, de dévalorisation, de sentiment d'inutilité, d'anxiété liée à l'avenir, de grande difficulté à parler de sa situation à ses proches, de son besoin de s'isoler, d'un sentiment d'être incompris et abandonné. Il a fréquemment des idées noires sans scénario suicidaire mais avec le relatif espoir qu'une maladie mettrait fin à son calvaire. Sur le plan cognitif il se plaint de troubles de la concentration en lien avec une fatigabilité importante, de trouble de la mémoire avec oublis fréquents. Il ne sort pas de chez lui à moins d'être accompagné de sa femme par peur de rencontrer quelqu'un et vit actuellement dans un isolement social quasi complet à part sa propre famille. Il se décrit comme irritable et évitant dans la mesure du possible la plupart des interactions même avec ses proches, il dit répondre "rapidement pour expédier" les choses. Il a le sentiment que toute sa vie lui échappe et qu'il ne contrôle plus rien.

Diagnostics

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.2)
- Troubles mixtes de la personnalité associant des traits narcissiques et de personnalité de type état limite (F61.0)

Discussion

Au terme des investigations réalisées pour cette expertise, les entretiens, l'anamnèse, la lecture des différentes pièces du dossier et l'entretien avec le médecin traitant permettent de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, et le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité. En ce qui concerne l'état dépressif on peut considérer que le premier épisode a été consécutif au décès tragique de sa petite fille en [...]. L'arrêt de travail qui a suivi a été bref mais son médecin traitant qui

le suit depuis longtemps estime que l'épreuve l'a durablement changé malgré sa volonté de faire face. L'état dépressif en cours s'est installé, quant à lui, en tous cas dès 2004, il est lié en premier lieu à la situation familiale extraordinairement difficile que l'expertisé traversait: en effet, A. _____ devait faire face aux troubles du comportement de son ex-épouse, son incurie et ses multiples tentamen et hospitalisations et protéger ses enfants de ceux-ci. Pour préciser, les visites de l'ex-épouse ont été soumises d'emblée à un régime de surveillance d'un "point rencontre" et le droit de garde a été attribué à l'expertisé et n'a jamais été contesté. Les procédures de séparation et de divorce ont été grevées, notamment, des oppositions de l'épouse, de la lenteur de la Justice, d'une série impressionnante d'expertises pédo-psychiatriques et d'accusations non fondées de violence. Pendant le temps de cette séparation en 2004 l'expertisé était engagé par une compagnie d'assurances qui lui demandait, selon lui, des activités multiples allant au-delà du domaine qu'il avait développé et alourdissant son agenda au point de ne plus pouvoir satisfaire aux exigences. La fin de son contrat avec cette compagnie voyait déjà en 2004 et 2005 le sentiment chez l'expertisé d'un débordement, d'un manque de motivation, d'une absence d'identification aux objectifs de son employeur. Un changement d'emploi a représenté pour A. _____ l'espoir de retrouver son énergie. Mais à nouveau les conditions de ses nouvelles situations professionnelles restaient difficiles et ont épuisé les ressources adaptatives déjà durement sollicitées de l'expertisé. Celui-ci décrit dans les derniers mois de travail tous les éléments d'un véritable burn-out professionnel compliquant singulièrement la situation personnelle. Enfin, les refus de prestations des assurances perte de gain et de l'AI ont été vécues comme un désaveu humiliant de sa souffrance et ont achevé de précipiter l'expertisé vers la décompensation de l'état dépressif. L'anamnèse dirigée et l'observation mettent en évidence les critères requis par la CIM-10 pour qualifier l'état dépressif de moyen à sévère, selon les fluctuations de ces dernières années.

Pour ce qui est des troubles de la personnalité, il convient de rappeler que d'une manière générale ces troubles sont rarement l'objet d'une attention consciente de ceux qui les présentent, ils ne font ainsi pas l'objet d'une plainte, ils ne génèrent pas une souffrance subjective motivant par exemple une aide spécifique. Les troubles de la personnalité s'expriment de manière indirecte, par des difficultés relationnelles par exemple, ou sous-tendent d'autres symptômes, des affects de vide et de dépression le plus souvent. Sur le plan du fonctionnement psychologique on peut considérer que les troubles de la personnalité agissent comme une barrière défensive contre des vécus internes trop pénibles ou trop angoissants. Il en est ainsi de l'expertisé qui a démontré dans sa trajectoire professionnelle précoce d'une relative instabilité et d'une propension au conflit ou à tout le moins au désaccord mais qui a pu consacrer une très grande énergie à ses différentes entreprises et qui a pu en particulier réagir très (trop ?) activement au décès tragique de sa fille.

Les troubles de la personnalité de l'expertisé, révélés donc en partie par la trajectoire, simples traits de caractères narcissiques au début, n'ont pas été un obstacle trop pesant dans la vie de l'expertisé et ont peut-être même contribué à la réussite professionnelle pendant un certain temps avec des éléments de confiance en soi, de

surinvestissement du travail, de déni d'autres difficultés. On peut considérer que la réaction à la perte de son enfant s'est appuyée sur ce système de défense avec un déni partiel de sa souffrance, une fuite en avant, un surinvestissement de son rôle de responsable et de chef de famille aboutissant à une reprise rapide du travail sans pouvoir "métaboliser" plus profondément le traumatisme. Mais les défenses se sont progressivement épuisées, les traits devenant troubles de la personnalité, et la décompensation psychique a abouti à ce que certains cliniciens dénomment "une dépression narcissique" pour décrire cet état particulier d'hémorragie psychique laissant le malade totalement vidé de toute énergie avec une présentation paradoxalement peu "expressive" de cette dépression. Notons que les troubles de la personnalité sont mis en évidence aussi lors des entretiens avec la tendance à cette présentation "dégagée" de soi-même, le recours à la projection, cette apparente banalisation d'éléments tragiques. On doit comprendre cette manière comme une ultime réaction de défense narcissique face à la situation d'effondrement, cela dans le contexte d'un entretien avec un "étranger".

Malgré la présentation clinique de l'expertisé (ou à cause de celle-ci comme on le verra plus loin) les avis médicaux émis précédemment présentent de multiples contradictions: contradictions au sein même de l'expertise (Dr D._____, Dr G._____) ou contradictions entre les expertises et avis (Dr F._____, médecins soignants et autres). Pour les résumer, notons que le Dr D._____ avance des constats à la fois d'une capacité de travail entière et d'absence de maladie psychique tout en parlant de maladie inconsciente empêchant l'expertisé de fonctionner. Il fait la description d'une recherche de prestations tout en attestant de la volonté du sujet de ne pas dépendre des assurances. Ces contradictions ont été relevées en partie par le Dr F._____ qui constate, lui, l'existence de troubles de la personnalité décompensés constituant un obstacle à la capacité de travail. Le Dr G._____ ne voit chez l'expertisé qu'une tendance générale à la revendication et à la recherche de reconnaissance auprès des assurances tout en parlant de troubles de la personnalité (qui en seraient donc la cause?) et même de fatigue et d'épuisement, mais sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr G._____ ne prend pas la peine de donner l'anamnèse ni la description du trouble dont l'expertisé dit souffrir. Les médecins soignants attestent, eux, de l'existence d'un trouble de type dépressif sévère.

