

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 mai 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Pasche et Berberat, juges  
Greffière : Mme Raetz

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss et 45 al. 1 LPGA ; 4 et 28 LAI.**

**Considérant en fait et en droit :**

**Vu** la première demande de prestations AI déposée le 20 mai 1997 par T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, titulaire d'un CFC de charpentier, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une atteinte au genou gauche,

vu les diagnostics de plastie du ligament croisé antérieur gauche associée à une méniscectomie interne et externe, ainsi que d'arthrose tri-compartimentale avancée du genou gauche (cf. rapport initial du 5 mai 1999 de l'OAI),

vu les communications des 15 juin, 12 juillet et 4 novembre 1999 de l'OAI, informant l'assuré de la prise en charge de mesures d'ordre professionnel en vue d'un reclassement en qualité de maître socio-professionnel,

vu l'interruption de ces mesures en mars 2000 pour des raisons d'ordre tant somatique que psychique,

vu le rapport d'expertise établi le 13 septembre 2001 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant notamment les diagnostics de probable trouble bipolaire type II (ou III) en phase dépressive de degré léger à moyen, avec évolution vers la sinistrose, de personnalité hyperthymique à traits paranoïaques et évitants, d'arthrose du genou gauche, ainsi que de cervico-dorso-lombalgies chroniques, et retenant une incapacité totale de travail du 21 mars 2000 au 30 mars 2001, avec dès cette date une capacité de travail d'au moins 50 à 60 % dans une activité adaptée,

vu le projet du 12 février 2002 de l'OAI, confirmé par décision du 25 avril 2002, accordant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2000 au 31 mars 2001,

vu les communications des 10 avril 2002, 8 juillet 2002, 27 novembre 2002, 18 août 2003 et 1<sup>er</sup> septembre 2004 de l'OAI, informant l'intéressé de la prise en charge de mesures d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement en vue de l'obtention d'un CFC de commerce, du 17 avril 2002 au 31 juillet 2006,

vu le projet de décision du 28 août 2006 de l'OAI, confirmé par décision du 11 octobre 2006, constatant que l'assuré avait achevé avec succès sa formation d'employé de commerce et qu'il était dès lors en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente de l'assurance-invalidité,

vu la nouvelle demande de prestations AI déposée le 19 février 2013 par l'assuré, faisant mention de schizophrénie, d'un état dépressif réactionnel à un conflit professionnel, de troubles bipolaires, de douleurs dorsales, ainsi que d'une opération au genou gauche en 2009 en relation avec de l'arthrose,

vu le rapport du 11 mars 2013 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'intéressé, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble bipolaire de type II en phase dépressive de degré moyen (F 31.31) et de personnalité hyperthymique à traits paranoïaques et évitants, existant depuis l'âge de jeune adulte, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'arthrose du genou et de cervico-dorso-lombalgies chroniques, retenant que l'incapacité de travail était totale depuis le 21 septembre 2012, pour une durée indéterminée,

vu les communications des 9 juillet et 19 décembre 2013 de l'OAI, informant l'assuré de la prise en charge d'un stage au centre de formation U.\_\_\_\_ du 27 août 2013 au 6 juillet 2014, avec un temps de présence de deux heures, puis par la suite quatre heures par jour, ceci quatre jours par semaine,

vu les décisions des 28 août et 23 décembre 2013 de l'OAI, octroyant à l'intéressé des indemnités journalières du 27 août 2013 au 6 juillet 2014,

vu l'interruption de la mesure par l'assuré le 9 avril 2014,

vu le rapport du 11 avril 2014 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, attestant une détérioration de l'état de santé de son patient tant physique que psychique, avec notamment une péjoration des troubles de la concentration, de l'élocution, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur, et indiquant que l'arrêt de la mesure s'imposait,

vu le rapport du 7 décembre 2014 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, faisant état de douleurs au niveau des genoux, des pouces et des épaules en relation avec de l'arthrose,

vu les annexes au rapport précité, soit un rapport du 23 juin 2014 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, posant les diagnostics d'arthrose acromio-claviculaire et de tendinopathie versus déchirure de la face profonde du sus-épineux gauche, ainsi qu'un rapport du 8 septembre 2014 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, posant les diagnostics de status après pose d'une prothèse totale du genou gauche le 22 avril 2009 et de gonarthrose fémoro-tibiale interne à droite sur morphotype en varus,

