

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 avril 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat au sein d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 4 LAI

E n f a i t :

A. **a)** D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, ayant travaillé comme chef d'équipe chez W._____SA à [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 5 novembre 2012, en faisant valoir qu'il était en incapacité de travail depuis le 15 juillet 2012 à 100% en raison de problèmes neurologiques.

Dans un questionnaire adressé par l'OAI à l'employeur, celui-ci a confirmé la date de l'incapacité de travail et a joint une lettre de licenciement du 24 avril 2012 adressée à son employé, rédigée en ces termes :

« Nous avons pris la décision de nous séparer de vos services pour la date du 31 juillet 2012.

En effet malgré les avertissements, votre comportement n'est plus à servir dans l'entreprise.

Vous avez encore dernièrement refusé d'effectuer des contrôles le week-end, ce que vous avez fait pendant de nombreuses années. »

Dans un rapport médical du 26 novembre 2012, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de maladie de Parkinson avec sévère dystonie douloureuse de l'hémicorps droit. Sous la rubrique « anamnèse », il a mentionné ce qui suit :

« Cet ouvrier agricole a subi, en 2007, un traumatisme crânien sans complication locale et sans perte de connaissance mais entraînant par la suite des troubles de la conscience brefs, accompagné d'impression de « blocage de la pensée » et des mouvements, sans chute ni aucune conséquence grave. L'IRM cérébrale a démontré un hématome sous-dural frontal gauche pour lequel le service de neurochirurgie du Centre hospitalier Q._____ n'a pas posé d'indication opératoire. Lors de l'hospitalisation de 2007, le patient a été vu par le Dr P._____, neurologue à [...] qui a déjà noté une rigidité des 4 membres à l'examen clinique. Le Dr P._____ a, par la suite, revu fréquemment Monsieur D._____ pour la conduite d'un traitement anti-épileptique à base de Dépakine.

C'est en juin 2010 que le Dr P. _____ a été frappé par une rigidité de plus en plus sévère de tout l'hémicorps droit du patient et que le diagnostic de syndrome extra-pyramidal a été posé. Début d'un traitement d'Azilect sans grands résultats, puis passage au Madopas sans amélioration. Essai d'un traitement de Dantamacrin 25 mg 3x/j. sans plus de résultats. Vu l'aggravation de la dystonie douloureuse de l'hémicorps droit du patient, le Dr P. _____ a décidé de demander l'aide du Professeur G. _____ au Centre hospitalier Q. _____ qui verra Monsieur D. _____ le 26 novembre. »

S'agissant du pronostic, le Dr H. _____ mentionnait que pour l'instant aucune reprise de l'activité d'employé agricole n'était envisageable, l'assuré étant inapte à tout travail productif sur le marché ouvert de l'emploi, tout en précisant que ce dernier aurait probablement même de la peine à effectuer des travaux légers si ce n'était des travaux minimes en position assise.

Dans un rapport du 19 décembre 2012, le Dr H. _____ a posé comme diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome parkinsonien atypique à caractère dystonique hémicorporel droit existant depuis 2010 et comme diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, un hématome sous-dural frontal droit en 2007 responsable d'une épilepsie transitoire pendant deux ans désormais guéri. Il mentionnait, concernant le pronostic, que l'assuré ne souffrait manifestement pas d'une maladie de Parkinson standard, mais d'une forme de « Parkinson + » dont le diagnostic étiologique n'était pas encore précisé et qui, de façon claire, ne répondait pas aux traitements, tout en précisant que la probabilité d'une amélioration et de la reprise d'une capacité de travail était très douteuse.

Etait joint au rapport précité un courrier, daté du 12 octobre 2012, du Dr P. _____ adressé au Professeur G. _____, médecin chef au Département des neurosciences cliniques du Centre [...] (ci-après : Centre hospitalier Q. _____), dans lequel il mentionnait que le patient était en arrêt de travail depuis des mois et qu'il allait certainement perdre son emploi si sa situation n'était pas stabilisée, précisant que l'atteinte n'était pas assez grave pour justifier une rente de l'assurance-invalidité et que les différents traitements préconisés ne semblaient pas améliorer la symptomatologie extrapyramidale du patient.

Un courrier, daté du 11 décembre 2012, était également joint au rapport du Dr H._____, dans lequel le Prof. G._____, ainsi que la Dresse N._____, cheffe de clinique au Département des neurosciences cliniques du Centre hospitalier Q._____ avaient constaté que l'assuré présentait un syndrome extra-pyramidal surtout akinétique et légèrement rigide à droite, avec des phénomènes dystoniques très marqués (au niveau du tronc surtout), des difficultés praxiques du membre supérieur droit, une altération des modalités sensitives corticales à droite, d'apparition progressive. Ils avaient également noté des anomalies au status datant d'il y a plusieurs années (description d'un syndrome extrapyramidal en 2007), précisant que le patient était nettement gêné depuis quelques mois. Ils concluaient que l'ensemble de la symptomatologie évoquait un possible syndrome de Parkinson-plus, notamment une possible dégénérescence cortico-basale.