Les observations faites dans le cadre de cette expertise peuvent expliquer, à notre avis, les contradictions rencontrées. Nous faisons les hypothèses suivantes: a) L'expression de l'état dépressif est soumise au "style" particulier de l'expertisé que lui valent ses traits de personnalité. Une tendance à la banalisation, une pauvreté de l'expressivité émotionnelle, une barrière défensive élevée contre les affects, un vécu d'humiliation, tous ces éléments ne favorisent pas la pleine expression d'un état dépressif qui paraît alors relatif, presque banal, voire simulé. b) Le contact un peu "désengagé", distant, dans les débuts des entretiens peut être pris pour une attitude hautaine et générer une contre-attitude négative chez l'examineur qui tend alors à prendre le parti contraire de l'examiné et à le soupçonner de non-collaboration. Ces problèmes, bien connus et décrits dans la littérature spécialisée, peuvent même affecter ce qui semble à première vue être des données objectives,

comme ici l'échelle de dépression de Hamilton qui donne des résultats très différents selon les trois experts (Drs D._____, F._____, et G._____).

Pour éviter ces éventuels biais, les "guidelines" pour l'expertise médicale encouragent d'une part à procéder à une anamnèse dirigée pour recenser les symptômes d'une éventuelle psychopathologie et d'autre part à tenir compte des sentiments éprouvés par l'expert pour les discuter, les mettre à la lumière de la situation observée, les utiliser pour une meilleure compréhension et, le cas échéant, en désamorcer les effets d'influence positive ou négative.

Conclusion

Compte tenu de ce qui précède, nous concluons à la présence effective d'une maladie psychique. Celle-ci est constituée d'un trouble dépressif récurrent actuellement d'intensité moyenne à sévère et de troubles de la personnalité actuellement décompensés. Ces affections psychiatriques entraînent des limitations importantes sous la forme, entre autres, d'un état d'épuisement, de perte d'élan vital, de perte d'espoir, de troubles cognitifs et d'isolement social quasi complet avec difficulté à demander de l'aide. Ces limitations sont un frein à la capacité de travail qui est actuellement nulle, cela depuis au moins 2008. Le pronostic semble réservé, la motivation pour un traitement psychiatrique, qu'il serait contre-productif d'exiger, est affaiblie comme tout autre projet. »

E. Dans un avis du SMR du 7 mai 2012, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que les différents médecins psychiatres s'accordaient sur les diagnostics de trouble dépressif et de troubles de la personnalité. Les rapports médicaux révélaient cependant des variations de l'intensité du trouble dépressif et deux périodes de décompensation du trouble de la personnalité. Sur la base des constatations objectives des psychiatres, il évaluait ainsi la capacité de travail de l'assuré, en précisant qu'en l'état du dossier, un calendrier plus précis de l'évolution de la capacité de travail n'était pas possible :

« 50 % le 24.09.2008 (trouble dépressif d'intensité moyenne, trouble de la personnalité pas mentionné par la Dresse E._____); 50 % en juillet 2009; 100 % depuis mi-août 2009 (trouble dépressif de gravité mineure, puis en rémission complète, trouble de la personnalité non décompensé, selon l'expertise et le complément d'expertise du Dr D._____); 0 % en janvier 2010 (état dépressif de degré moyen et décompensation du trouble de la personnalité, selon l'avis du Dr F._____); 100 % en juillet 2011 (aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail selon l'expertise du Dr G._____); 0 % en février 2012 (trouble dépressif moyen à sévère et décompensation du trouble de la personnalité, selon l'expertise du Dr I._____). »

Dans un nouveau projet de décision daté du 11 mai 2012, annulant et remplaçant le projet du 10 août 2011, l'OAI a proposé d'allouer une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1^{er} décembre 2010 au 30 septembre 2011, puis à compter du 1^{er} février 2012. A._____ a contesté la période d'interruption du droit à la rente, estimant que l'incapacité totale de travail devait être reconnue de manière ininterrompue depuis le 11 juillet 2008.

En date du 15 juin 2012, l'assuré a soulevé diverses objections à l'encontre de ce projet et produit en date du 16 novembre 2012 un complément d'expertise établi le 7 octobre 2012 par le Dr I._____, répondant aux critiques émises par la B._____ SA à l'égard de son rapport du 6 février 2012.

Dans son avis du 4 février 2014, le Dr J._____ a précisé ne disposer d'aucun fait médical objectif permettant de privilégier une expertise par rapport aux autres et n'avoir aucune raison médicale objective de s'écarter de l'avis SMR du 7 mai 2012. Le 11 mars 2014, le Dr J._____ a complété son précédent avis en ce sens qu'il suivait les avis des experts uniquement au moment de leurs examens respectifs, en se basant sur les données objectives contenues dans les documents médicaux (status) mais ne pouvait pas se prononcer médicalement sur les périodes se situant entre les dates des examens cliniques de l'assuré par les experts, ceci en raison de l'abondance de données subjectives contradictoires contenues dans les documents médicaux, réservant la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer l'évolution de la capacité de travail depuis 2008.

Par arrêt du 11 mars 2014, la cour de céans a rejeté la demande déposée par l'assuré le 14 juin 2010 contre la B._____ SA, lequel avait conclu, dans la mesure où son incapacité de travail avait persisté au-delà du 22 octobre 2009, à l'octroi du solde des indemnités journalières jusqu'à épuisement de son droit aux prestations, soit 224 jours.

Dans un nouveau projet de décision du 6 mai 2014, l'OAI a considéré que l'avis SMR sur lequel reposait son précédent projet de décision ne pouvait être suivi dans la mesure où le Dr J._____ ne choisissait pas quel avis médical il convenait de privilégier au détriment des autres et, se ralliant à l'arrêt précité, a retenu sur la base des expertises des Drs D._____ et G._____ que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail depuis mi-août 2009, excluant tout droit aux prestations de l'assurance invalidité.

Le 13 juin 2014, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet de décision, estimant que le droit à une rente entière d'invalidité devait lui être reconnu dès le 1^{er} décembre 2010, à défaut qu'il devait lui être reconnu tel que proposé dans le projet de décision du 11 mai 2012.

Par décision du 23 octobre 2014, l'OAI a refusé le droit de l'assuré au reclassement et à une rente d'invalidité, en se fondant sur les conclusions des expertises des Drs D._____ et G._____. Cette décision était assortie d'une lettre de motivation du même jour dans laquelle l'OAI exposait s'être distancié de l'avis du SMR au motif que ce service suivait chronologiquement les avis des différents médecins s'étant prononcés sur la situation de l'assuré alors que chaque expert, respectivement médecin, se livrait à une appréciation différente d'une même situation, ce qui impliquait l'obligation pour l'intimé de choisir quel avis devait être suivi. Selon l'OAI, l'avis du Dr D._____ pouvait être suivi quand bien même il avait examiné l'assuré avant les Drs I._____ et F._____, ce d'autant que ces deux médecins retenaient une incapacité de travail totale depuis 2008 et n'avaient fait état d'aucune modification de l'état de santé depuis lors. L'instruction médicale n'avait dès lors pas besoin d'être complétée par une nouvelle expertise.