vu le rapport d'expertise du 23 février 2015 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consécutif à un entretien avec l'assuré, posant le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne, sans syndrome somatique (F 31.30) et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de personnalité ayant des traits paranoïaques (F 60.0), ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation continue d'alcool (F 10.25), et concluant à une capacité de

travail de 50 % dès le 29 septembre 2012 dans une activité adaptée d'employé de commerce,

vu le rapport du 18 mai 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), faisant suite à un examen clinique rhumatologique de l'assuré, exposant qu'il n'y avait aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail au plan ostéo-articulaire et retenant une capacité de travail totale dans l'activité habituelle de comptable, parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé,

vu l'avis médical du 1<sup>er</sup> juin 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, retenant une capacité de travail de 50 % dès le 29 septembre 2012 dans une activité adaptée telle que celle de comptable,

vu le courrier du 2 juin 2015 de l'assuré, représenté par TCS Protection juridique, déposant un rapport du 4 mai 2015 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, laquelle contestait les conclusions retenues par le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans l'expertise précitée,

vu le courrier du 20 octobre 2015 de l'intéressé, informant d'une opération chirurgicale au genou [réf. : mise en place d'une prothèse totale du genou droit] effectuée le 7 octobre 2015 et joignant un certificat médical du 14 octobre 2015 du Dr V.\_\_\_\_\_, lequel attestait une incapacité totale de travail du 7 octobre au 7 novembre 2015, prolongée jusqu'au 24 janvier 2016 par la suite (cf. certificat médical du 19 novembre 2015 et rapport du 18 janvier 2016 du Dr V.\_\_\_\_\_),

vu le projet de décision du 12 novembre 2015 de l'OAI, envisageant l'octroi d'un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, sous déduction des indemnités journalières déjà versées, se fondant sur une capacité de travail de 50 % dès le 21 septembre 2012 dans l'activité habituelle d'employé de commerce et tenant compte d'une diminution de 10 % du revenu d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles, conduisant à un degré d'invalidité de 61 %,

vu le courrier du 8 décembre 2015 de l'assuré, contestant notamment avoir été capable de travailler à 50 % depuis le début de son incapacité de travail,

vu le courrier du 13 avril 2016 de l'intéressé, soutenant que l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ n'avait pas porté sur la problématique de ses pouces et joignant un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2016 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, laquelle posait notamment les diagnostics de douleurs à la base des deux pouces, de troubles dégénératifs au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne 1 droite et laxité ligamentaire, ainsi que de doigt à ressaut au niveau du pouce gauche,

vu la décision du 13 mai 2016 de l'OAI, confirmant le projet de décision du 12 novembre 2015,

vu le recours formé le 13 juin 2016 par T.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI, contestant notamment la valeur probante du rapport d'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ et requérant la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique,

vu la réponse du 12 septembre 2016 de l'intimé, proposant le rejet du recours et le maintien de la décision querellée,

vu la réplique du 5 décembre 2016 du recourant, retirant sa requête de mesure d'instruction, et produisant les deux rapports d'expertise suivants, établis de manière bidisciplinaire :

- un rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2016 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, retenant une capacité totale

de travail sur le plan ostéo-articulaire hormis des périodes d'incapacité temporaire relatives aux suites d'une entorse au genou droit et à la mise en place d'une prothèse totale de ce genou ;

- un rapport d'expertise psychiatrique du 10 novembre 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics de trouble affectif bipolaire (type II 1/2 ou IV), épisode actuel dépressif majeur de degré moyen (F 31.3) associé à un tempérament hyperthymique/cyclothymique, de trouble de la personnalité mixte avec traits paranoïaques prédominants (F 60.0), ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, avec une probable dépendance (F 10.2), et retenant une incapacité de travail de 75 % depuis le 21 septembre 2012 et une incapacité totale au moins depuis juillet 2014, envisageant uniquement la possibilité d'une activité en atelier protégé, conclusion confirmée par la suite par le Dr K.\_\_\_\_\_, avec la précision que l'incapacité de travail était totale dans toute activité professionnelle (cf. courriel du 22 novembre 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_ à Me Monnard Séchaud),

vu la conclusion supplémentaire formulée par le recourant dans sa réplique, à savoir la condamnation de l'intimé à lui payer la somme de 10'000 fr., correspondant aux notes d'honoraires des experts H.\_\_\_\_\_ (par 2'000 fr.) et K.\_\_\_\_\_ (par 8'000 fr.), également produites,

vu la duplique du 13 février 2017 de l'intimé, proposant la réforme de la décision querellée dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, sous déduction des indemnités journalières versées, et produisant un avis médical du 23 janvier 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_ lequel retenait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 21 septembre 2012 et faisait notamment état de ce qui suit :

« Il apparaît que depuis le 21 septembre 2012, l'assuré n'est plus capable de fonctionner et le psychiatre traitant le Dr N.\_\_\_\_\_ l'atteste, mettant en avant l'épuisement progressif des ressources,

malgré un engagement certain dans une nouvelle formation. L'ensemble des praticiens experts et psychiatre traitant s'accordent sur les mêmes diagnostics de trouble bipolaire avec épisode dépressif moyen, s'étant aggravés depuis l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ en 2001. S'y ajoute un trouble de la personnalité mixte avec traits paranoïaques, qui est mal compensé. Dans la mesure où la récente expertise K. \_\_\_\_\_ s'accorde avec le suivi du psychiatre traitant, il faut reconnaître une IT [incapacité de travail] totale. »

vu le courrier du 30 mars 2017 du recourant, produisant à la demande du juge instructeur les factures se référant au tarif TARMED des Drs H. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_,

vu le courrier du 21 avril 2017 de l'OAI, indiquant que le rapport du 10 novembre 2016 relatif à l'expertise psychiatrique avait conduit à la constatation d'une incapacité totale de travail depuis septembre 2012 et laissant le soin à la Cour de céans d'examiner dans quelle mesure les frais relatifs à ce rapport pouvaient être inclus dans les dépens,

vu les pièces du dossier ;

**attendu que** le recours, formé en temps utile, remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD) ;

attendu que l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (art. 28 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c),

que la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité, l'assuré ayant droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI),

que pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité) (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI),

que lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est, comme en l'espèce, entrée en matière, il convient d'examiner, conformément à l'art. 17 LPGA, si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à des prestations, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2),

qu'en cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre,

qu'il importe ainsi, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 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, l'élément déterminant pour la valeur probante n'étant au demeurant 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 et 125 V 351 consid. 3a),

qu'en l'espèce, dans leurs rapports d'expertise bidisciplinaire, les Drs H. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ont conclu à une incapacité de travail de 75 % depuis le 21 septembre 2012 et totale depuis juillet 2014, dans toute activité, pour des motifs psychiatriques,

que ces rapports ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et ont pris en compte les plaintes de l'intéressé, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale étant pour le surplus claires et les conclusions bien motivées,

que ces rapports remplissent ainsi les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, le Dr R. \_\_\_\_\_ s'étant au demeurant rallié à leurs conclusions, notant toutefois une incapacité de travail totale dès le 21 septembre 2012 déjà (cf. avis médical du 23 janvier 2017, « dans la mesure où la récente expertise K. \_\_\_\_\_ s'accorde avec le suivi du psychiatre traitant, il faut reconnaître une incapacité de travail totale [réd. : depuis le 21 septembre 2012] »),

que les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions susmentionnées,

qu'en particulier, les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 23 février 2015 du Dr Z. \_\_\_\_\_, à savoir une capacité de

travail de 50 % dès le 29 septembre 2012, ne correspondent notamment pas aux faits objectivés lors du stage du recourant au centre U. \_\_\_\_\_,

qu'en outre, par sa duplique du 13 février 2017, l'intimé, se fondant sur l'avis médical du 23 janvier 2017 du Dr R. \_\_\_\_\_, a proposé de réformer la décision litigieuse dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, sous déduction des indemnités journalières versées,

qu'il y a ainsi lieu de retenir que le recourant a présenté, dès le 21 septembre 2012, une incapacité de travail dans toute activité fondant un droit à une rente entière de l'assurance-invalidité,

que le recours se révèle dès lors bien fondé,

que la décision litigieuse du 13 mai 2016 doit par conséquent être réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à T. \_\_\_\_\_ avec effet dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, sous déduction des indemnités journalières versées, avec intérêt de 5 % l'an sur les montants échus depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015 (cf. art. 26 al. 2 LPGA) ;

attendu que le recourant obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, de sorte qu'il peut prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA),

qu'au vu de la nature et de la complexité de la procédure, cette indemnité doit être arrêtée à 2'500 fr. et portée à la charge de l'intimé, qui succombe,

qu'en vertu de l'art. 45 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase, LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur,

que selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque

cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2, 135 V 473, 115 V 62 ; TF 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 et la référence),

qu'en l'occurrence, les rapports d'expertise établis de manière bidisciplinaire par les Drs K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, de façon à prendre en compte l'ensemble des atteintes dont souffre le recourant, tant sur le plan psychiatrique que rhumatologique - au vu des nouvelles atteintes diagnostiquées depuis le rapport du 1<sup>er</sup> mai 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_ -, ont directement permis d'établir de manière concluante l'état de fait déterminant,

que l'intimé a d'ailleurs relevé que le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ avait conduit à la constatation d'une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique depuis septembre 2012 (cf. courrier du 21 avril 2017),

que les frais relatifs à ces rapports doivent ainsi être mis à la charge de l'intimé,

que le montant de 2'000 fr. facturé par le Dr H.\_\_\_\_\_ est justifié et doit dès lors être entièrement supporté par l'intimé,

qu'il apparaît en revanche que le montant de 8'000 fr. facturé par le Dr K.\_\_\_\_\_ est excessif,

qu'en effet, sur la facture établie en référence au tarif TARMED, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait état d'une expertise de catégorie E, soit la catégorie d'expertise la plus difficile,

que pour la rémunération de la prestation médicale, TARMED n'indique pas un nombre de points déterminé pour ce type d'expertise, mais prévoit une facturation « selon entente avec le répondant des frais » (version 01.08.00\_BR),

que pour le poste tarifaire 00.2420, correspondant à une « Expertise de catégorie E », le Dr K.\_\_\_\_\_ a facturé un montant de 6'500 fr. de prestation médicale, correspondant à 7'065 points médicaux (PtM) au tarif de 92 centimes le point,

que si l'on se réfère à une expertise de catégorie immédiatement inférieure, à savoir le poste tarifaire 00.2410 correspondant à une « Expertise de catégorie D », soit une « expertise d'un niveau de difficulté supérieur à la moyenne ; dossier complexe avec de nombreux résultats antérieurs et une appréciation difficile des expertises antérieures, réponse à une longue liste de questions exigeantes, recherches très difficiles », TARMED prévoit 2'008.80 points pour une prestation médicale d'une durée de 420 minutes (7 heures), soit un nombre de points plus de trois fois inférieur à celui facturé par le Dr K.\_\_\_\_\_,

qu'en outre, pour le poste tarifaire 00.2380, correspondant à un « examen lors d'une expertise, classe 7 », le Dr K.\_\_\_\_\_ a facturé 1'630 points médicaux (PtM) à 92 centimes le point, pour un montant total de 1'500 fr.,

que si l'on se réfère au poste tarifaire 00.2370, correspondant à un « examen lors d'une expertise, classe 6 », TARMED prévoit 496.42 points pour un examen, ou plusieurs examens, d'une durée totale de 151 à 180 minutes,

qu'il apparaît ainsi que la facturation du Dr K.\_\_\_\_\_ correspond à huit à dix heures d'entretien, ce qui est excessif, même en prenant en considération trois entretiens avec le recourant,

qu'en définitive, force est de constater que malgré la qualité de l'expertise réalisée, le nombre de points médicaux facturés par le Dr K.\_\_\_\_\_ excède largement ce qui est acceptable dans un dossier tel que celui du recourant, quand bien même celui-ci était complexe, comprenait

déjà deux expertises psychiatriques et comportait un aspect bidisciplinaire,

qu'il convient dès lors de réduire la facture présentée par le Dr K. \_\_\_\_\_ à un montant total de 6'000 fr., ce qui correspond encore à plus de 6'500 points médicaux, ce chiffre tenant également compte du fait que ce médecin n'a facturé aucun point technique alors qu'il aurait sans doute été autorisé à le faire, sans toutefois que cela puisse justifier une facture supérieure à 6'000 francs,

qu'un montant de 6'000 fr. doit dès lors être porté à la charge de l'OAI au titre des frais relatifs à l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_,

qu'au surplus, l'OAI, succombant, doit supporter les frais judiciaires de la cause, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 13 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à T. \_\_\_\_\_ avec effet dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, sous déduction des indemnités journalières versées, avec intérêt de 5 % l'an sur les montants échus depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T. \_\_\_\_\_ la somme de 10'500 fr. (dix mille cinq cents francs) à titre de dépens, comprenant une indemnité pour les honoraires d'avocat de 2'500 fr. (deux mille cinq cents

francs) et une participation aux frais d'expertise privée de 8'000 fr. (huit mille francs).

**IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour T. \_\_\_\_\_)
- 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 :