Par communication du 4 février 2013, l'OAI a conclu qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, dès lors que la situation médicale de l'assuré n'était pas stabilisée.

Dans un rapport du 16 juillet 2013, le Dr H._____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome akinétique et rigide avec dystose et troubles praxiques de l'hémicorps droit ainsi que de status post hématome sous-dural frontal gauche post-traumatique en 2007 avec crises épileptiques partielles secondaires. Ce médecin précisait que d'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Il a également répondu comme suit aux questions complémentaires au rapport médical soumises par l'OAI :

« **1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport et à l'échéance du délai de carence d'une année ?**

L'évolution n'est pas favorable avec persistance douloureuse de tout l'hémicorps droit qui oblige (sic) le patient à s'arrêter même après 100 mètres de marche qu'il accomplit occasionnellement avec sa fille de 5 ans. Il décrit la sensation de « porter un poids de 20 kg dans la main droite », impossibilité de dormir sur le côté droit en raison des douleurs. Le patient se

déclare extrêmement rigide le matin au lever dans tout son hémicorps droit.

2. Quelle est la situation actuelle ?

Cf. chiffre 1.

3. Quel est le traitement actuel ?

Dafalgan 1 g à la demande.

4. Est-ce que l'origine de cette atteinte a pu être précisée ?

Les différents examens pratiqués à la polyclinique de neurologie du Centre hospitalier Q._____ n'ont pas pu formellement confirmer la présence d'un syndrome parkinsonien en raison des résultats obtenus lors du DAT-Scan du 10.01.2013. Les médecins du Centre hospitalier Q._____ ont conclu à un syndrome douloureux chronique et troubles neurologiques fonctionnels (syndrome akinétique de l'hémicorps droit et latéro-flexion du tronc vers la droite). Je suis très étonné des conclusions du Centre hospitalier Q._____ car le Dr P._____, neurologue expérimenté et qui connaît le patient depuis quelques années avait fortement suspecté un problème neurologique de type Parkinson sans jamais évoquer le diagnostic de « troubles fonctionnels ».

5. Quels sont les limitations fonctionnelles actuelles ?

Le patient est actuellement inapte à tout travail productif sur le marché de l'emploi. Il pourrait tout au plus probablement effectuer quelques menus travaux en position assise mais devrait pour cela être observé et évalué dans un centre d'évaluation pour troubles neurologiques et fonctionnels.

6. Est-ce qu'il existe une capacité de travail dans une activité adaptée ?

Je ne vois actuellement aucune activité envisageable pour Monsieur D._____ si ce n'est des travaux très simples en position assise.

7. Quel est le pronostic ?

Au vu de la chronicisation des symptômes et du doute quant au diagnostic exacte de la maladie dont souffre Monsieur D._____, une expertise neurologique pourrait être envisagée afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de mon patient. »

Dans un rapport du 9 octobre 2013, le Dr I._____, spécialiste en neurologie au sein du Centre hospitalier Q._____, a évoqué un syndrome douloureux chronique ainsi que des troubles neurologiques fonctionnels, en se référant aux rapports des Drs P._____ et G._____.

Par avis médical du 3 mars 2014, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale au sein du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise neurologique, avec liberté pour l'expert de demander un consilium psychiatrique.

Il ressort du rapport d'expertise médicale du 16 juin 2014 du Dr C. _____, spécialiste en neurologie, que l'assuré ne présentait pas de pathologie neurologique significative susceptible de représenter des limitations dans l'activité professionnelle exercée précédemment ainsi que dans toute activité potentiellement exigible. L'expert a néanmoins retenu que les troubles fonctionnels paraissaient vraisemblablement authentiques et que seule une appréciation psychiatrique permettrait de déterminer si ces troubles étaient causés effectivement d'un handicap. L'expertise contient en outre ce qui suit :

« 2. Plaintes et données subjectives de l'assuré :

[...]

Sans que le patient puisse préciser la date d'apparition de cette composante de la symptomatologie, dans les années 2007-2010 vont apparaître des troubles essentiellement hémicorporels droits comportant des troubles moteurs et sensitifs, des phénomènes dystoniques, paresthésiques et des douleurs.

Cette composante de la symptomatologie va en s'aggravant représentant pour le patient la cause de son incapacité de travail persistante.

« 4.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail :

Sur le plan strictement neurologique :
- Aucun

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Malaises d'origine indéterminée (vraisemblablement psychogène avec comme élément diagnostic différentiel des crises partielles complexes) présente depuis 2007
- Hémisyndrome sensitivo-moteur droit d'origine fonctionnelle (présent depuis 2007).
- Status après hématome sous-dural frontal gauche.