F. **a)** Par acte du 27 novembre 2014, A._____, par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 23 octobre 2014, concluant principalement à sa

réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2010, avec intérêt à 5 % dès le 1^{er} décembre 2012, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvel examen et complément d'instruction. Il fait valoir que la motivation de la décision est insuffisante, plus particulièrement que l'avis de juriste à son origine est peu compréhensible et lacunaire. Il reproche à l'OAI son appréciation des avis du SMR et d'avoir pris en compte les rapports des Drs D._____ et F._____, peu précis et antérieurs à sa demande de prestations. Il considère que l'expertise du Dr G._____ est lacunaire sur certains points et contradictoire en ce sens que l'expert retient une capacité de travail entière tout en constatant un état de fatigue et d'épuisement. Le recourant soutient que pour apprécier objectivement sa capacité de travail, les experts auraient dû faire abstraction de sa colère à l'encontre de ses assureurs, notamment de la B._____ SA. Selon lui, seul le Dr I._____ avait fait preuve d'objectivité et son expertise répondait aux critères d'impartialité et de précision fixés par la jurisprudence. Il a pour le surplus requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

b) Dans sa réponse du 11 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours en renvoyant aux avis de ses juristes et à la motivation de sa décision.

c) Entre-temps, soit le 29 janvier 2015, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a partiellement admis l'appel du recourant contre l'arrêt de la cour de céans du 11 mars 2014 et reconnu son droit à des indemnités journalières pour la période du 23 octobre 2009 au 9 février 2010, date de la dernière consultation auprès de la Dresse E._____, l'incapacité de travail ultérieure à cette date n'étant pas établie à satisfaction.

d) Après avoir pris connaissance de cet arrêt, l'OAI a requis, en date du 28 octobre 2015, la mise en œuvre d'une expertise.

e) Dans sa réplique du 15 décembre 2015, le recourant a indiqué avoir interrompu sa thérapie auprès de la Dresse E._____ faute

de moyens financiers, sa psychiatre ayant mis fin au traitement en raison de deux factures impayées. Il a renouvelé sa requête d'expertise judiciaire et ses griefs s'agissant de l'insuffisance de l'instruction par l'OAI.

f) En date du 13 mai 2016, le juge instructeur a ordonné une expertise psychiatrique et mandaté le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le cadre de l'exécution de son mandat, le Dr K._____ a sollicité un examen neuropsychologique, confié au psychologue L._____, lequel a établi son rapport le 10 octobre 2016. Les conclusions du rapport neuropsychologique sont les suivantes :

« Le bilan neuropsychologique de cet expertisé droitier de 46 ans met en évidence de bonnes compétences cognitives dans tous les domaines testés, à l'exception de la mémoire épisodique en modalité verbale. L'efficacité intellectuelle est élevée - sans pour autant permettre de conclure à un haut potentiel, qui ne concerne, du strict point de vue du QI, rappelons-le, que les personnes ayant un QI total dans les quatre derniers centiles de la distribution (centile 96 à 99), à savoir les QI totaux égaux ou supérieurs à 126 en note standard. Pour ce qui est des autres fonctions cognitives testées, fonctions exécutives, attention, mémoire de travail et mémoire épisodique en condition visuelle, elles sont dans la norme au moins, et pas rarement dans la moyenne, voire en dessus.

Seule la mémoire épisodique verbale pose problème, mais uniquement dans une tâche d'apprentissage sériel qui sollicite des stratégies d'encodage plus fines et développées qu'un apprentissage de liste usuel. Dans cette tâche d'apprentissage sériel, à chaque rappel, l'expertisé ne donne plus ou moins que les mots qui lui ont été rappelés juste avant qu'il doive les évoquer, mais il évacue les autres mots de la liste, qu'il a donné dans le rappel précédent, et qui, pour cette raison, ne lui ont pas été répétés juste avant le nouveau rappel. Ce comportement, poussé à cet extrême, est au demeurant assez inhabituel à cette tâche dans mon expérience. Relevons toutefois que le phénomène observé à ce test est cohérent avec ce que l'expertisé dit de son incapacité, présente en tout temps, à élaborer des stratégies d'apprentissage. L'apprentissage de liste usuel, où tous les mots sont redonnés à l'expertisé avant qu'il doive à nouveau les rappeler, est normal. On observe au plus un effet d'interférence d'une seconde liste de mots sur la première qui affaiblit le rappel subséquent de cette première liste, sans toutefois que ce dernier soit déficitaire.

De manière générale, si on tient compte du déficit à l'empan de chiffres envers, et du décalage significatif de l'indice de Mémoire de travail par rapport à l'indice de Vitesse de traitement à la WAIS-V, on peut constater que la mémoire est le point faible de cet expertisé. Ses compétences mnésiques sont un probablement un peu affaiblies par rapport à ce qu'elles étaient il y a vingt ans, même en tenant compte de l'effet de l'âge ; en revanche, il n'y pas de déficit dans d'autres tâches mnésiques que l'apprentissage

sériel. Ces difficultés mnésiques peuvent se comprendre compte tenu du déficit de stimulations dans lequel cet expertisé se trouve au quotidien, puisqu'il n'a ni activité professionnelle, ni, de manière générale, activité tout court, et aucun contact social, selon ce qu'il rapporte.

Soulignons enfin que le déficit observé en apprentissage sériel n'est pas suffisamment consistant pour justifier un diagnostic neuropsychologique, ce d'autant plus qu'il est isolé, et qu'il correspond à un constat que l'expertisé peut faire de ses difficultés d'apprentissage (difficultés d'analyse et de synthèse du matériel à apprendre) qui auraient été présentes de tout temps, ce qui ne l'a pas empêché de fonctionner au plan professionnel dans des activités de bon niveau.

Du point de vue neuropsychologique, et plus particulièrement cognitif, la capacité de travail dans l'activité antérieure, ainsi que dans toute activité de même niveau d'exigence cognitive, est pleine et entière. »

Dans son rapport du 13 octobre 2016, l'expert a conclu à une pleine capacité de travail en toutes activités depuis 2008, les atteintes psychiques diagnostiquées, soit celles de personnalité narcissique et émotionnellement labile, existant depuis l'adolescence, et de dysthymie, existant probablement depuis [...], n'étant pas incapacitantes. La teneur de la synthèse et la discussion de l'expertise est la suivante :

« *Situation actuelle :*

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. Malgré des plaintes concernant des douleurs dans différentes articulations et d'autres parties du corps ainsi que des problèmes intestinaux, A._____ ne prend pas d'antidouleur et ne suit pas de traitement spécialisé. Sans mise à contribution d'options thérapeutiques typiquement associées à des douleurs importantes, la description de symptômes physiques de A._____ ne se trouve pas au premier plan de ses plaintes dominées par un épuisement, une fatigue et des difficultés cognitives. En l'absence de comportement algique manifeste à l'examen, les plaintes physiques de l'expertisé restent ainsi insuffisantes pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant.

A._____ se plaint surtout de ruminations l'empêchant de dormir depuis le décès de sa fille, et s'accompagnant d'un épuisement ainsi que d'une perte de plaisir et d'envie pour des activités, comme des rencontres avec des amis ou des projets personnels, par exemple la rénovation de sa maison. Ainsi, il décrit un repli sur soi avec des périodes de quelques jours pendant lesquels il se renferme en souffrant d'une humeur fluctuante avec des abaissements réguliers, ainsi que d'une irritabilité en réaction aux injustices subies, aggravant son repli sur soi. Exprimées de manière dramatique, ces plaintes peuvent laisser penser au diagnostic d'un épisode dépressif

moyen à sévère, comme retenu par la Dresse E. _____ en 2009 et 2010, le Dr F. _____ en 2010 ou le Dr I. _____ en 2012.

Cependant, ces plaintes montrent des incohérences avec des éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen de A. _____. Sans persistance d'un abaissement important de l'humeur, il fait preuve de sa réactivité émotionnelle à des événements agréables, par exemple lorsqu'il exprime sa détermination à lutter pour ce qu'il estime être son droit ainsi que sa fierté de ses réussites professionnelles. Se présentant souriant par moments, il décrit son plaisir de s'occuper de ses animaux et son intérêt pour certaines émissions de télévision ou la lecture de textes religieux, avec lesquels il passe volontiers son temps en faisant des annotations et en cherchant des informations sur internet. Contrairement à sa plainte subjective, il participe activement à deux entretiens de deux heures et demie, voire de trois heures, sans signe de fatigue après des efforts minimes ni de diminution importante de l'attention ou de la concentration. Ces observations sont confirmées par l'examen neuropsychologique et correspondent à sa capacité à passer régulièrement jusqu'à une heure en lisant, à faire des recherches sur internet ou à conduire sa voiture sans difficulté, par exemple pour se rendre de [...] à [...]. Se sentant surtout victime d'injustices, notamment de la part de sa première épouse et de son dernier employeur, il décrit une suite de blessures, sans sentiment prédominant de culpabilité ou de dévalorisation, mais explique ses conflits, par exemple avec l'aide sociale, par ses obligations de père de famille. Gardant l'espoir de gagner ses litiges divers et de régler sa situation, notamment ses problèmes financiers, à travers une rente AI, il ne présente pas d'attitude pessimiste face à l'avenir. Dans ce cadre, il nie d'idée ou acte auto-agressif, depuis son adolescence et décrit une perte d'appétit contrastant avec sa prise de poids ces dernières années, par exemple par rapport à l'examen du Dr G. _____ en 2011. En faisant abstraction des plaintes subjectives de A. _____, ni son anamnèse récente, ni l'examen actuel ne permettent de retenir un épisode dépressif, selon la CIM-10.

Sans ralentissement ou agitation au plan psychomoteur, il interagit de manière adéquate avec son interlocuteur et nie une dépression plus marquée le matin ou un réveil matinal précoce. En l'absence d'une perte marquée d'appétit entraînant une perte de poids d'au moins 5 % du poids corporel, il nie une diminution marquée de la libido, tout en mettant en avant un manque d'énergie contrastant avec les observations aux examens. Par conséquent, A. _____ ne souffre pas de symptômes suffisants pour retenir un syndrome somatique pourtant typiquement associé à un épisode dépressif sévère. Contrairement aux limitations sévères caractérisant un tel épisode dépressif, A. _____ continue sa lutte pour ce qu'il estime son droit légitime et s'engage dans des procédures juridiques, tout en s'occupant d'une partie des tâches d'un ménage de 5 personnes ainsi que de la gestion des finances de sa famille. Un épisode dépressif sévère entraîne pourtant une incapacité à poursuivre ses activités sociales ou ménagères et nécessite un traitement intense, souvent en milieu hospitalier à cause d'un état de détresse associé soit à une agitation soit à un ralentissement marqué ainsi que des idées de suicide. Par contre, A. _____ ne suit plus de thérapie psychiatrique depuis février 2010 et limite son traitement médicamenteux à 10 mg de Stilnox® par jour. Utilisant ce somnifère

léger à une dose inchangée depuis des années, il ne montre pas de signe d'un syndrome de dépendance, comme la mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance ou des difficultés à contrôler son utilisation. Hormis une hospitalisation à Hôpital M. _____ en 2002, ne motivant pas de reprise d'un traitement psychiatrique en ambulatoire à l'époque, A. _____ continue à mener une vie autonome et active organisée en fonction de sa lutte pour une reconnaissance du tort dont il s'estime victime. Dans ce cadre, sa capacité d'entreprendre un voyage en famille dans le sud de la France en été 2008 contraste avec l'aggravation des symptômes affectifs typiquement observée lors d'un changement de la routine de patients souffrant d'un épisode dépressif. Ainsi, cet élément paraît incompatible avec le diagnostic d'un trouble dépressif majeur existant depuis mars 2008, retenu par le Dresse E. _____ le 30.08.2010. Par rapport à l'état dépressif de degré moyen, retenu par le Dr F. _____ en février 2010, A. _____ fait également preuve de capacités surprenant lorsqu'il réussit l'examen d'entrée et l'examen intermédiaire d'un cours de comptabilité qu'il suit à plein temps au début de l'année 2010. Sans perte d'espoir, de l'énergie ou d'intérêt, A. _____ poursuit des projets positifs, comme l'ouverture d'une boutique avec sa compagne en 2011, suivie par le mariage du couple, peu après la fin d'une procédure de divorce conflictuelle avec sa première épouse, en février 2012. Néanmoins, le Dr I. _____ retient un épisode dépressif moyen à sévère, contrastant avec ces éléments. Sans exploration des activités sociales et quotidiennes de A. _____, les évaluations du Dr F. _____ et du Dr I. _____ semblent se baser principalement sur les plaintes subjectives de l'expertisé. De surcroît, l'hypothèse du Dr I. _____ concernant un effet contre-productif d'un traitement psychiatrique paraît particulièrement surprenante par rapport à la sévérité de l'état dépressif qu'il retient.

Comme dans le cas de ses douleurs, la mise à contribution des options thérapeutiques contraste avec les plaintes de A. _____ concernant une fatigue et un épuisement ainsi qu'un repli sur soi dans le cadre d'un abaissement de l'humeur. Pourtant, un épisode dépressif peut être traité avec succès dans la majorité des cas, notamment par l'association d'une psychothérapie et d'un antidépresseur, par exemple de type ISRS. Malgré l'absence d'une telle thérapie, l'exploration de sa vie quotidienne et de son anamnèse met en évidence des capacités surprenantes par rapport à ses plaintes. Ainsi, A. _____ affronte ses difficultés financières, par exemple en organisant la vente de sa maison à [...], et achète une ferme à rénover en 2014, tout en s'engageant dans un nombre considérable de litiges. Contrairement à ses plaintes à l'examen psychiatrique concernant de graves problèmes de concentration aggravés depuis 2011 et s'accompagnant d'oublis fréquents, il n'évoque pas spontanément de problèmes cognitifs à l'examen neuropsychologique. A l'exploration, il se plaint d'importants problèmes de mémoire des faits récents ainsi que des altérations de la mémoire immédiate et de travail. Ces plaintes contrastent pourtant avec les observations aux examens psychiatriques et à l'examen neuropsychologique mettant en évidence de bonnes compétences cognitives dans tous les domaines testés, à l'exception de la mémoire épisodique en modalité verbale.

Dans le cadre de ces incohérences, l'utilisation de l'échelle de Hamilton est critiquable, notamment pour appuyer le diagnostic d'un

épisode dépressif, puisque ce test ne peut pas servir d'instrument de diagnostic, comme indiqué par son auteur, (G. E. Berrios et A. Bulbena, *The Hamilton Depression Scale and the Numerical Description of the Symptoms of Depression*. 1990, p. 80-92 in P. Bech (dir.) et A. Coppen (dir.), *The Hamilton Scales*, Heildeberg, Springer). Le diagnostic d'un épisode dépressif basé sur les critères d'une classification reconnue, comme la CIM-10 et le DSM-IV ou V, est une condition préalable d'une utilisation adéquate de cet outil diagnostique. De surcroît, plusieurs éléments de cette échelle dépendent des réponses subjectives de l'expertisé à une liste de questions, par exemple concernant une humeur dépressive, un sentiment de culpabilité, des insomnies, des angoisses ou une diminution de la libido. Développée pour évaluer la sévérité d'un épisode dépressif au cours d'une thérapie, l'utilité de l'échelle de Hamilton paraît limitée dans le cadre d'une expertise, notamment lorsque l'exploration des activités quotidiennes et sociales met en évidence des incohérences par rapport aux plaintes de l'expertisé. Ainsi, les résultats très différents de cette échelle selon les experts, relevés par le Dr I. _____ en 2012, s'expliquent par la pondération des plaintes subjectives.

En faisant abstraction des incohérences, voire contradictions, les éléments objectivables de l'anamnèse et des examens de A. _____ témoignent d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité reste insuffisante, la plupart du temps, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Ainsi, le Dr G. _____ retient un trouble anxieux et dépressif mixte en 2011, caractérisé par des symptômes affectifs légers et A. _____ décrit des fluctuations de l'humeur avec des abaissements se limitant à quelques jours ne l'empêchant pas à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Mais la plupart du temps, il se plaint d'une fatigue ainsi que de la déception de sa famille, de ses anciens amis et des collègues de travail. Beaucoup de choses lui coûtent et peu de choses lui sont agréables. Il rumine et se plaint des injustices subies, il dort mal et il a perdu confiance en lui-même. Néanmoins, il mène une vie autonome et cherche une solution à ses problèmes sociaux, tout en souffrant de symptômes affectifs légers. Etant donné la prédominance d'un sentiment d'épuisement, ces symptômes correspondent à une dysthymie au lieu d'un trouble anxieux et dépressif mixte, caractérisé également par des symptômes légers.

Comme c'est typiquement les cas pour des formes à début tardif, cette dysthymie survient en rapport avec un deuil à cause du décès accidentel de la fille de A. _____ en [...]. Marqué par la plainte d'un sentiment d'épuisement et d'un trouble du sommeil depuis [...], la dysthymie de A. _____ peut répondre transitoirement aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif léger ou moyen, comme lors de son hospitalisation à Hôpital M. _____, en 2002. Cependant, A. _____ limite son traitement stationnaire à ce seul séjour et fait preuve de ressources personnelles lui permettant d'affronter une suite de conflits et litiges, notamment dans le cadre du divorce de sa première épouse entre 2004 et 2012. Malgré la suspicion d'une non observation au traitement antidépresseur lors de l'expertise en 2009 et l'interruption de son suivi psychiatrique en février 2010, A. _____ poursuit des projets et activités, comme l'ouverture d'une boutique avec sa compagne, incompatibles avec la persistance d'un épisode dépressif majeur.

La dysthymie de A._____ s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une vulnérabilité pour des blessures narcissiques avec une tendance à blâmer autrui pour ses conflits, limitant ses capacités d'introspection. Utilisant des moyens de défense immatures, comme le clivage, le déni et la projection, déjà constatés lors des expertises précédentes, A._____ adapte ses propos jusqu'à la déformation de la vérité en fonction de son interlocuteur afin de le convaincre de son vécu subjectif pénible. En l'absence d'explication neuropsychologique de ses propos incohérents, A._____ décrit par exemple la découverte que sa compagne rencontrée après la séparation d'avec son épouse est déjà mère de [...] enfants, seulement en 2005, lors de l'expertise du Dr D._____. Puis il explique le placement de sa fille dans un foyer par une schizophrénie et dit être au bénéfice de deux CFC. A l'exploration actuelle, il explique pourtant son déménagement chez sa compagne rencontrée en 2004 par son envie de vivre avec elle et les deux garçons de cette dernière déjà au début de leur relation fusionnelle, et nie de problème de santé de sa fille aînée. Habitant aujourd'hui dans son propre appartement à [...] et en travaillant comme [...], la fille aînée de A._____ fait d'ailleurs preuve de capacités surprenantes par rapport à la schizophrénie décrite par son père lors de l'examen du Dr D._____ en 2009 et du Dr F._____ en 2010. Selon le Dr G._____, A._____ décrit un litige avec le service social déjà depuis 2011 à cause d'un revenu non déclaré provenant de la boutique de vêtements ouverte avec sa compagne la même année. Par contre, A._____ explique ce litige actuellement par des allocations familiales non déclarées, découvertes dans le cadre de la vente de sa maison en 2014. Lors de l'expertise du Dr I._____ en 2012, A._____ explique la rupture de son contrat d'apprentissage en 1987 par une blessure du genou, contrastant avec le licenciement dû aux conflits avec ses collègues et supérieurs, décrit à l'examen actuel. La description d'une formation de comptable lui permettant de « remonter la pente en été 2009 », selon le Dr I._____, contraste avec la chronologie de l'arrêt des indemnités de son assurance perte de gain en octobre 2009, suivi par son inscription au chômage, lui permettant de commencer un cours de comptabilité seulement début 2010.

Anamnestiquement, ce fonctionnement marqué par l'utilisation de mensonges évoquant une tendance à la manipulation, se manifeste dans le contexte d'une enfance et adolescence hypothéquée par une carence affective de la part des parents. En plus, A._____ décrit un abus sexuel par un de ses frères à l'âge de 8 ans, suivi par d'autres expériences de violence physique dans le cadre familial. Face à ce vécu, il exprime sa colère avec une tendance rancunière tenace expliquant ses problèmes d'intégration lors de son premier apprentissage et ses difficultés face à des ruptures vécues comme des abandons entraînant une tendance aux relations fusionnelles.

Néanmoins, A._____ fait également preuve de ressources d'adaptation lui permettant de s'intégrer avec succès dans la vie professionnelle, lorsqu'il trouve un métier qui valorise ses capacités, entre autres au plan cognitif, comme mises en évidence par l'examen neuropsychologique. Travaillant avec succès de manière stable pour différents employeurs, A._____ fonde une famille, assume son rôle de père et soutient sa première épouse, selon lui, dépassée par son rôle de mère, pendant des années. Sans décompensation psychique nécessitant un traitement hospitalier à

cette époque, il affronte le décès accidentel de sa fille et arrête un premier suivi psychiatrique chez la Dresse E._____ déjà après deux mois en [...]. Travaillant de manière stable à plein temps, il surmonte des difficultés professionnelles dues à une restructuration en 1999. Sans signe d'un deuil pathologique, il s'engage dans son travail avec succès et bénéficie de conditions particulièrement favorables en reconnaissance de ses compétences jusqu'au rachat de son employeur vers 2001. Contrairement aux explications de A._____ concernant son hospitalisation 5 ans après le décès de sa fille, ces éléments anamnestiques indiquent que son séjour à Hôpital M._____ en 2002 s'inscrit dans une dégradation de sa situation professionnelle, notamment de ses conditions salariales. Seul à subvenir aux besoins de son épouse et ses enfants, il subit d'importants problèmes financiers, expliquant une aggravation transitoire de sa dysthymie en réaction à cette situation. Néanmoins, il peut activer ses ressources d'adaptation, lui permettant de quitter l'Hôpital M._____, sans traitement psychiatrique ou psychothérapeutique jusqu'en 2008, lorsqu'il se trouve en conflit avec son employeur. Sans nouvelle décompensation nécessitant un traitement hospitalier, il affronte la procédure de divorce particulièrement conflictuelle avec son épouse jusqu'en 2012, tout en s'engageant dans de nouvelles relations sentimentales, dont la dernière avec son épouse actuelle, depuis 2005. En conséquence, les particularités de fonctionnement de A._____ restent insuffisantes pour retenir un trouble spécifique de la personnalité mais correspondent à une personnalité narcissique et émotionnellement labile, non décompensée.

En l'absence de signe de décompensation, A._____ continue à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Cependant, cette personnalité narcissique et émotionnellement labile favorise l'adoption d'un rôle de victime d'injustices, notamment de son ancien employeur et des institutions qui ne lui accordent pas les prestations, auxquels A._____ estime avoir droit. Face à cette situation, il fait preuve d'une fixation sur la reconnaissance de son vécu subjectif ainsi que d'un sens tenace et combatif de ce qu'il estime ses droits légitimes en engageant des procédures juridiques contre diverses institutions et leurs représentants, comme un juge qu'il estime incompetent. Dans ce cadre, A._____ met en avant un cortège de plaintes, notamment concernant un épuisement et une fatigue entraînant d'importantes difficultés cognitives, afin d'appuyer ses demandes et revendications. En faisant abstraction de ses plaintes incohérentes, l'anamnèse de A._____ et les examens témoignent pourtant de ressources personnelles manifestes, lui permettant par exemple de poursuivre son engagement dans de divers litiges. Ainsi, ses difficultés objectivables dues à sa dysthymie qui est caractérisée par des symptômes légers et s'inscrit dans une personnalité narcissique et émotionnellement labile, restent insuffisantes pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique. Par conséquent, l'effort à surmonter sa fixation sur la lutte pour une reconnaissance de son vécu subjectif afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps, par exemple en tant que conseiller en assurances ou dessinateur paysagiste, reste raisonnablement exigible au plan psychique. »

Le 16 novembre 2016, l'OAI s'est déterminé sur l'expertise, qu'il a qualifiée de détaillée et convaincante et a maintenu ses conclusions en rejet du recours.

Assisté d'un nouveau conseil, le recourant a présenté ses déterminations sur l'expertise le 12 juin 2017. Dans un premier temps, il a listé plusieurs incohérences, incompréhensions, voire erreurs, principalement dans la transcription des données subjectives, personnelles et familiales, et reproché à l'expert de lui avoir posé des questions orientées afin de donner un sens à son rapport. Reposant sur des éléments factuels erronés ou incomplets, les conclusions de l'expertise ne peuvent selon lui être considérées comme fiables. Il fait encore valoir que le diagnostic de dysthymie est complètement différent de celui de trouble dépressif retenu par les autres experts, que l'expert n'a pas pris en considération ses plaintes mais uniquement l'examen objectif effectué lors des entretiens, au demeurant consciemment dirigés, et qu'il n'est pas admissible que l'expert se prononce sur des périodes antérieures à son examen clinique. Il reproche à l'expert de ne pas avoir utilisé l'échelle d'Hamilton et de ne pas avoir pris en compte les symptômes fondant le diagnostic d'épisode dépressif et n'exclut pas que l'expert se soit laissé dépasser par un ressenti négatif au point de douter de l'authenticité de ses souffrances. Selon le recourant, l'expert n'a pas dûment considéré certains éléments factuels, tels qu'une vie sociale quasi inexistante, ses difficultés relationnelles actuelles avec son épouse tout comme ses difficultés à dater précisément les événements, l'abandon de plusieurs procédures par manque de force et d'énergie, l'organisation très simple de son mariage, l'absence de vacances depuis 2008, la consommation répétée de Stilnox pour dormir pendant plusieurs jours d'affilée lorsqu'il est submergé par ces problèmes. Enfin, il reproche à l'expert de ne pas avoir tenu compte dans une mesure appropriée de sa fatigue et de ses troubles mnésiques. Il a conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et a produit trois attestations médicales soit :

- un certificat du Dr I. _____ constatant, consécutivement à un entretien avec le recourant le 3 mars 2017, la

persistance des symptômes déjà présents lors de son expertise ;

- un certificat des Dresses N._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et O._____, médecin-assistante, attestant de l'hospitalisation du recourant au Centre de psychiatrie Q._____ du 19 au 21 avril 2017 ;
- un certificat de la Dresse P._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant du recourant depuis septembre 2015 recommandant une expertise de niveau universitaire.

Dans un rapport du 21 juillet 2017 adressé au conseil du recourant et signé du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et médecin adjoint à l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire du Secteur Psychiatrique Q._____, et de la psychologue T._____, il est fait état de cinq entretiens médico-psychologiques intégrés, à une fréquence hebdomadaire, mis en place dans les suites de l'hospitalisation en milieu psychiatrique du 19 au 21 avril 2017, ce pour l'évaluation de la dangerosité. En relation avec le traitement médicamenteux, le rapport mentionne une baisse de la prescription du Stilnox et l'introduction d'un traitement phytothérapeutique. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de trouble de la personnalité paranoïaque sont posés de même que le diagnostic différentiel de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Le pronostic est qualifié d'actuellement défavorable, sans possibilité de reprise d'une activité professionnelle.

En date du 16 août 2017, l'OAI a présenté ses observations sur les griefs du recourant à l'encontre de l'expertise, estimant qu'elle revêtait pleine valeur probante et considérant que les certificats médicaux des Drs I._____ et P._____ ne mettaient pas en évidence des éléments cliniques ou diagnostiques ignorés de l'expert judiciaire, ni ne permettaient de douter de son appréciation. L'intimé a renvoyé pour le surplus à un avis du SMR du 15 août 2017, signé du Dr R._____, lequel se référant aux certificats produits par le recourant le 12 juin 2017,

observait qu'ils n'apportaient aucun élément nouveau permettant de modifier l'appréciation du SMR antérieure à la décision litigieuse.

Par courrier du 4 septembre 2017, le recourant a requis que le rapport du Dr S._____ soit soumis à l'appréciation du SMR.

En date du 10 septembre 2018 a été produit au dossier le rapport d'hospitalisation du recourant à l'Hôpital M._____ du 24 mai au 29 juin 2002, signé du Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et chef de clinique adjoint, et de la Dresse V._____, médecin assistante, lesquels posaient notamment les diagnostics de trouble de la personnalité narcissique avec traits immatures et d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

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 (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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été déposé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

c) Le présent litige a trait au droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. Dans un premier grief de nature formelle, le recourant fait valoir que la motivation de la décision litigieuse est lacunaire.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave

aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

b) En l'occurrence, l'avis du juriste joint à la décision est certes succinct. Il demeure néanmoins intelligible : on comprend en effet qu'il pose le postulat que les différents avis d'experts ou médecins apprécient la même situation, avec pour corollaire qu'il s'impose de décider quelles conclusions – de quel expert ou médecin – sont pertinentes, au contraire de l'avis du SMR qui juxtapose dans le temps toutes les appréciations de la capacité de travail faites par les experts et médecins. On comprend également que dans ce contexte, l'antériorité de l'expertise du Dr D._____ par rapport à celles des Drs I._____ et F._____ est sans incidence. Par ailleurs, nonobstant la motivation succincte de l'intimé, le recourant a été en mesure de faire valoir ses arguments dans le cadre de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer – le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à l'arrêt 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Par conséquent, l'argument tiré d'une violation du droit d'être entendu doit être écarté.

Au demeurant, même dans l'hypothèse d'une violation grave du droit d'être entendu, un renvoi à l'autorité administrative serait totalement disproportionné en présence, comme en l'espèce, de la nécessité d'une expertise judiciaire.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (1^{re} phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (2^e phrase).

b) 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

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

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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). 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 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

d) En substance, se fondant sur l'expertise du Dr I. _____ et déniait toute valeur probante aux autres expertises, le recourant soutient qu'il présente une incapacité totale de travail depuis juillet 2008, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. L'intimé, se référant dans un premier temps aux expertises des Drs D. _____ et G. _____, puis à l'expertise judiciaire, considère que le recourant présente une pleine capacité de travail.

Préliminairement, il sera observé que le recourant a déposé sa demande de prestations le 24 juin 2010 de telle sorte que le droit à la rente prend naissance au plus tôt en décembre 2010. Il doit donc être déterminé en premier lieu si le recourant a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 %, sans interruption notable au cours des douze mois précédant décembre 2010, et dans l'affirmative s'il présentait une invalidité d'au moins 40 % à cette échéance. Dans cette dernière hypothèse ne doit être appréciée que l'évolution de l'incapacité de travail jusqu'à la date de la décision litigieuse, soit jusqu'au 23 octobre 2014.

Ces conditions temporelles entraînent pour conséquence que les rapports médicaux, et plus particulièrement les rapports d'expertise fondés sur des examens cliniques antérieurs à décembre 2009, ne sont en principe pas pertinents pour apprécier l'incapacité de travail pendant le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 LAI, qui plus est ultérieurement. Il ne pourra être tenu compte de ces rapports que sous l'angle des diagnostics et pronostics posés par leurs auteurs.

Par ailleurs, les rapports médicaux établis dans les suites de l'hospitalisation psychiatrique du 19 au 21 avril 2017 n'entrent pas en considération dans la mesure où ils concernent des faits survenus postérieurement à la décision du 23 octobre 2014.

5) a) Dans ses griefs à l'encontre de l'expertise judiciaire du Dr K._____, le recourant fait valoir en premier lieu que les données subjectives, personnelles et familiales retenues par cet expert recèleraient des incohérences, des incompréhensions, voire des erreurs. Il cite divers extraits de l'expertise en soutenant que les faits rapportés ne sont pas conformes à la réalité, respectivement à ses déclarations à l'expert, pour en déduire que l'analyse et les conclusions de l'expertise ne sont pas fiables.

Une expertise est considérée comme incomplète notamment lorsque l'expert ne tient pas compte de faits importants ressortant du dossier ou lorsque dans le cadre de l'examen, particulièrement de l'interrogatoire de l'expertisé, des faits importants ne figurant pas dans le dossier n'ont pas été mis en évidence (TF I 568/06 du 22 novembre 2006 consid. 5.1) A fortiori, en présence d'éléments de fait erronés ou interprétés par l'expert, la valeur probante de l'expertise sera niée pour autant que l'erreur ou le phénomène d'interprétation portent sur des faits importants déterminants pour l'appréciation des diagnostics et de la capacité de travail.

A cela s'ajoute que par définition, une anamnèse personnelle, familiale et sociale repose pour une bonne partie sur les déclarations de

l'expertisé, lesquelles peuvent souffrir d'inexactitudes ou d'imprécisions. L'expert a par ailleurs la liberté de définir quels éléments anamnestiques lui paraissent essentiels et n'a pas une obligation d'exhaustivité dans la relations des faits rapportés par l'expertisé. La valeur probante de l'expertise ne sera affectée que si l'inexactitude, l'imprécision ou le manque d'exhaustivité se rapportent à des éléments factuels importants pour l'appréciation de la cause.

En l'occurrence, il est improbable que l'expert ait introduit dans son rapport des éléments anamnestiques qui ne ressortiraient pas des déclarations du recourant ou des pièces au dossier, tels que son intérêt pour les [...], au demeurant réel, ou quelques détails relatifs à l'acquisition d'un immeuble à [...]. On ne conçoit guère quel aurait été l'intérêt de l'expert à imaginer ces faits, au demeurant sans importance sur l'appréciation finale. En outre, certains des extraits de l'expertise cités par le recourant, complétés ou rectifiés dans le cadre de ses déterminations, se rapportent à des faits également sans réelle incidence sur l'appréciation de l'état de santé psychique de l'intéressé (identité de la partie opposée dans le cadre du conflit à l'époque de son apprentissage, vie en couple de son frère, dimension et rythme de fréquentation des centres commerciaux, astreinte à une rente de 15 % en faveur de son ex-épouse en cas de reprise d'une activité, remise en question de la schizophrénie de sa fille).

Le recourant perd par ailleurs en crédibilité lorsqu'il soutient que son hospitalisation psychiatrique en 2002 a duré quatre jours et reproche à l'expert d'avoir mentionné quatre semaines alors que le rapport d'hospitalisation mentionne effectivement un séjour du 24 mai au 29 juin 2002. Il en va de même s'agissant de la durée de sa formation dans les années 1990, qui n'est pas d'un mois comme il le soutient mais largement supérieure au vu des pièces au dossier de l'OAI relatives aux différentes mesures de réadaptation mises en place dès 1991. Dans le même esprit, le recourant reproche à l'expert d'avoir mentionné le suivi de cours de comptabilité pendant six semaines en lieu et place de dix jours ; or, au dossier de l'intimé figure une attestation délivrée le 15

décembre 2010 portant sur la participation à un cours de comptabilité du 18 octobre 2010 au 10 décembre 2010 (P. 128). Le recourant soutient également avoir parlé à l'expert de deux tentatives de suicide en voiture « ces derniers mois », donnant lieu à des rapports de police, mais n'apporte pas la preuve que ces événements seraient antérieurs aux dates d'examen clinique d'août et septembre 2016. Par ailleurs, il sera observé que le recourant a manifestement tenu des propos permettant de considérer qu'il était impliqué dans l'exploitation de la boutique de son épouse, l'expert citant ceux-ci entre parenthèses (p.16 « on a aménagé ça en boutique, mais on a eu beaucoup de bâtons dans les roues par le service social, je pensais que l'on avait pu réussir, c'était bien ce qu'on a fait »).

Pour le surplus, en relation avec le grief d'interprétation des faits par l'expert, le recourant tente en réalité de substituer sa propre appréciation à celle de l'expert, dictant les conclusions que celui-ci aurait dû selon lui tirer des faits (libido, adoption d'un rôle de victime, implication dans la boutique ouverte par son épouse).

En conclusion, il n'existe pas d'indices concrets permettant de douter de la valeur probante de l'expertise s'agissant des éléments d'anamnèse retenus par l'expert.

b) Le recourant fait encore grief à l'expert d'avoir orienté ses questions. Or, il ressort des lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance SSPP et SSPA 2016 que si l'expertisé se voit dans un premier temps accorder la possibilité de s'exprimer spontanément (ch. 3.1), l'entretien approfondi implique un entretien libre et des questions structurées (ch. 3.2.1). L'examen fait appel à un large spectre de techniques et de stratégies d'investigations, allant de la conversation libre à des formes d'entretien très structurées (p. 16). L'expert dispose ainsi d'une grande latitude dans sa méthode d'investigation et il ne saurait être reproché au Dr K. _____ d'avoir posé au recourant des questions dirigées ou fermées s'il l'estimait nécessaire à l'exhaustivité de l'anamnèse.

c) Le recourant critique encore le fait que l'expert judiciaire se soit prononcé sur des périodes antérieures à l'examen clinique. Or, c'est précisément le mandat d'un expert que d'apprécier rétroactivement la capacité de travail d'un assuré et son évolution dans le temps.

d) Dans un autre moyen le recourant reproche à l'expert K._____ de ne pas avoir utilisé l'échelle d'Hamilton. Or, l'expert explique pour quelles raisons il n'a pas fait passer ce test au recourant, savoir que ce test ne peut pas servir d'instrument de diagnostic, que plusieurs de ces éléments dépendent des réponses subjectives de l'expertise et enfin, que son utilité paraît limitée dans le cadre d'une expertise, particulièrement en présence d'incohérences entre les plaintes de l'expertisé et ses activités quotidiennes et sociales. Par ailleurs, ni les lignes directrices précitées (p. 20), ni la jurisprudence n'imposent le recours à des instruments psychodiagnostiques, comme le test de Hamilton. Il appartient à l'expert de décider de l'opportunité de la mise en œuvre de tels test (TC 8C_798/2010 du 17 novembre 2010 consid. 3.1). Il en va au demeurant de même de la nécessité d'obtenir des renseignements complémentaires auprès des médecins traitants.

Cela étant, les choix méthodologiques de l'expert ne sont pas critiquables au regard de la jurisprudence comme des exigences de qualité précitées.

e) Enfin, le recourant émet l'hypothèse que l'expert se soit laissé dépasser par un ressenti négatif au point de douter de l'authenticité de ses souffrances. Il ne ressort cependant pas de l'expertise des éléments objectifs permettant de supposer l'existence d'une quelconque subjectivité ou prévention de l'expert à l'égard du recourant. Le Dr K._____ est demeuré factuel et n'a pas formé de jugement de valeur.

6. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - la capacité de travail raisonnablement exigible d'un assuré souffrant d'un syndrome sans

pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes

sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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

b) Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues à l'ensemble des maladies psychiatriques (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Plus particulièrement, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit désormais être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents

indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (cf. TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

c) En l'espèce, les diagnostics psychiatriques posés par les différents experts et médecins sont quelque peu divergents. La Dresse E._____ évoque un trouble dépressif majeur, chronifié. Le Dr D._____ retient un trouble dépressif majeur, épisode isolé, soit depuis le milieu de l'année 2008 , en rémission partielle et de gravité actuelle mineure (F32.6), ainsi qu'un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9), des traits de personnalité limite et obsessionnelle-compulsive. Le Dr F._____ mentionne le diagnostic d'état dépressif de degré moyen (F.32.1) chez une personnalité fragile narcissiquement, actuellement décompensée (F60.8). Le Dr G._____ retient quant à lui les diagnostics d'autres troubles spécifiques de la personnalité (narcissique) (F60.8) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Le Dr I._____ évoque les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.2), épisode actuel moyen à sévère et de troubles mixtes de la personnalité associant des traits narcissiques et de personnalité de type état limite (F 61.0). Enfin, le Dr K._____ pose les diagnostics de personnalité narcissique et émotionnellement labile (F61.0), existant depuis l'adolescence, et de dysthymie (F34.1), existant probablement depuis l'adolescence.

Etant rappelé que du point de vue de l'assurance invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2), les divergences entre experts sur ce point s'avèrent mineures. En effet, les diagnostics de trouble dépressif, d'état dépressif et de dysthymie relèvent tous du groupe des troubles de l'humeur (affectifs) selon la CIM-10. En réalité, ces diagnostics ne font que refléter les appréciations différentes des experts quant à l'intensité et à la fréquence des troubles de l'humeur et ne sauraient ainsi être considérés comme intrinsèquement contradictoires. Les Drs I._____ et K._____ se rejoignent quant au diagnostic de troubles de la personnalité (F61.0), le

second lui déniait cependant toute influence sur la capacité de travail au contraire du premier.

d) A titre liminaire, il sera observé que seule l'expertise du Dr K._____ a été établie sur la base d'un questionnaire intégrant les nouvelles exigences jurisprudentielles. Le fait qu'une expertise psychiatrique, comme en l'espèce celle du Dr I._____, n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par la jurisprudence ne suffit pas pour autant à lui dénier d'emblée toute valeur probante. (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

En l'espèce, l'expertise du Dr I._____ ne contient cependant pas les éléments nécessaires à une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants, notamment du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé. En effet, ce médecin se fonde principalement sur les plaintes exprimées par le recourant pour apprécier le degré de gravité du trouble dépressif et son impact sur la capacité de travail, sans les confronter aux éléments anamnestiques, au demeurant lacunaires car ne permettant pas de vérifier la répercussion de l'atteinte à la santé psychique dans les différents domaines de la vie. L'expert fait mention de troubles cognitifs sans toutefois les objectiver à la faveur de des examens cliniques successifs. Notamment, il ne fait pas état de difficultés particulières à retracer l'anamnèse du recourant. A cela s'ajoute que l'examen neuropsychologique effectué depuis lors par le psychologue L._____ met en évidence de bonnes compétences cognitives dans tous les domaines testés, sous réserve de la mémoire épisodique en modalité verbale. Le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte psychique retenu par Dr I._____ n'est pas cohérent avec l'absence de traitement et de médication psychiatriques, autre qu'un somnifère, depuis février 2010 et cet expert ne discute pas de cette incohérence, se contentant de prêter un effet contre-productif à un tel traitement. S'agissant du trouble de la personnalité, le Dr I._____ détaille les circonstances de sa survenance sans toutefois démontrer plus avant quelles limitations fonctionnelles entraînerait ce trouble dans une activité professionnelle. Enfin, il convient

de constater que l'expertise du Dr I._____ est lacunaire au point qu'il n'est pas possible d'apprécier la surmontabilité par le recourant des effets de sa personnalité, qualifiée de décompensée par ce praticien.

Quant au consilium du Dr F._____, il s'avère par trop succinct pour se voir conférer valeur probante selon les critères jurisprudentiels actuels.

e) Dans son rapport du 13 octobre 2016, l'expert K._____ a conclu que les atteintes psychiques du recourant, soit celles de personnalité narcissique émotionnellement labile et de dysthymie, n'étaient pas incapacitantes.

Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. L'expert a décrit de manière exhaustive les plaintes du recourant et les a confrontées à ses observations cliniques ainsi qu'à l'anamnèse. Il a longuement développé les raisons pour lesquelles il écartait le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère pour retenir celui de dysthymie, en listant diverses incohérences entre les plaintes et l'examen clinique d'une part et les éléments objectivables de l'anamnèse d'autre part, tels que capacité de poursuivre des activités sociales, administratives, ménagères, de s'engager dans des procédures judiciaires, d'avoir des projets, de mener une vie autonome et de chercher une solution à ses problèmes, ou encore l'absence de traitement psychiatrique. Dans le cadre de l'examen clinique, l'expert a observé, contrairement aux plaintes formulées par le recourant, une réactivité émotionnelle à des événements agréables, la capacité d'interagir de manière adéquate avec l'interlocuteur et de participer activement aux entretiens cliniques sans signe de fatigue, ni diminution importante de l'attention et de la concentration, l'absence de sentiment prédominant de culpabilité ou de dévalorisation en relation avec les injustices et blessures alléguées, le maintien de l'espoir d'obtenir gain de cause respectivement l'absence d'attitude pessimiste face à l'avenir, l'absence d'idées ou d'actes auto agressifs, de ralentissement ou d'agitation au plan psychomoteur, de dépression plus marquée matinale ou de réveil matinal

précoce, de perte marquée de l'appétit ou de la libido. Par ailleurs, l'examen neuropsychologique confirmait l'existence de bonnes compétences cognitives, à l'exception de la mémoire épisodique en modalité verbale, compétence ressortant également de l'examen clinique psychiatrique. Enfin, l'expert a détaillé les éléments factuels qui fondaient le diagnostic de dysthymie, savoir que le sentiment d'épuisement prédominait, que les fluctuations de l'humeur avec des abaissements se limitaient à quelques jours et n'empêchaient pas le recourant de faire face aux exigences de la vie quotidienne, et enfin que le mauvais sommeil, la perte de confiance et les ruminations constituaient des symptômes légers.

Par ailleurs, l'expert a expliqué de manière détaillée et convaincante, soit en reprenant les différentes étapes de vie du recourant, les raisons pour lesquelles il considérait que celui-ci disposait de ressources personnelles manifestes, de telle sorte que les difficultés objectivables dues à la dysthymie, atteinte caractérisée par des symptômes légers et s'inscrivant en l'occurrence dans une personnalité narcissique émotionnellement labile, étaient insuffisantes pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique.

f) Pleine valeur probante pouvant être conférée à l'expertise judiciaire, il doit être retenu que le recourant ne présente pas d'atteinte invalidante et dispose d'une capacité de travail totale dans toute activité.

g) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (nouvelle et ultime expertise, IRM, interpellation du Dr K._____) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

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

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 23 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandra Farine Fabbro (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :