

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 novembre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Peter et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Daniel Strub, avocat à Fribourg,

et

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

Art. 7 et 8 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1980, graphiste de formation, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 23 février 2016, invoquant une insuffisance veineuse, une myolyse, une polyneuropathie aigüe aux deux jambes, des troubles alimentaires compulsifs, ainsi qu'une dépression. Employé à plein temps en qualité de polygraphe pour le compte de l'entreprise D._____Sàrl (anciennement : S._____Sàrl) depuis le 1^{er} septembre 2011 pour un revenu mensuel brut de 5'000 fr., il précisait avoir été en incapacité totale de travail du 1^{er} au 4 septembre 2015 puis à partir du 25 septembre 2015. Son employeur a mis fin aux rapports de travail avec effet au 29 février 2016. [...], assureur perte de gain de l'employeur, a pris en charge le cas et a versé à l'assuré des indemnités journalières.

La demande de prestations a été déposée dans le contexte suivant : constatant que les douleurs aux membres inférieurs ayant débuté au mois d'août 2015 persistaient chez son patient, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a adressé celui-ci au Dr L._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 4 novembre 2015, ce médecin décrivait une récente perte pondérale d'une vingtaine de kilos, en réaction à une rupture sentimentale, des douleurs musculaires des deux membres inférieurs et des créatines-kinases (CK) élevées. Au terme de son examen clinique et électrophysiologique, il retenait la présence d'une polyneuropathie vraisemblablement axonale, sensitive aigüe à subaigüe des membres inférieurs, vraisemblablement d'origine carencielle.

L'assuré a été hospitalisé au sein du Service de neurologie du Centre hospitalier K._____ (Centre hospitalier K._____), du 15 décembre 2015 au 7 janvier 2016, puis dans le Département de psychiatrie de l'Hôpital psychiatrique W._____ en raison d'idées suicidaires et de troubles du comportement alimentaire. Dans leur rapport de sortie, daté du 8 février 2016, les Drs Q._____ et B._____,

respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant du Département de psychiatrie de l'Hôpital psychiatrique W._____, ont retenu comme diagnostics un trouble de la personnalité, sans précision, probable (F60.9), un trouble de l'alimentation, sans précision (F50.9), des douleurs neuropathiques des membres inférieurs d'origine mixte, une maladie veineuse chronique, de l'asthme allergique, de la migraine sans aura, ainsi qu'un tabagisme actif. Ces médecins mentionnaient par ailleurs qu'il n'y avait aucune indication à garder le patient hospitalisé, tout en lui recommandant d'entreprendre un suivi psychiatrique et/ou spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire. L'assuré est retourné à domicile le 8 janvier 2016.

Dans un rapport du 11 janvier 2016, le Prof. P._____, médecin adjoint au Service de neurologie du Centre hospitalier K._____ et les Drs H._____ et M._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au sein de ce même service, ont diagnostiqué, à titre principal, des douleurs neuropathiques des membres inférieurs d'origine mixte (œdème douloureux des membres inférieurs à la suite d'une varicectomie en novembre 2015 et état dépressif sévère avec probable composante mélancoliforme et somatisation) et, à titre secondaire, une maladie veineuse chronique, une syncope sur hypotension orthostatique et un trouble de l'alimentation sans précision. Ces médecins mentionnaient que l'état dépressif était sévère avec des idées suicidaires et un réel risque de passage à l'acte, précisant que les troubles alimentaires étaient également préoccupants. Ils précisaient avoir notamment introduit du Cymbalta 60 mg 1x/jour suivant les recommandations du Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique adjoint du Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier K._____ et psychiatre traitant de l'assuré depuis mi-décembre 2015. Les diagnostics d'état dépressif sévère sans syndrome psychotique et de trouble du comportement alimentaire ont été posés par ce médecin dans un rapport de consultation du 2 février 2016.

Aux termes d'un rapport médical du 10 avril 2016 adressé à [...], la Dresse X._____, médecin traitant de l'assuré, a retenu comme

diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome anxio-dépressif ainsi que des troubles alimentaires. Elle relevait que le traitement actuel consistait en la prise d'antidépresseurs et anxiolytiques (Cymbalta) et mentionnait comme restrictions par rapport à l'activité exercée des troubles de la marche, des douleurs neuropathiques diffuses ainsi qu'un syndrome dépressif majeur. Elle estimait que, du point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible et qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible, précisant qu'une activité uniquement en position assise pouvait être exigée de son patient.

Dans un questionnaire adressé à l'employeur, celui-ci indiquait qu'il n'y avait aucune possibilité de placement au sein de son entreprise. Il ressort par ailleurs du descriptif de l'activité exercée que cette activité s'effectuait parfois debout.

Dans un rapport médical du 3 juin 2016, le Dr E. _____ a posé comme diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F33.11) et comme diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, une anorexie mentale. Il décrivait un assuré ralenti, ayant de la peine à se déplacer, dont le contact était marqué par une grande fatigue, au discours pauvre, centré autour de ses douleurs sans aucune capacité d'élaboration, à la thymie triste, avec une préoccupation excessive autour de son poids et des calories qu'il ingérait contrôlées quotidiennement, avec de massifs troubles du sommeil. Il notait l'absence d'idées suicidaires. S'agissant du pronostic, le médecin précité exposait ce qui suit :

« En ce moment, nous ne pouvons pas nous prononcer sur le pronostic à long terme au niveau de la capacité de travail de Monsieur Z. _____ vu l'existence d'un état dépressif aigu. Il nous semble que si Monsieur Z. _____ accepte un traitement antidépresseur et continue à adhérer à son suivi psychiatrique, l'état dépressif pourrait entrer en rémission et Monsieur Z. _____ pour (sic) récupérer la capacité de travail qu'il avait auparavant. A noter que Monsieur Z. _____ a toujours travaillé à 100% en tant que graphiste et qu'il est compétent sur le plan professionnel et qu'il présente des connaissances et informations très élargies dans le domaine de son travail. Nous n'avons pas d'arguments pour dire qu'une fois que l'épisode dépressif sera résolu, Monsieur Z. _____ ne pourra pas reprendre son travail comme cela a été le cas

jusqu'en 2015. Toutefois, nous ne pouvons pas en ce moment nous prononcer sur l'évolution de cet état dépressif qui pour l'instant reste présent. »

Pour ce qui est des limitations fonctionnelles, le Dr E. _____ indiquait ce qui suit :

« Pour les questions physiques liées à ses douleurs, merci de vous référer à la Doctoresse X. _____. Concernant ses limitations psychiques, nous pouvons considérer que Monsieur Z. _____ présente un ralentissement global, une baisse de motivation, une tristesse, des préoccupations excessives par rapport à son poids, une irritabilité, ce qui aggrave aussi ses relations interpersonnelles. Il présente aussi une diminution de la concentration et de l'attention en raison de son état dépressif, ce qui rend aussi difficile sa reprise de travail. »

Ce médecin précisait encore qu'un traitement médicamenteux et la poursuite du suivi psychothérapeutique, de même qu'un soutien auprès de l'Unité abC pouvaient aider l'assuré à augmenter sa capacité de travail. Dans l'annexe psychiatrique au rapport, il était indiqué, à titre de limitations fonctionnelles, que l'assuré pouvait avoir de la peine à fonctionner dans un cadre hiérarchique, qu'il pouvait par moments « perdre les pédales », qu'il avait des difficultés dans les déplacements, des troubles importants du sommeil, des difficultés d'organisation du temps (lenteur dans certaines tâches), des comportements liés aux troubles alimentaires (refus de manger, comptabilisation des calories de chaque repas, augmentation des exercices afin de perdre du poids) et que sa capacité de concentration et d'attention étaient limitées en raison de son état dépressif. Ainsi, la reprise du travail était inenvisageable en l'état.

Par avis médical du 7 juillet 2016, la Dresse V. _____, médecin au sein du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a relevé que la situation psychique de l'assuré n'était pas stabilisée et qu'il y avait lieu de poursuivre l'instruction médicale en obtenant une copie du rapport de séjour au Service de neurologie du Centre hospitalier K. _____ et en réinterrogeant les Dr X. _____ et E. _____ sur l'évolution en août 2016.

Par communication du 11 juillet 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure d'intervention précoce ni de réadaptation

professionnelle n'étaient indiquées, dans la mesure où sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et que son droit à d'éventuelles autres prestations allait être examiné.

L'OAI a ainsi poursuivi l'instruction du dossier de l'assuré, en soumettant, en date du 16 août 2016, des questionnaires à la Dresse X. _____ ainsi qu'au Dr E. _____.

Après deux rappels, le Centre médical F. _____ a, lors d'un entretien téléphonique du 23 novembre 2016, informé l'OAI que l'assuré n'était plus patient de la Dresse X. _____ et que celle-ci n'était donc pas en mesure de répondre aux questions posées par l'OAI.

Par courrier du 7 février 2017, le Dr E. _____ a précisé que l'assuré n'était plus suivi dans le service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier K. _____ depuis le 30 juin 2016, celui-ci refusant de poursuivre sa prise en charge, et a transmis les coordonnées du psychologue qui suivait désormais l'assuré au Centre de psychiatrie et psychothérapie G. _____ à [...].

Le dossier de l'assureur perte de gain a été versé dans le dossier AI.

Dans un courrier du 7 février 2017, adressé à [...], le Dr I. _____ a indiqué que la situation médicale globale de son patient était en l'état incompatible avec toute activité professionnelle.

Dans le cadre de l'instruction du dossier de l'assuré auprès de l'assureur perte de gain, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre et réalisée le 18 janvier 2017. Le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu, en date du 9 février 2017, un rapport dans lequel il retenait, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur (versus trouble de l'adaptation) sub-clinique, un éventuel trouble à symptomatologie somatique chronique, de gravité légère (dd : trouble de conversion à symptomatologie neurologique fonctionnelle), un trouble alimentaire non spécifié et une personnalité état

limite, avec un faux-self et des traits passifs-agressifs. Ce médecin mentionnait par ailleurs ce qui suit :

«3.3. EXAMEN CLINIQUE DU 18 JANVIER 2017

(...)

Au niveau somatique, Monsieur Z._____ se plaint essentiellement de douleurs au niveau des jambes, de type brûlures, décharges électriques, qui l'empêcheraient de rester trop longtemps debout, car il a occasionnellement des sentiments de lâchage. Relevons néanmoins qu'il va promener son chien deux fois par jour.

(...)

4. DIAGNOSTICS

(...)

Dans le cas présent, Monsieur Z._____ ne présente pas les critères suffisants en faveur d'un état dépressif majeur cliniquement significatif, en tout cas de gravité moyenne à sévère. Il n'y a pas d'anhédonie, d'aboulie à proprement parler. L'assuré n'a pas non plus de pensées hétéro-agressives ou auto-agressives. La tristesse ne paraît pas constante, même s'il se sent inquiet face à sa situation actuelle. Monsieur Z._____ a une mimique relativement contenue et ne pleure pas durant l'entretien. Il n'exprime pas d'idées auto-dévalorisation. Au contraire, frappe une attitude relativement passive-agressive et une collaboration relativement moyenne.

Nous concluons tout au plus à un **épisode dépressif majeur, voire un trouble de l'adaptation, en rémission partielle ou sub-clinique tout au plus.**

Nous retenons comme comorbidité un **trouble alimentaire non spécifique**, présent depuis la post adolescence, marqué par des fluctuations importantes de poids (entre 100 kg à l'adolescence, puis 80 et 60 kg à l'heure actuelle), avec alternance de fringales et de périodes de restrictions alimentaires.

(...)

Monsieur Z._____ présente un **comportement passif-agressif**, avec une agressivité exprimée de manière très perceptible par une réticence à donner des informations, un faible niveau de participation. Relevons qu'il s'est uriné dessus avant de rentrer dans le cabinet médical. L'assuré ne s'est ni exprimé sur ce point, ni justifié, ni excusé. Nous avons dû attendre la fin de l'entretien pour lui demander ce qui s'était passé, Monsieur Z._____ nous affirmant « qu'il buvait trop et que parfois il avait de la peine à se contenir.

L'assuré se défend par un **faux-self**, niant toute problématique intrapsychique.

Monsieur Z. _____ fonctionne par des clivages importants entre le psyché et le soma, d'où des symptômes psychosomatiques qui ne sont pas ici de nature symbolique mais chargés d'agressivité. Le clivage est aussi entre les deux parents, avec la notion d'un « mauvais » et d'un « bon », d'un « persécutoire » et d'un « idéalisé ». Le père est ressenti comme « tout mauvais » et même nié dans son existence et la mère « toute bonne, toute-puissante », idéalisée, avec laquelle Monsieur Z. _____ a un lien manifestement du registre fusionnel non rompu.

Dans le vécu prévaut parfois un sentiment à tonalité dépressive, marqué par une forme d'insatisfaction plutôt que par la culpabilité et la douleur morale. Monsieur Z. _____ met beaucoup d'énergie à vouloir donner une image très favorable de lui-même, très rigide, à laquelle il ne supporte aucune contradiction, avec une pseudo-normalité, voire une sorte d'hyper-normalité, qui est relativement classique chez ce type de structure. Cela vaut ici certainement pour une certaine fragilité psychologique, mais actuellement le trouble de la personnalité ne semble pas massivement décompensé.

Nous concluons donc à une **personnalité état limite de type faux-self, avec des défenses passives-agressives**, parfois presque hyperesthésiques.

(...)

Monsieur Z. _____ se plaint essentiellement de douleurs et de brûlures au niveau des membres inférieurs, chez un sujet qui ne paraît ni dolent ni limité. L'assuré se promène avec une canne à pommeau, affirmant que les limitations consistent parfois à un sentiment de lâchage lorsqu'il est debout. Nous avons pu constater qu'il était resté plusieurs heures au cabinet, assis, sans aucune difficulté.

Nous concluons donc à un **trouble à symptomatologie somatique et apparenté, avec douleurs prédominantes**, mais sans anxiété massive ou actuellement pensée excessive concernant la gravité de ses symptômes. Celui-ci est de notre point de vue, de **gravité légère.**»

Sous la rubrique « analyse de la cohérence », l'expert relevait, en particulier, que les tests psychométriques suggéraient une tendance très importante à l'amplification et la dramatisation des plaintes et que cela pouvait expliquer en partie la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient.

S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, le Dr D. _____ s'est exprimé en ces termes:

« Au terme de notre appréciation, nous retenons le diagnostic de trouble de l'adaptation, versus épisode dépressif majeur en rémission partielle, chez un sujet qui présente éventuellement un trouble à symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes, de gravité légère. Celui-ci ne prend pas racine sur une histoire personnelle difficile, ni un trouble de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

Certes le trouble de la personnalité vaut pour une certaine vulnérabilité, mais actuellement il n'est pas décompensé et celui-ci ne l'a pas empêché de travailler jusqu'aux faits qui nous occupent.

Au niveau social, Monsieur Z. _____ est bien entouré par sa mère, peut investir différentes activités quotidiennes, s'occuper de son chien. L'assuré semble justifier pour l'essentiel son incapacité de travail par sa difficulté à pouvoir rester debout trop longtemps en raison de lâchages. Monsieur Z. _____ mentionne aussi des troubles difficilement perceptibles chez cet assuré.

Cette situation est d'ailleurs en l'état en train de s'enliser. Monsieur Z. _____ exprime une « attente magique » de retrouver « ses jambes d'avant », ce qui place inévitablement le corps médical dans une impuissance où il conserve le contrôle de la situation. Il n'y a donc pas de motif strictement psychiatrique qui puisse justifier la poursuite de cette incapacité de travail, même si l'assuré - pour des raisons qui ne sont pas objectivables - semble convaincu pour l'heure qu'il ne peut rien faire. D'ailleurs, Monsieur Z. _____ semble n'avoir aucune perspective à ce sujet et mettre en échec tous les possibles. En effet, l'assuré se montre assez passif, implicitement un peu revendicateur et paraît vouloir mettre en échec toute proposition constructive dans la reprise d'une activité professionnelle.

Monsieur Z. _____ ne prend aucun médicament, évoquant des effets secondaires multiples, qui rétrospectivement sont parfois difficiles à préciser. La question de l'observance au traitement peut certainement aussi se poser. L'assuré n'a pas non plus de demande objectivée pour une prise en charge psychiatrique qui est marquée par une profonde ambivalence. Il existe peut-être des facteurs extra-médicaux qui jouent un rôle dans son comportement d'invalidé qu'il s'agit aussi maintenant de combattre. Monsieur Z. _____ est jeune et le maintien d'une inactivité de longue durée risque de l'amener à une impasse. Le problème ici est autant psychologique que pédagogique. Il s'agit maintenant de réfléchir au meilleur moyen de programmer une reprise d'activité. S'il s'agit aussi de le rassurer et de l'encourager, il y a manifestement peu d'espoir de succès par de simples mesures incitatives. Il faut peut-être maintenant lui fixer des limites à ses attentes de guérison magique ou de dispense de ses obligations professionnelles.

Le discours de Monsieur Z. _____, son attitude, expliquent aussi potentiellement la différence d'appréciation entre un médecin traitant et l'expert. Le premier faisant souvent le postulat de sincérité de son patient, ce que l'on ne saurait lui reprocher.

Nous avons exposé directement à Monsieur Z. _____ notre appréciation s'agissant de ses symptômes psychiques et lui avons

indiqué que de notre point de vue, licencié, il pouvait maintenant reprendre une activité en s'annonçant à l'assurance chômage. Lorsqu'une maladie devient chronique, il ne faut dès lors souvent pas hésiter à programmer une reprise d'activité, même si quelques symptômes psychosomatiques sont encore perceptibles. Dans cette situation, les symptômes anxio-dépressifs sont ténus, clairement peu significatifs et sans répercussion sur ses activités quotidiennes et ses relations avec sa mère.

Cela n'est en aucun cas susceptible de justifier une incapacité de travail. Monsieur Z._____ peut parfaitement exercer son activité de graphiste, assis, à plein temps, et ceci sans limitation depuis le 01.02.2016. »

Sous la rubrique « proposition de traitement », l'expert a écrit ce qui suit :

« Nous ne pouvons que l'encourager à un suivi psychologique auquel il paraît très ambivalent. Monsieur Z._____ semble difficilement accepter la prescription d'un traitement antidépresseur. »

L'expert mentionnait encore que l'assuré ne présentait aucune limitation dans l'exercice d'une activité de graphiste ou équivalent ou de concepteur multimédia en position assise.

Par courrier du 15 mars 2017, [...] a informé l'assuré que sur la base du dossier médical, en particulier de l'avis médical rendu par le Dr D._____ du 9 février 2017 et du rapport médical du Dr I._____ daté du même jour, le médecin-consultant était parvenu à la conclusion que son incapacité de travail était justifiée à 100% sous condition d'un suivi et d'un traitement médical par un médecin-psychiatre et que, partant, les indemnités journalières continueraient à lui être versées.

Dans l'intervalle, soit le 16 février 2017, le Dr I._____ a fourni un rapport médical à l'OAI, dans lequel il retenait comme diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, une anorexie mentale, un état dépressif d'intensité sévère depuis deux ans ainsi qu'un status après chirurgie veineuse en novembre 2015. Il précisait en outre ce qui suit :

« **Constat médical :**

Pas très brillant, patient extrêmement maigre, marchant péniblement avec l'aide d'une canne, d'un pas hésitant. Il se montre abattu, déprimé, avec une sorte de fatalisme lié à l'impuissance du

corps médical en raison de ses problèmes, accusant le corps médical d'une mauvaise prise en charge, d'une façon générale...

Pronostic :

Le pronostic professionnel de ce patient semble très compromis à long terme, d'une part en raison d'une difficulté majeure à la marche, d'autre part en raison de sa thymie, que le traitement introduit suite à l'hospitalisation au Centre hospitalier K._____ n'ont pas permis d'améliorer ainsi que de ses troubles du comportement alimentaire. »

Dans un rapport médical du Centre de psychiatrie et psychothérapie G._____ du 14 mars 2017, les Drs C._____ et Y._____, psychologue, ont retenu, comme diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) présent au moins depuis décembre 2015 et un trouble de l'alimentation sans précision (F51.9) présent depuis l'adolescence. S'agissant du pronostic, les médecins précités indiquaient que celui-ci était réservé, dans la mesure où ils notaient actuellement une péjoration de la symptomatologie anxieuse et dépressive. Ils précisait que le patient avait suivi différents traitements antidépresseurs, anxiolytique et somnifère qu'il avait récemment arrêtés en raison des effets secondaires. Ces médecins mentionnaient encore que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, dans un avenir proche, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, compte tenu d'une diminution de la concentration et de l'attention face à l'émergence de pics de douleurs intenses et fréquents et du fait que l'assuré ne pouvait rester dans une même position plus d'une vingtaine de minutes. Dans l'annexe psychiatrique au rapport AI, les médecins indiquaient encore que l'assuré avait des difficultés dans la gestion des émotions (labilité émotionnelle avec prédominance de la colère lors de douleurs intenses) et dans les déplacements (utilisation d'un canne) et qu'il présentait d'importants troubles du sommeil.

Le 23 mai 2017, la Dresse [...], médecin au sein du SMR, a rendu un rapport dans lequel elle concluait, en se fondant sur le rapport d'expertise du 9 février 2017 du Dr D._____, qu'il n'y avait pas

d'incapacité de travail durable et que, partant, la capacité de travail était exigible à 100% aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, précisant qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. Elle relevait en outre ce qui suit :

« L'IT [incapacité de travail] débute en raison des douleurs des membres inférieurs mises initialement sur le compte d'une insuffisance veineuse, qui s'aggravent pourtant après cure de varices chirurgicales le 6.11.2015. Puis on suspecte une origine neurologique (polyneuropathie carentielle) qui est infirmée après large bilan lors d'une hospitalisation en neurologie en décembre 2015, Il développe progressivement avec ses douleurs un épisode dépressif (dont la sévérité varie selon les intervenants), qui s'améliore sous traitement, mais s'aggrave à l'arrêt de celui-ci (printemps 2016). L'assuré présente par ailleurs de longue date des troubles alimentaires, avec une perte de poids volontaire depuis une séparation fin 2014.

A la demande de l'APG est effectuée une expertise psychiatrique par le Dr D. _____ le 9.02.2017, celle-ci remplit les critères de qualité actuellement requis et conclut aux diagnostics susnommés, comme non incapacitants. Chaque diagnostic est discuté de manière convaincante, ainsi que les raisons de leur caractère non incapacitant. Les raisons de l'éloignement des conclusions diagnostiques des autres intervenants sont bien argumentées, en particulier *les tests psychométriques suggèrent une tendance très importante à l'amplification et la dramatisation des plaintes, pouvant expliquer en partie les discordances d'appréciation entre le médecin expert et traitant, le second faisant le postulat de sincérité de son patient (...).*

L'expert signale par ailleurs que *la situation ne nécessite pas la prise en charge par l'AI, l'attitude exprimée laisse supposer le risque de mise en échec des mesures qui pourrait alors pérenniser l'éloignement du monde du travail.*

Nous n'avons pas de raisons de nous éloigner de cette expertise.

Conclusion :

Nous sommes face à des avis différents quant à la gravité des diagnostics et leur répercussion sur la CT, dans ce cas l'avis de l'expert prime, nous suivons donc ses conclusions. »

Par projet de décision du 13 juin 2017, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations, dès lors qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Le 29 juin 2017, le Dr I. _____ a établi une attestation médicale, confirmant que la capacité de travail de son patient était nulle et rappelant les différents troubles dont souffrait celui-ci (épisode

dépressif, douleurs sévères des membres inférieurs et trouble du comportement alimentaire de type anorexique).

Par courrier du 20 juillet 2017, l'assureur perte de gain a informé l'assuré de l'échéance de son droit aux indemnités journalières au 19 septembre 2017.

Par courrier du 24 août 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a contesté le projet de décision de l'OAI du 13 juin 2017. Il faisait en substance valoir que le rapport d'expertise du Dr D._____ n'avait pas valeur probante, dès lors qu'il contenait des erreurs dans l'anamnèse (notamment le fait qu'il promène son chien une à deux heures par jour) et qu'il ne tenait pas compte de toutes ses plaintes. L'assuré estimait en outre que l'expert n'expliquait pas pourquoi il arrivait à la conclusion qu'il ne présentait aucune maladie invalidante alors que l'expert retenait un épisode dépressif majeur, voire un trouble de l'adaptation, et ce en contradiction avec les conclusions des médecins traitants. Il concluait ainsi à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour déterminer de manière précise tant les atteintes physiques que psychiques qu'il présentait et, partant, sa capacité de travail résiduelle.

Par avis médical du 7 septembre 2017, la Dresse [...] du SMR a considéré qu'aucun nouvel élément médical n'était apte à modifier les conclusions de son rapport d'examen du 23 mai 2017.

Par courrier du 22 septembre 2017, l'assuré a fait parvenir à l'OAI deux rapports médicaux sous forme de réponses à un questionnaire, l'un établi le 29 août 2017 par les médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie G._____, l'autre en date du 11 septembre 2017 par le Dr I._____.

Dans leur rapport du 29 août 2017, les médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie G._____ ont retenu, comme diagnostics, un trouble dépressif récurrent, épisode actuelle sévère sans symptômes

psychotiques (F33.2), un trouble de l'alimentation sans précision (F51.9) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils précisait que le patient prenait du Mirtazapine (antidépresseur) et que celui-ci bénéficiait d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique. Ces médecins mentionnaient que leur patient présentait une dépression sévère avec une thymie fortement abaissée, une anxiété observée et éprouvée, une anhédonie, une aboulie, une irritabilité, un sentiment de culpabilité, une anergie et un sentiment de dévalorisation, de même que d'importants troubles du sommeil et de l'appétit, précisant que la présence d'idées noires était fluctuante. Ces médecins estimaient que la capacité de travail du patient était nulle dans toute activité professionnelle, compte tenu des limitations fonctionnelles de celui-ci (diminution de la concentration et de l'attention face à l'émergence de pics de douleurs intenses et fréquents, fatigabilité importante en lien avec l'épisode dépressif et le trouble du comportement alimentaire, difficulté à rester dans une même position de manière prolongée, difficultés de déplacement). Ces médecins considéraient ainsi que les atteintes psychiques du patient avaient une influence sur la capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Ils relevaient également que depuis le début du suivi au Centre de psychiatrie et psychothérapie G._____, le patient n'avait pas montré d'évolution favorable, souffrant toujours d'un épisode dépressif sévère. Le pronostic était donc réservé, dès lors qu'aucune amélioration de la symptomatologie anxieuse et dépressive n'était constatée.

Répondant aux mêmes questions que les médecins précités, le Dr I._____ a retenu, comme diagnostics, des douleurs chroniques des membres inférieurs avec status après cure chirurgicale des varices le 6.11.2015, une phlébectomie bilatérale en 2010, un trouble du comportement alimentaire de type anorexie, un trouble de la personnalité de nature non précisée ainsi qu'un état dépressif chronique d'intensité modérée. Ce médecin indiquait que son patient était sous traitement antidépresseur prescrit par son psychiatre traitant. Comme limitations fonctionnelles, le Dr I._____ retenait des douleurs des membres inférieurs qui limitaient clairement son patient dans sa mobilité, l'obligeant

à marcher avec une canne, et des troubles de la personnalité qui faisaient que son patient n'avait aucune ressource permettant d'imaginer une éventuelle amélioration. Ce médecin concluait qu'en rapport avec la globalité des symptômes présentés par son patient et l'absence de ressources psychiques de celui-ci, la reprise d'une activité lucrative n'était pas envisageable que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Son pronostic restait réservé quant à l'évolution future de la situation médicale complexe de son patient.

Par avis médical du 23 octobre 2017, la Dresse [...] du SMR a mentionné que les rapports médicaux produits ne montraient pas de modification de l'état de santé de l'assuré depuis le rapport d'expertise du Dr D._____ du 9 février 2017, ni de nouvelles atteintes, si bien que les conclusions de ce rapport restaient valables.

Par décision du 6 décembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de refus d'octroi de prestations du 13 juin 2017. Dans un courrier du 5 décembre 2017, joint à cette décision, l'OAI répondait aux griefs soulevés par l'assuré dans sa contestation du 24 août 2017 en ces termes :

« Les prétendues erreurs concernant l'anamnèse de l'assuré ne sont pas de nature à jeter des doutes sur la pertinence des conclusions de l'expert ; lesquelles sont bien motivées.

L'expert pose effectivement le diagnostic d'épisode dépressif majeur mais explique que M. Z._____ ne présente pas les critères suffisants en faveur d'un épisode dépressif de gravité moyenne à sévère (p.22 de l'expertise).

L'expert a tenu compte de ses douleurs aux membres inférieurs. Faute d'atteinte neurologique, c'est donc à juste titre qu'il a analysé la situation sous l'angle psychique ce qui l'a amené à poser le diagnostic non invalidant de trouble à symptomatologie somatique et apparenté, avec douleurs prédominantes de gravité légère.

L'expert explique que son appréciation diverge de celle du médecin traitant de l'expertisé notamment vu la tendance très importante à l'amplification des plaintes de l'assuré (p.27 de l'expertise).

L'expert indique que l'assuré peut exercer son activité habituelle en plein sans diminution de rendement au plus tard le jour de l'expertise (p.30 de l'expertise) mais explique aussi que rien n'indique que M. Z._____ ait présenté des troubles psychiques incapacitants (p.19 de l'expertise). Le Service médical régional (SMR) peut donc être suivi quand il estime que l'assuré ne présente pas d'atteinte invalidante.

A noter que l'expert relève un trouble alimentaire peu spécifique qu'il classe dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (p.18 de l'expertise).

Pour finir nous pouvons préciser que selon le SMR, les rapports médicaux fournis à l'appui de la contestation du 24 août 2017 n'apportent pas d'éléments susceptibles de modifier notre position.

En conclusion, l'expertise du Dr D. _____ peut être suivie et il n'y a pas lieu d'investiguer la situation par une expertise pluridisciplinaire. »

B. Par acte du 23 janvier 2018, l'assuré, par l'entremise de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), en concluant, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'allocation d'une rente d'invalidité et subsidiairement à ce que de nouvelles mesures d'instruction soient ordonnées (notamment une expertise médicale pluridisciplinaire) et, le cas échéant, à ce que de nouvelles mesures de reclassement soient ordonnées. Il soutient que tant l'expertise du Dr D. _____ que l'avis du SMR n'ont pas valeur probante. Il fait valoir en particulier que l'anamnèse comporte des erreurs, que les conclusions sont incohérentes et qu'elles ne sont pas suffisamment motivées. A cet égard, le recourant relève que l'expert conclut à une dépression majeure, voire un trouble de l'adaptation et nie tout impact de ces atteintes sérieuses sur sa capacité de travail et que celui-ci n'explique pas comment il conclut à une pleine capacité de travail alors qu'il se trouve sous traitement antidépresseur et ne dispose d'aucune ressource lui permettant de poursuivre une activité lucrative. Il met également en avant le fait que l'assureur perte de gain a désavoué l'expert mandaté par ses propres soins, dès lors que celui-ci a continué à lui verser des indemnités journalières. Le recourant estime en outre que l'avis du SMR n'a pas valeur probante, dans la mesure où il ne tient pas compte des erreurs et incohérences relevées et fait fi de la décision de l'assureur perte de gain. Enfin, il soutient que les critères posés par la jurisprudence fédérale applicable aux troubles psychiques n'ont pas été pris en compte. Il dépose un lot de pièces sous bordereau.

Par réponse du 20 mars 2018, l'OAI s'est référé à son courrier du 5 décembre 2017, tout en précisant qu'il n'avait pas à tenir compte de

la décision de l'assureur perte de gain, chaque assurance procédant à l'évaluation du droit aux prestations en fonction des règles qui lui étaient applicables.

Dans sa réplique du 16 avril 2018, le recourant s'étonne notamment de la position de l'intimé qui se fonde sur le rapport d'expertise du Dr D._____, tout en estimant qu'il n'a pas à tenir compte des éléments factuels qui ont conduit l'assurance perte de gain à désavouer son propre expert et à continuer la prise en charge des prestations assurées, au seul motif que les deux assurances ne poursuivaient pas le même objectif.

Par duplique du 8 mai 2018, l'intimé a maintenu sa position, tout en répondant au recourant que l'assureur perte de gain n'avait pas désavoué l'expert mais choisi de suivre l'avis de son médecin-conseil, lequel avait privilégié l'avis du médecin traitant au détriment de l'appréciation détaillée de l'expert psychiatre.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (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'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours 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 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

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, partant, de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). 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 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

Il est précisé à l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), que l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins.

d) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1).

4. a) 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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).

b) 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

5. a) En l'espèce, l'intimé considère que le rapport d'expertise du Dr D._____ a pleine valeur probante, notamment s'agissant de la capacité de travail du recourant laquelle a été évaluée à 100% sans baisse de rendement depuis le 1^{er} février 2016.

aa) Il ressort du dossier que l'assuré travaillait en qualité de graphiste à 100% depuis le 1^{er} septembre 2011. Après une perte pondérale de plus de 20 kg à la suite d'une rupture sentimentale en 2014, le recourant a commencé à se plaindre de douleurs neuropathiques diffuses au niveau des membres inférieurs et a présenté une péjoration sur le plan thymique. En incapacité de travail totale dès le 1^{er} septembre 2015, l'intéressé a vu son contrat de travail résilié par l'employeur en

décembre 2015 pour le 29 février 2016. Le 23 janvier 2016, l'assuré déposait une demande de prestations AI.

bb) Sur le plan somatique, les douleurs des membres inférieurs, mises initialement sur le compte d'une insuffisance veineuse, se sont aggravées après une cure de varices chirurgicales effectuée le 6 novembre 2015. Une origine neurologique a également été évoquée (polyneuropathie carentielle) laquelle a finalement été écartée à la suite d'un séjour hospitalier en neurologie du 15 décembre 2015 au 7 janvier 2016. Finalement les investigations neurologiques n'ont pas pu mettre en évidence une étiologie claire à ses douleurs aux membres inférieurs. Il sied toutefois de constater que le dossier produit par l'intimé n'est plus documenté sur le plan neurologique depuis l'obtention du rapport établi par les Drs P._____, H._____, et M._____ en date du 11 janvier 2016. On ignore ainsi quelle a été l'évolution de la situation du recourant dans ce registre, en particulier s'il bénéficie toujours d'un suivi spécialisé et si sa capacité de travail a changé de ce point de vue. Il appartenait dès lors à l'intimé d'actualiser les éléments médicaux d'ordre neurologique avant de rendre la décision querellée.

cc) Sur le plan psychiatrique, compte tenu de l'apparition d'idées suicidaires et de la présence de troubles du comportement alimentaire, le recourant a été hospitalisé le 8 janvier 2016 au Département de psychiatrie de l'Hôpital psychiatrique W._____. L'ensemble des médecins consultés (les psychiatres et son médecin traitant le Dr I._____) ont estimé que la situation médicale n'était pas stabilisée et qu'elle n'était pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle. Ils évoquent un trouble dépressif sévère, des troubles importants du sommeil, une capacité de concentration et d'attention limitée, des troubles du comportement alimentaire (refus de manger, comptabilisation des calories de chaque repas, augmentation des exercices afin de perdre du poids), le Dr I._____ retenant par ailleurs le diagnostic d'anorexie mentale (rapport du 16 février 2017). C'est dans ce contexte qu' [...], assureur perte de gain, a mis en œuvre une expertise psychiatrique de l'assuré et qu'il a mandaté le Dr D._____. Dans son

rapport du 9 février 2017, l'expert a retenu que le recourant présentait un épisode dépressif majeur (versus trouble de l'adaptation), un éventuel trouble à symptomatologie somatique chronique, de gravité légère (dd : trouble de conversion à symptomatologie neurologique fonctionnelle), un trouble alimentaire non spécifié, une personnalité limite, avec un faux self et des traits passifs-agressifs. L'expert a conclu que malgré les diagnostics retenus, le recourant ne présentait pas les critères suffisants en faveur d'un état dépressif majeur cliniquement significatif, « en tout cas de gravité moyenne à sévère ». Il a ajouté que les tests psychométriques suggéraient une tendance très importante à l'amplification et la dramatisation des plaintes pouvant expliquer en partie les discordances d'appréciation entre le médecin expert et traitant, le second faisant le postulat de la sincérité de son patient. Finalement, il a considéré que « lorsqu'une maladie devient chronique, il ne faut dès lors souvent pas hésiter à programmer une reprise d'activité, même si quelques symptômes psychosomatiques sont encore perceptibles ». Il a ajouté qu'il y avait lieu maintenant de fixer à l'assuré des limites à ses attentes de guérison magique ou de dispense de ses obligations professionnelles. Dans le même temps, l'expert a encouragé le recourant à reprendre un suivi psychologique et un traitement antidépresseur, que l'intéressé avait cessé fin 2016 à cause, selon ses dires, de sa franchise à 2'500 francs.

A l'analyse du rapport du Dr D._____, il sied de constater que les diagnostics évoqués sont peu discutés - en particulier celui du trouble de conversion liée à la symptomatologie neurologique, respectivement d'un éventuel trouble somatoforme douloureux évoqué par les médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie G._____ - de même que l'évolution de la capacité de travail du recourant, l'expert se limitant à conclure sommairement à une capacité de travail entière depuis le 1^{er} février 2016 (cf. rapport d'expertise, p. 29), soit un an avant l'expertise, alors que l'ensemble des médecins consultés concluait à l'absence d'évolution favorable depuis septembre 2015. Finalement, malgré la poursuite du traitement et une réévaluation de la médication postérieurement à l'expertise, le Centre de psychiatrie et psychothérapie G._____ a exclu toute possibilité de rendement sur le marché du travail

en raison notamment d'un trouble de la concentration et de la fatigabilité, éléments non discutés par l'expert. En termes de capacité de travail, estimée à 100% dans toute activité, on peine à comprendre les éléments qui ont conduit le Dr D._____ à cette appréciation, étant donné les diagnostics pris en considération en définitive. A cet égard, on rappellera qu' [...] a, par courrier du 15 mars 2017 (cf. bordereau de pièces, n°4), informé l'assuré qu'après examen du rapport d'expertise du Dr D._____ et du rapport médical du Dr I._____ du 9 février 2018, son médecin-conseil avait conclu que l'incapacité de travail à 100% était justifiée sous condition d'un suivi et d'un traitement médical par un médecin-psychiatre. On ajoutera que le recourant a contesté différents points de l'expertise, notamment l'affirmation selon laquelle il promène son chien à raison de deux heures par jour. Or, cet élément est central dans l'analyse effectuée par l'expert, lequel est d'avis que l'intéressé peut investir différentes activités quotidiennes, notamment s'occuper de son chien. Au chapitre somatique, l'expert fait état des plaintes de l'assuré tout en rappelant qu'il promène son chien deux heures par jour. Or, tous les médecins consultés s'accordent à dire que le recourant présente des difficultés de déplacement (utilisation d'une canne) et que sa mobilité est considérablement réduite.

b) En définitive, il n'est pas possible en l'état du dossier de se prononcer clairement sur les diagnostics psychiques devant être retenus dans le cas du recourant, singulièrement s'agissant de celui de trouble de conversion, respectivement de trouble somatoforme douloureux et de déterminer avec suffisamment de certitude son incidence sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressé. En particulier, le Dr D._____ s'est contenté d'indiquer que le trouble de conversion était de gravité légère sans plus d'explication. On ignore enfin les ressources dont dispose le recourant.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à

l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé psychique de recourant, ni les conséquences de cet état de santé sur son éventuelle capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. L'instruction doit être complétée et actualisée. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre un complément d'instruction, par l'actualisation du dossier somatique et par la mise en œuvre à tout le moins d'une expertise psychiatrique indépendante au sens de l'art. 44 LPG, et par toutes autres mesures jugées utiles, aux fins de déterminer précisément les atteintes que présente l'assuré, les limitations fonctionnelles qui en résultent ainsi que leur influence sur sa capacité de travail, puis de rendre une nouvelle décision.

c) C'est le lieu de relever que, dans deux arrêts rendus le 30 novembre 2017 (ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418), le Tribunal fédéral a

étendu la procédure structurée d'administration des preuves développée pour les troubles somatoformes douloureux et les troubles psychosomatiques analogues (ATF 141 V 281) à tous les troubles psychiques. Cela signifie qu'il y a lieu d'examiner au cas par cas et selon une procédure structurée ce que l'assuré est capable de faire. Il convient notamment d'évaluer globalement et sans préjuger des résultats les capacités fonctionnelles effectives de l'intéressé. La procédure s'appuie sur des indicateurs au moyen desquels on déterminera si et dans quelle mesure l'assuré est apte au travail. Les indicateurs pris en compte sont les rapports médicaux, l'éventuel recours à des thérapies, leur déroulement et leurs effets, les essais de réadaptation professionnelle, les éventuelles comorbidités, le contexte social de la personne concernée, ainsi que les limitations dans la vie quotidienne.

d) Dans le cadre de l'expertise psychiatrique à intervenir, il incombera à l'OAI de veiller à ce que l'expert examine la situation du recourant au regard de ces nouveaux critères jurisprudentiels (au sujet des nouvelles directives concernant l'expertise médicale dans l'assurance-invalidité, cf. ch. marg. 2075 ss de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité édictée par l'Office fédéral des assurances sociales ainsi que les annexes VI, VII et VIII, dans leur teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018).

7. a) En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 6 décembre 2017, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) 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 frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- 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.
- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Daniel Strub (pour Z. _____),
- 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 :