5. Appréciation du cas et pronostic :

[...]

En bref, un examen clinique caractérisé par des troubles sensitivo-moteurs hémicorporels droits, accompagnés de quelques phénomènes dystoniques au niveau du membre supérieur droit, sans éléments effectivement clairement indicateurs d'un syndrome extrapyramidal parkinsonien, au sens habituel du terme.

[...]

Pratiquement, je pense qu'il s'agit de laisser le diagnostic différentiel ouvert avec tout de même un faisceau de facteurs militant actuellement plus pour une origine psychogène que comitiale aux troubles. Sur le plan de la capacité de travail, aux dires même du patient, les malaises dont il souffre encore occasionnellement ne représentant pas un handicap et notamment une cause d'incapacité de travail tant dans l'activité exercée préalablement que dans toute autres activité potentiellement exigible hormis une activité à risque majeur de blessures en cas de perte de connaissance et nécessitant la conduite automobile professionnelle d'un véhicule automobile. A relever à ce propos que les « crises » n'ont semblent-ils (sic) jamais comporté de perte de connaissance mais uniquement des phénomènes de déconnexion ce qui est également un élément de bon pronostic concernant la capacité de travail.

S'agissant des troubles neurologiques et sensitifs, là encore, l'ensemble des éléments à notre disposition évoque comme le plus probable l'existence de troubles fonctionnels chez un patient tendu et anxieux. Le diagnostic différentiel est essentiellement, comme l'ont évoqué les neurologues du Centre hospitalier Q._____, une maladie dégénérative de type Parkinson-Plus et tout particulièrement une dégénérescence cortico-basale pour laquelle les examens pratiqués durant l'hospitalisation de janvier 2013 n'ont pas apporté d'arguments tant cliniques que paracliniques. Relevons toutefois à ce propos que le bilan neuropsychologique a tout de même révélé un ralentissement sévère avec des performances basses et un dysfonctionnement fronto-sous-cortical mais sans signes typiques pour une atrophie cortico-basale. Ce dysfonctionnement neuropsychologique, quel qu'en soit la cause (neurologique ou psychologique), doit être gardé à l'esprit dans l'appréciation de la capacité de travail.
[...]

Sur le plan de la capacité de travail, en l'absence d'une affection neurologique clairement documentable, il n'est pas possible de retenir une incapacité de travail dans l'activité antérieure ainsi que dans toute autres activité potentiellement exigible. Néanmoins, chez ce patient paraissant tout à fait authentique dans ses plaintes, avant de conclure à l'absence d'incapacité de travail pour raisons médicales, il convient, comme mentionné plus haut, de pratiquer une expertise psychiatrique accompagnée d'un nouveau bilan neuropsychologique. »

En définitive, sur le plan strictement neurologique, l'expert a retenu une capacité de travail complète (plein temps et rendement de 100%) dans l'activité exercée préalablement, ceci depuis l'apparition des troubles courant 2007.

Par avis médical du 2 juillet 2014, le Dr M._____ du SMR, se ralliant à l'avis de l'expert, a préconisé la mise en œuvre d'un examen neuropsychologique sur la personne de l'assuré suivi d'une expertise

psychiatrique, afin de vérifier si les troubles neuropsychologiques persistaient et compte tenu de la suspicion de troubles neurologiques fonctionnels.

A la demande de l'OAI, l'assuré s'est soumis à un examen neuropsychologique en date du 7 novembre 2014. Dans son rapport d'examen du même jour, la psychologue J._____ a relevé une dysfonction exécutive importante avec un ralentissement sévère et un manque d'incitation, des troubles mnésiques épisodiques antérogrades sévères, des performances insuffisantes dans les tests gnosiques visuels, des difficultés de calcul et à l'écriture qui ne pouvaient pas s'expliquer uniquement par la faible scolarisation, relevant que les praxies constructrices et idéomotrices étaient dans les normes. Elle en a conclu que l'assuré présentait une dysfonction cognitive sévère et diffuse, qui comportait de nombreuses particularités et incohérences laissant fortement suspecter des éléments de surcharge de nature non organique. Elle a encore précisé que les résultats de l'examen devaient être interprétés avec prudence, n'étant pas en mesure de se prononcer de manière fiable sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles sur le plan strictement cognitif, et a mentionné qu'un avis psychiatrique était souhaitable.

Par avis médical du 2 décembre 2014, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale au sein du SMR, a relevé que l'examen neuropsychologique n'apportait pas la clarté espérée et qu'une expertise psychiatrique s'avérait nécessaire.

Dans un rapport d'expertise du 14 août 2015, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dissociatif (de conversion, avec présentation mixte) (F44.7), tout en écartant les diagnostics différentiels de trouble factices ou de simulation ainsi que de trouble somatoforme indifférencié et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a en outre retenu ce qui suit :

« Anamnèse familiale

L'assuré dit que son père est âgé de 80 ans et qu'il est malade. Il n'aurait pas la force et des difficultés à marcher. [...]

La mère est décédée il y a à peu près trois ans d'une tumeur au cerveau à l'âge de 76 ans. [...]

L'expertisé dit être l'avant-dernier d'une fratrie de sept. Une sœur est décédée d'un cancer de l'utérus il y a une trentaine d'années. Son jumeau est mort au mois de mars 2015 d'un cancer du poumon.

[...]

Plaintes actuelles

Laissé à ses plaintes spontanées, l'intéressé rapporte essentiellement une douleur thoracique droite basse qu'il chiffre à 9 sur 10 sur l'échelle visuelle analogique. Il dit que cette douleur augmente à l'effort. Il se plaint de douleurs mais de douleurs moins intenses de l'épaule et du membre supérieur droit.

L'intéressé rapporte aussi une sensation d'endormissement de la main droite. [...]

Au questionnement systématique, l'intéressé rapporte une symptomatologie dépressive faite de tristesse, de diminution de l'intérêt et du plaisir et d'une fatigue anormale. [...]

M. D. _____ rapporte des troubles attentionnels et mnésiques.

[...]

Appréciation finale

[...]

M. D. _____ a été victime d'un traumatisme crânien à fin juin 2007 après avoir [cogné] sa tête contre une machine. Quelques jours plus tard, il a présenté une symptomatologie qui a conduit à des investigations et à la découverte d'un hématome sous-dural frontal gauche de petit volume qui ne justifiait pas d'intervention chirurgicale. L'évolution a été favorable. L'assuré a repris son travail en plein

Après avoir affirmé le contraire, votre assuré finit par admettre que, depuis lors au moins, les rapports avec son employeur se sont dégradés et qu'il a été licencié dans un contexte conflictuel.

[...]

Appréciation diagnostique

[...]

Dans le cas présent, votre assuré relève d'une symptomatologie mixte qui pourrait correspondre à l'image qu'il se fait d'un accident vasculaire cérébral ou aux conséquences d'une lésion encéphalique gauche. Il n'est pas exclu qu'il ait pu observer des symptômes

similaires aux siens chez sa mère qu'il dit être décédée d'une tumeur cérébrale.

[...]

Le tableau clinique présenté par l'assuré se situe dans un contexte de conflit sur les lieux de travail, qu'il le veuille ou non. On a les traces objectives au dossier. Ce conflit peut être considéré comme le facteur de stress à l'origine du trouble. Les récents décès dans la famille peuvent aussi y être pour quelque chose.

Au vu de tous ces éléments et au vu des conclusions des neurologues, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir un vraisemblable *trouble dissociatif de conversion*. Il s'agit du type *mixte* sachant que l'intéressé rapporte une symptomatologie de plusieurs registres.

[...]

Appréciation du point de vue de la médecine des assurances

[...]

- *Trouble dissociatif (de conversion)*

La CIM-10 classe le trouble de conversion dans le chapitre spécifique des troubles dissociatifs. Le DSM-IV-TR classe ce trouble dans le chapitre des troubles somatoformes. La définition du trouble est la même dans les deux classifications.

[...]

Pour l'expert, le trouble de conversion de l'intéressé ne *peut pas être considéré comme sévère* pour les motifs ci-après :

- Même en admettant que les déficits « neurologiques » de l'intéressé, un neurologue rapporte explicitement le 12.10.2012 que l'atteinte n'est « naturellement pas assez grave pour justifier une rente AI »
- M. D. _____ ne présente pas d'autres troubles psychiques (comorbidité) qui auraient valeur incapacitante en soi.

Il n'y a pas de pathologie dépressive sachant que les symptômes, par ailleurs induits par le questionnement dirigé de ce sujet, se posent en discordance avec ce qui est objectivement constaté. Il n'est d'ailleurs pas mentionné de trouble dépressif stricto sensu au dossier. Il n'en est pas mentionnés (sic) au sortir du Centre hospitalier Q. _____ où l'intéressé a été examiné à trois reprises par un médecin psychiatre. L'assuré n'a pas de traitement pour une pathologie dépressive et pas d'antidépresseur en particulier. L'assuré ne relève pas d'autres troubles mentaux. Une pathologie de personnalité est raisonnablement exclue au vu du fonctionnement de M. D. _____ jusqu'aux faits en cause aujourd'hui.

L'intéressé conserve par ailleurs des *ressources conséquentes*. Il a de bonnes capacités relationnelles et son réseau social reste large.

M. D. _____ est aussi capable de communiquer normalement. Il a pu moduler ses affects et entrer adéquatement en relation avec l'expert.

L'assuré conduit. Il peut se déplacer. Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne et ses soins corporels. Il conserve des activités de loisirs.

M. D. _____ a géré correctement le processus d'expertise. Il a organisé ses déplacements à Sion sans annoncer de difficultés particulières. Il a pu se rendre au laboratoire voisin à pied, il est vrai accompagné de ses proches, sur la base du plan qui lui a été remis, sans exprimer de quelconques inquiétudes à ce sujet. Il y est arrivé dans le délai attendu.

Le fonctionnement neuropsychologique est tout à fait normal en séance. Rien n'a jamais fait soupçonner une atteinte cérébro-organique.

On doit enfin souligner que cet assuré est bien plus dans le champ d'un *comportement anormal de malade* que dans celui d'une *maladie mentale* stricto sensu, comme le seraient une maladie d'Alzheimer, un trouble schizophrénique ou épisode dépressif ou maniaque dans le contexte d'un trouble bipolaire.

En l'état, le soussigné considère que votre assuré ne souffre pas de troubles psychiatriques qui induisent des limitations et une incapacité de travail. Il n'y en a jamais eues. Sur le plan psychiatrique et dans la mesure où les spécialistes en cause écartent une maladie neurologique, M. D. _____ devrait être théoriquement apte à reprendre à 100% les activités qu'il a exercées jusqu'ici.

Conclusions

En conclusion, M. D. _____ présente vraisemblablement un trouble dissociatif de conversion. Si une grande partie du tableau clinique peut être attribuée à ce trouble, une amplification de certains symptômes psychiatriques ne fait guère de doute.

Ce tableau clinique survient après un traumatisme crânien avec hématome sous-dural frontal gauche dont l'évolution objective a été favorable. En l'état actuel, le dossier ne rapporte pas de pathologie somatique et neurologique en particulier qui justifierait une incapacité de travail.

Sur le plan *psychiatrique* et dans la mesure où les spécialistes en cause écartent une maladie neurologique, M. D. _____ devrait être théoriquement apte à reprendre à 100% les activités professionnelles qu'il a exercées jusqu'ici.

Le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité, sachant qu'il n'y a pas de données convergentes et définitives sur ce qui pourrait être propos dans un tel cas. Le suivi

psychiatrique n'aurait de sens que si l'intéressé en faisait la demande, ce qui n'est pas le cas en ce moment.

Sur le plan professionnel, l'expert n'a rien à proposer sachant que l'intéressé se présente comme totalement invalide et qu'il ne se voit pas de reprendre le travail.

Le pronostic purement psychiatrique n'est pas mauvais puisque M. D._____ ne souffre pas d'un trouble mental grave ni d'une comorbidité psychiatrique qui serait préoccupante. Le pronostic de la reprise de travail est par contre réservé, en raison du contexte psycho-social qui a été décrit plus haut dans le texte de ce rapport médical. »

Un rapport SMR du 1^{er} septembre 2015 du Dr M._____ fait état que l'assuré n'a aucune atteinte à la santé et que, partant, sa capacité de travail est de 100% dans toute activité. Il y est également mentionné ce qui suit :

« Assuré sans formation, ouvrier agricole avec fonction de chef de groupe, en incapacité de travail depuis juillet 2012.

La symptomatologie a été celle de troubles neurologiques avec troubles de la marche, troubles neuropsychologiques et douleurs.

Il a fallu de nombreuses investigations pour arriver à exclure une atteinte organique chez cet assuré qui avait présenté 7 jours après un choc à la tête un petit hématome sous-dural frontal en 2007. Cet hématome n'avait pas nécessité un autre traitement qu'une surveillance. Rétrospectivement il apparaît que cet accident a vraisemblablement joué un rôle de déclencheur d'un sentiment d'être atteint dans sa santé, comme sa mère, décédée d'un cancer du cerveau. La relation au travail a commencé à se dégrader pour se terminer par un licenciement.

Au terme des investigations, qui ont comporté un nouvel examen neuropsychologique, une expertise neurologique et une psychiatrique, aucune atteinte invalidante n'a pu être mise en évidence.

Ce constat n'est pas si surprenant si l'on tient compte que l'assuré, malgré certaines constatations faites en condition d'examen, garde de bonnes capacités relationnelles avec son entourage, des activités sociales soutenues, sa capacité (sic) de conduire et un bon encrage familial. Aucune pathologie psychiatrique autre de type trouble de l'humeur n'a pu être mise en évidence par l'expert psychiatre. Les explorations neuropsychologiques ont mis à jour de forts ralentissements, mais certains résultats discordants ne permettent pas de retenir une atteinte neuropsychologique avec influence négative sur la capacité de travail. Cet examen laisse également suspecter des éléments de surcharge de nature non-organique.

L'expert psychiatre a discuté en détail le diagnostic différentiel, et il écarte le diagnostic de simulation. Il admet tout au plus une certaine majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, mais sans que cette symptomatologie ne remplisse les critères pour être retenue comme diagnostic à part.

Cette instruction exhaustive ne permet pas de retenir une atteinte à la santé au sens de l'AI avec influence négative sur la capacité de travail. Dès lors une pleine capacité de travail dans toute activité doit être retenue. »

Par projet de décision du 14 septembre 2015, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations AI, dès lors que les renseignements médicaux dont il disposait ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI et qu'aucun élément objectif n'indiquait que sa capacité de travail était limitée.

L'assuré, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a déposé des observations le 30 octobre 2015. Il s'est opposé au projet de décision de l'OAI, dans la mesure où il estimait qu'il n'était en l'état pas envisageable pour lui de reprendre une activité professionnelle dans le marché économique traditionnel à 100% compte tenu de ses graves problèmes de santé et de ses limitations. Il soutenait que les Drs C. _____ et K. _____ avaient minimisé les atteintes à sa santé et se référait au questionnaire, daté du 8 octobre 2015, rempli par le Dr H. _____ à la demande du conseil de l'assuré. Celui-ci y mentionnait que la capacité de travail était nulle pour l'activité habituelle d'ouvrier agricole et qu'aucune autre activité productive n'était en l'état envisageable. S'agissant des limitations fonctionnelles, ce praticien indiquait que les troubles neurologiques sous forme de rigidité de tout l'hémicorps droit accompagnés de douleurs de cette même région rendaient tout travail physique impossible et ne permettaient, au plus, que de très légères activités manuelles en position assise, ne demandant aucun effort ni aucune capacité intellectuelle élaborée. De son avis, le diagnostic de troubles dissociatifs (de conversion avec présentation mixte) était un diagnostic par exclusion de toute autre pathologie organique (neurologique) ou psychiatrique, précisant que ce diagnostic était impossible à prouver de manière objective mais qu'il pourrait se révéler

correct au vu de l'impossibilité de poser un autre diagnostic d'une maladie neurologique connue actuellement. Le Dr H. _____ estimait que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis 2007 avec aggravation des plaintes de type rigidité et douleurs de tout son hémicorps droit et que la chronicité des troubles de son patient ne permettait pas d'envisager une amélioration de sa capacité de travail à court ou moyen terme, une amélioration à long terme étant à son avis hautement improbable.

Par avis médical du 25 novembre 2015, le Dr M. _____ du SMR a relevé que le Dr H. _____ ne mentionnait pas le diagnostic réellement retenu, à savoir le trouble neurologique fonctionnel et que la question qui se posait était au final de savoir si le trouble dissociatif diagnostiqué correspondait à une atteinte à la santé à considérer comme invalidante ou non au sens de l'AI, question à laquelle les experts C. _____ et K. _____ avaient répondu par la négative.

L'OAI, dans un avis-juriste du 23 février 2016, a considéré que l'expertise psychiatrique remplissait les critères de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et que l'avis du médecin traitant n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts.

Par décision du 16 avril 2016, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré pour les mêmes motifs que ceux évoqués dans son projet de décision du 14 septembre 2015.

B. Par acte du 25 mai 2016, l'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO), Le recourant relève que l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise neurologique du 16 juin 2014 du Dr C. _____ ainsi que sur le rapport d'expertise psychiatrique du 14 août 2015 du Dr K. _____ pour lui dénier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recourant relève à cet égard que le Dr C. _____, même s'il n'a pas retenu d'incapacité de travail du point de vue purement neurologique, considérait qu'une incapacité de travail devait être reconnue à l'assuré au vu de la

symptomatologie et des limitations présentées, raison pour laquelle il avait proposé d'autres examens. Le recourant soutient par ailleurs que le rapport du Dr K._____ n'est pas probant, dès lors qu'il comporterait de nombreuses contradictions et qu'il ferait apparaître une certaine prévention à son égard, l'expert mettant en doute la sévérité du trouble diagnostiqué.

Par réponse du 14 juillet 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours, au motif notamment que l'expertise psychiatrique du Dr K._____, qui avait au demeurant pleine valeur probante, ne retenait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Par réplique du 31 octobre 2016, l'assuré s'est référé à son mémoire de recours et a évoqué l'avis de la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel l'assuré souffrirait d'un épisode dépressif sévère entraînant une incapacité de travail totale.

Par duplique du 21 novembre 2016, l'OAI a à nouveau proposé le rejet du recours, considérant que la réplique du recourant n'appelait aucun commentaire particulier.

Par courrier du 5 décembre 2016, le recourant a produit une correspondance de la Dresse B._____ du 28 novembre 2016, attestant qu'il était suivi à sa consultation et que le dernier entretien datait du 25 novembre 2016. Cette praticienne y précisait que le diagnostic d'état dépressif sévère avait été retenu après le refus de l'OAI d'entrer en matière et qu'aucun signe de dépression n'avait été mentionné dans l'expertise psychiatrique du 14 août 2015. Le recourant a également produit un rapport daté du 14 septembre 2016 des Drs R._____ et L._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Département de psychiatrie du Centre hospitalier Q._____, Secteur [...], attestant qu'il avait séjourné de manière volontaire dans le service du 25 juillet au 19 août 2016 en raison d'idées suicidaires scénarisées. Il ressort de ce rapport que le recourant souffrait d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, dans un contexte de refus d'entrée en

matière de l'OAI et du décès de son père un mois auparavant, générant chez lui un important sentiment de tristesse, de désespoir ainsi que de culpabilité. Il était également mentionné qu'au vu de la bonne évolution sur le plan psychique avec amélioration sur le plan thymique et diminution des idées suicidaires, le patient avait pu rentrer à domicile le 19 août 2016.

Par déterminations du 19 décembre 2016, l'OAI a maintenu sa proposition de rejet du recours, se fondant sur un avis médical du Dr M. _____ du SMR daté du 12 décembre 2016, dans lequel ce médecin observait que l'épisode dépressif sévère était apparu postérieurement à la décision litigieuse, étant en lien avec le refus d'entrer en matière, et que cette atteinte à la santé ne permettait ainsi pas de remettre en cause cette décision.

Le recourant s'est encore déterminé par courrier du 29 décembre 2016, en faisant valoir en substance que les troubles psychiatriques dont il souffrait n'étaient pas en lien direct avec le refus de l'OAI de prester mais remontaient à un certain nombre d'année déjà.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui 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, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

3. 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. 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 (art. 6 LPGA in fine).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) 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 – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse 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).

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).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

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 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

5. **a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut

liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

b) Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

6. a) Sur le plan neurologique, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr C._____ du 16 juin 2014 pour dénier au recourant le droit à des prestations de l'AI. Cet expert retient en effet une capacité de travail complète (plein temps et rendement de 100%) dans l'activité exercée préalablement, dans la mesure où il est parvenu à la conclusion qu'aucune affection neurologique n'était présente chez le recourant. Ce rapport d'expertise est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du recourant et contient des conclusions claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas. Celui-ci soutient à cet égard qu'à la lecture du rapport précité, « l'on ne peut que constater que l'expert, même s'il ne retient pas d'incapacité de travail du point de vue purement neurologique, considère qu'une incapacité de travail doit être reconnue à l'assuré au vu de la symptomatologie et des limitations présentées, raison pour laquelle il propose d'autres examens. » Ce n'est pas exactement ce qui ressort du rapport d'expertise. Certes, l'expert a émis des doutes quant à la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique. Il n'était toutefois pas en mesure d'affirmer, contrairement à ce que soutient le recourant, qu'une incapacité de travail devait être reconnue sur le plan psychiatrique, n'étant précisément pas psychiatre. C'est la raison pour laquelle l'expert a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, sans se prononcer plus avant sur ce plan-là.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier (cf. en particulier les rapports, au demeurant plus anciens, du médecin traitant, le Dr H._____, des 26 novembre, 19 décembre 2012 et 16 juillet 2013) ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions auxquelles est parvenu le Dr C._____.

Sur le plan neurologique, il convient donc de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise du 16 juin 2014 du Dr C._____, selon lesquelles l'assuré présente une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle.

b) Sur le plan psychiatrique, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr K._____ du 14 août 2015, lequel retient comme diagnostic un trouble dissociatif (F44.7) sans répercussion sur la capacité de travail, pour retenir une capacité de travail à 100% dans l'activité habituelle. Le recourant fait en particulier valoir que l'expert K._____ met en doute à tort la sévérité du trouble diagnostiqué, notamment parce qu'il a considéré que le recourant pouvait conduire et qu'il a retenu l'avis du Dr P._____, neurologue, selon lequel l'atteinte n'était pas assez grave pour justifier une rente AI. Or force est d'admettre que l'avis du médecin précité a été confirmé par l'expertise neurologique à l'issue de laquelle aucune atteinte sur le plan neurologique n'a été retenue. Par ailleurs, en se focalisant sur la problématique de la conduite automobile, le recourant perd de vue que l'expert évoque bien d'autres raisons de considérer que le trouble n'est pas sévère. En effet, l'expert relève que l'assuré n'a pas d'autres troubles psychiques (comorbidités) qui auraient valeur incapacitante en soi, qu'il conserve de bonnes capacités relationnelles, un réseau social large, une capacité de communiquer normalement et de moduler ses affects, de l'autonomie dans ses activités de la vie quotidienne et qu'il s'adonne à des activités de loisirs. Il ressort en outre du rapport d'expertise que le recourant n'est pas suivi par un psychiatre et que ses douleurs sont couvertes par deux antalgiques, ce qui tend également à démontrer que l'atteinte n'est pas aussi sévère que le prétend le recourant. Le recourant reproche également à l'expert de ne pas avoir tenu compte de l'examen neuropsychologique réalisé le 7 novembre 2014, dont il ressort qu'il présente une dysfonction cognitive sévère et diffuse, laquelle comportait de nombreuses particularités et incohérences. Or la psychologue, tout en suspectant des éléments de surcharge de nature non organique, a reconnu elle-même que les résultats de l'examen effectué par le recourant devaient être interprétés avec prudence et qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer de manière

fiable sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles sur le plan strictement cognitif, précisant qu'un avis psychiatrique était souhaitable. Le recourant soutient encore que son trouble est à l'origine de son licenciement et non l'inverse. Ce n'est toutefois pas ce qui ressort du dossier. En effet, il apparaît que le recourant a connu pour la première fois des troubles après son accident de juin 2007, troubles qui lui ont valu un arrêt de travail. L'évolution a été favorable et le recourant a alors repris son activité. Il mentionne à ce propos que la reprise a été difficile et que l'employeur l'aurait placé à l'extérieur des serres, ce qu'il considérait comme dévalorisant, avant de le réintégrer comme responsable en serres. Il a reconnu qu'il y avait eu des problèmes au travail et des tensions avec son employeur depuis ce moment-là et c'est d'ailleurs ce qui ressort de la lettre de licenciement du 24 avril 2012, dans laquelle il est mentionné que malgré les avertissements, son comportement n'est plus à servir dans l'entreprise et qu'il a refusé d'effectuer des contrôles le week-end, ce qu'il avait fait pendant de nombreuses années. L'explication apportée par l'expert quant au fait que le conflit avec l'employeur pouvait être considéré comme le facteur de stress à l'origine du trouble paraît dès lors convaincante.

Il y a en outre lieu de constater que, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport d'expertise repose sur un examen approfondi de la situation du recourant. Il tient compte également de l'anamnèse du patient, des antécédents médicaux, de même que des plaintes exprimées par celui-ci et contient également des conclusions dûment motivées où l'expert explique pour quelles raisons il retient le diagnostic précité et écarte les diagnostics différentiels de trouble factices ou de simulation ainsi que de trouble somatoforme indifférencié et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ce rapport remplit ainsi les réquisits de la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante et on ne saurait y voir une quelconque prévention de l'expert à l'égard du recourant.

Les autres documents médicaux au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expertise du Dr

K._____. Selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. consid. 4 supra). Les diagnostics posés par le Dr H._____, médecin généraliste, ne peuvent ainsi remettre en cause ceux de l'expert psychiatre, ce d'autant plus qu'en tant que médecin et thérapeute suivant l'assuré depuis de nombreuses années, ses constatations doivent être admises avec réserve (cf. consid. 5b supra). Par ailleurs, dans ses différents rapports, le Dr H._____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le caractère incomplet. Au contraire, ce praticien lui-même, dans un questionnaire du 8 octobre 2015, relevait que le diagnostic retenu par le Dr K._____ était certes un diagnostic par exclusion de toute autre pathologie organique (neurologique) ou psychiatrique, précisant que ce diagnostic était impossible à prouver de manière objective, tout en admettant cependant qu'il pourrait se révéler correct au vu de l'impossibilité de poser un autre diagnostic d'une maladie neurologique connue actuellement.

Le recourant se prévaut encore de rapports médicaux produits postérieurement à la décision attaquée dans lesquels il est fait mention d'un épisode dépressif sévère (cf. rapports de la Dresse B._____ du 28 novembre 2016 et des Drs R._____ et L._____ du 14 septembre 2016). Or il résulte clairement de ces documents que l'état dépressif du recourant est apparu après la décision de l'OAI rejetant la demande. Cet élément ne saurait ainsi être pris en compte, conformément à l'avis du Tribunal fédéral qui considère que les troubles en réaction à une décision négative de l'AI peuvent être traités médicalement de manière adéquate, de sorte qu'il ne peut en découler de handicap psychique invalidant car, dans le cas contraire, la notion juridique de l'invalidité n'aurait plus aucun sens (TF 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). On apprend en outre, à la lecture du rapport des deux médecins précités, que le père du recourant est décédé récemment, soit postérieurement à la décision litigieuse, ce

qui a sans aucun doute eu un impact défavorable sur l'état de santé du recourant.

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions à la fois du rapport d'expertise du 16 juin 2014 du Dr C. _____ et de celui du 14 août 2015 du Dr K. _____. Ainsi, l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle tant sur le plan neurologique que psychiatrique.

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

En l'espèce, le dossier est complet et permet ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. Partant, les conclusions prises à titre subsidiaire par le recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise, respectivement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sont rejetées.

9. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice.

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice seront fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant D._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :