

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 novembre 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Neu et Mme Durussel, juges  
Greffière : Mme Juillerat Riedi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**O.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé,

---

**Art. 28 et 29 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** U. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de Bosnie-Herzégovine né en [...], a suivi une formation d'ingénieur géologue, avant de s'engager dans la guerre en Bosnie en 1992. Il a créé une société en 2001, avant de se résoudre à quitter son pays. Il est arrivé en Suisse début 2010 et a été rejoint par son épouse et ses deux filles quelques mois plus tard. Après avoir essuyé un rejet de sa demande d'asile - motivée par le fait qu'il aurait été, avec sa famille, persécuté par la mafia -, il a été mis au bénéfice d'une admission provisoire le 12 novembre 2015.

Depuis son arrivée en Suisse, l'assuré a été hospitalisé à de nombreuses reprises en raison de tentatives de suicide ou d'un risque de passage à l'acte. Entre 2010 et début 2015, il a ainsi été hospitalisé à huit reprises, soit du 18 au 21 septembre 2010, du 22 février au 8 mars 2011, du 11 mars au 15 mars 2011, du 11 janvier au 24 janvier 2012, du 2 avril au 12 avril 2012, du 25 janvier au 13 février 2013, du 28 novembre au 16 décembre 2014, puis du 17 décembre 2014 au 26 janvier 2015. Le 3 février 2015, la Dre [...], médecin assistante au département de psychiatrie du [...], a posé les diagnostics de « trouble dissociatif sévère versus F22.9 trouble délirant persistant, sans précision », d'état de stress post-traumatique et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline.

Le 22 juin 2015, l'assuré a effectué une nouvelle tentative de suicide par médicaments pour laquelle il a été hospitalisé deux jours à l'Unité des soins intensifs des [...] au vu d'un trouble de l'état de conscience, puis au Département de psychiatrie du [...] jusqu'au 6 juillet 2015. Dans leur rapport de sortie du 13 juillet 2015, les Dr [...], chef de clinique, et [...], médecin assistante au Département de psychiatrie précité, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et de trouble de la personnalité

émotionnellement labile, type borderline et état de stress post-traumatique.

Dans un rapport médical du 2 septembre 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> mai 2013, a indiqué que durant les trois jours qui avaient précédé sa tentative de suicide du 22 juin 2015, le patient avait vécu enfermé dans sa chambre avec des attitudes d'écoute et des monologues hallucinatoires et a diagnostiqué une schizophrénie hébéphrénique impliquant lors de période de stress un risque de raptus important. Il avait ainsi adapté le traitement du patient.

L'assuré a à nouveau été hospitalisé du 14 septembre au 28 septembre 2015 pour une admission volontaire en vue d'une stabilisation du traitement médicamenteux, d'un bilan social et d'une protection d'un risque suicidaire. Dans son rapport médical du 20 octobre 2015, la Dre [...], médecin assistante au Département de psychiatrie du [...], a posé le diagnostic de trouble réactionnel, trouble de l'adaptation et état de stress post-traumatique, de même que le diagnostic différentiel de trouble spécifique de la personnalité sans précision et trouble psychotique aigu et transitoire, avec facteur de stress aigu associé, sans précision. Elle a fait état d'une bonne évolution de l'état psychique du patient grâce au cadre rassurant de l'hôpital et aux entretiens médico-infirmiers, en indiquant que le patient avait pris du recul par rapport à sa situation familiale et sociale et que son état psychique s'était amélioré avec diminution, puis disparition des idées suicidaires.

**B. a)** Le 2 mai 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

Dans un questionnaire médical qui lui a été soumis par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr U.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a notamment indiqué, le 7 juin 2016, que son patient souffrait depuis 2010 d'une schizophrénie hébéphrénique, de trouble dépressif récurrent, d'un état de stress post-traumatique, de trouble dissociatif sévère et de céphalées chroniques de

type migraine, que le pronostic n'était ni bon ni mauvais, aucune guérison définitive n'étant attendue, que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle et que ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, ainsi que sa résistance étaient limitées tout le temps.

Le 9 septembre 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant de l'assuré depuis février 2015, parallèlement aux consultations du Dr S.\_\_\_\_\_, a indiqué, dans ce même questionnaire médical, que le patient lui avait été envoyé par son avocat pour établir une expertise et que le mandat s'était transformé en suivi compte tenu de la particularité du cas et du fait que le patient pouvait s'exprimer dans sa langue maternelle, que son patient souffrait d'un état de stress post-traumatique, d'un « trouble dissociatif sévère vs F24, d'un trouble délirant induit », d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, d'un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère et symptômes psychotiques, d'une modification durable de la personnalité et d'une anxiété généralisée, qu'il avait été victime d'un crime et d'actes de terrorisme et avait vécu une expérience de violence, de guerre et autres hostilités, que le pronostic était défavorable s'agissant d'une reprise professionnelle et qu'une certaine récupération et une stabilisation était en cours avec toutefois un risque de rechute. Il a par ailleurs relevé qu'en raison notamment de confusions, d'idées délirantes et de désorientation, son patient ne pouvait pas exercer une activité lucrative. Une réadaptation professionnelle n'était pas possible et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise future d'une activité professionnelle.

Le 13 septembre 2016, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient souffrait d'une schizophrénie hébéphrénique épisodique et d'un état dépressif récurrent, actuellement en rémission, que des troubles de concentration très importants l'empêchaient notamment d'apprendre le français, qu'il avait un état psychique végétatif qui se manifestait en une intolérance absolue au moindre stress, une déconnexion et une décompensation de la psychologie, que dans le meilleur des cas on

pouvait s'attendre à une stabilisation de l'état actuel et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

Dans un nouveau questionnaire qui lui a été soumis par l'OAI, l'assuré a pour sa part indiqué, le 7 juillet 2017, que son état était resté stable depuis le dépôt de sa demande et qu'il avait été hospitalisé une nouvelle fois du 27 janvier au 3 février 2017. Le rapport médical rédigé le 8 février 2017 à l'issue de l'hospitalisation précitée par le Dr [...], chef de clinique adjoint du Département de psychiatrie du [...], mentionne notamment ce qui suit :

**Motif de recours**

Admission volontaire en raison d'une décompensation psychotique.

**Diagnostics - Antécédants - Interventions**

F20.3 Schizophrénie indifférenciée

**Rappel anamnestique**

**Anamnèse à l'entrée**

Le patient [...] nous est adressé par son épouse suite à la péjoration de son état. Il aurait cessé de prendre sa médication depuis 3 semaines et présenterait un discours hors de la réalité et répétitif autour de la guerre vécue en Bosnie et regarderait beaucoup de documentaires à ce propos. Depuis quelques jours il est en retrait mutique à certains moments avec des pleurs. Trois jours avant l'admission, il ne dort plus et refuse que sa femme éteigne la lumière la nuit. [...]

**Status psychique**

Il s'agit d'un patient de [...] ans, faisant son âge, à l'hygiène sans particularité. Il demeure en retrait, par moment apeuré, se montre calme, collaborant, orienté dans l'espace, sur sa situation et sa personne, se trompe de sept jours dans la date exacte. Le focus est partagé. Peu de contact visuel. Ralentissement de la pensée et perplexité observés. Il s'exprime dans un français de base et à l'aide de gestes. Le discours est ralenti, de contenu pauvre et non spontané. Absence de réponses à côté alors qu'il ne répond pas à

certaines questions et semble perplexe. Hallucinations auditives sous forme de voix d'un ami mort qui lui demande de le rejoindre. La thymie est triste avec affects émoussés. Angoisses observées et éprouvées. Il est à noter des insomnies, une peur du noir. Il ne répond pas aux questions concernant les idées suicidaires.

### **Status à l'entrée**

#### **Synthèse - discussion et évolution**

Nous retenons le diagnostic de schizophrénie indifférenciée avec la présence des symptômes positifs. Notre hypothèse de crise est celle d'une perte de rôle au sein de sa famille, un sentiment d'abandon, et une réactivation d'un vécu traumatique comme moyen de défense.

Nous poursuivons son traitement habituel avec Rispedal Consta 25 mg le 28.01.17. La médication de Topamax est arrêtée, sans apparition des symptômes migraineux.

[...]

Dans un avis médical du 18 juillet 2017, la Dre H.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a indiqué qu'à la lecture des documents versés au dossier, elle était étonnée du fait que l'assuré ait deux psychiatres traitants qui retenaient des diagnostics complètement différents. Elle a jugé qu'un complément d'informations de la part des Drs Z.\_\_\_\_\_, et S.\_\_\_\_\_ était nécessaire.

Le 12 juillet 2017, le Dr S.\_\_\_\_\_, en réponse à un questionnaire complémentaire qui lui a été soumis par l'OAI, a précisé que l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué, ses symptômes étant chroniques et qu'il n'avait aucune capacité de travail, que ce soit dans une activité habituelle ou adaptée, sauf en ergothérapie ou atelier protégé. Quant au Dr Z.\_\_\_\_\_, il n'a pas rempli le questionnaire et s'est référé, le 20 avril 2018, à son rapport médical du 9 septembre 2016, avec la précision qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis le 30 août 2016.

**b)** Le 15 février 2019, l'OAI a adressé un mandat d'expertise médicale psychiatrique au Dr V.\_\_\_\_\_, qui a rendu son rapport le 22 août 2019. Cet expert considère qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé incapacitante sous traitement médical bien conduit.

Sous la rubrique « synthèse du dossier » de son expertise, l'expert a mentionné un courriel qui lui avait été adressé le 14 juin 2019, dans lequel le Dr S.\_\_\_\_\_ indiquait que le patient était stable sur le plan de sa schizophrénie et de son trouble dépressif récurrent, qu'il était euthymique, n'avait pas de symptômes positifs mais un apragmatisme important, qu'il était en train de se séparer de son épouse et attendait un logement individuel de l'EVAM, qu'il fréquentait régulièrement [...] pour de l'ergothérapie, vadrouillait en train et lisait les journaux bosniaques sur son téléphone, qu'il n'avait pas d'autres activités et n'avait toujours pas réussi à apprendre le français.

A l'issue d'un examen clinique de l'assuré, l'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, en rémission, d'un éventuel état de stress post-traumatique sub-clinique à léger et de traits de la personnalité de type émotionnellement labile, tout en indiquant que ceux-ci étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré et que celui-ci pourrait travailler dans toute activité simple et répétitive. S'agissant de l'hypothèse d'une schizophrénie évoquée dès 2015, elle n'était pas soutenue par une description clinique allant dans ce sens et l'expert ne retrouvait pas de délires, une brève hallucination atypique, pas de troubles logiques ou formels de la pensée, ni d'abrasion des affects. Quant à l'état de stress post-traumatique, il ne semblait pas pouvoir être retenu comme incapacitant vu le parcours militaire sans faille de cet assuré, avec un séjour au Pakistan, puis dans les forces spéciales en Bosnie, et le dynamisme dont celui-ci a fait preuve pour s'établir en tant qu'indépendant. Selon lui, c'étaient plutôt les problèmes d'adaptation et d'incertitude face à sa situation qui jouaient un rôle prépondérant.

Sous la rubrique « appréciation des capacités, des ressources et des difficultés », l'expert a notamment apporté la précision suivante :

#### 7.4.3 Distinction entre les troubles fonctionnels selon qu'ils sont dus à des causes médicales ou non

Des facteurs extra-médicaux jouent probablement un rôle dans cette situation. Le rôle de malade offre aussi des solutions face aux menaces de renvoi puisque plusieurs médecins ont appuyé leur argumentation sur les troubles psychiques actuels qui ne sauraient être pris en charge en Bosnie sans risque pour sa santé. Rappelons que Monsieur U.\_\_\_\_\_ n'a pas présenté au demeurant de troubles psychiques en Bosnie. Enfin, l'assuré est au bénéfice d'un permis F. Les perspectives de retrouver un emploi à 50 ans sont probablement modestes. D'autre part, l'expert ne sait pas si administrativement cela est possible. On note qu'après 9 ans en Suisse l'assuré ne s'exprime quasiment pas en français, ce qui obère aussi toute possibilité d'insertion professionnelle. Outre sa carrière militaire et la gestion d'une hotline, Monsieur U.\_\_\_\_\_ n'a pas d'autre expérience professionnelle.

Après avoir analysé en détail ses diverses facultés, il en a conclu ce qui suit (ch. 7.4.4) :

Monsieur U.\_\_\_\_\_ a toujours été capable de s'adapter aux règles et routines et maintenant du quotidien. Il peut planifier et structurer ses tâches. Dans le passé, l'assuré a toujours pu faire preuve de flexibilité et de capacités d'adaptation. Les problèmes extra-médicaux jouent un rôle actuellement. L'assuré n'a pas beaucoup de compétences professionnelles qu'il puisse mettre en valeur, si ce n'est militaires et la gestion d'une hotline. Monsieur U.\_\_\_\_\_ n'a pas de problèmes pour prendre des décisions ou de jugement. L'endurance n'est pas limitée. Il sait faire valoir ses droits. A priori les contacts avec les tiers ou un groupe n'auraient jamais posé problème. Les relations familiales sont compliquées, surtout en raison du décalage socioculturel de ses filles qui ont grandi en Suisse. Actuellement, Monsieur U.\_\_\_\_\_ a de nombreuses activités spontanées, il sort, voit un ami, se promène, donne à manger aux oiseaux. Il gère ses soins personnels et se déplace à de nombreuses reprises.

En ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré, l'expert a précisé ce qui suit (ch. 8.1):

D'un point de vue objectif, dès sa sortie de l'hôpital du 03.02.2017, la capacité de travail est entière. D'ailleurs cela est

confirmé par le mail du Dr S. \_\_\_\_\_ du 14.06.2019, qui décrit une situation psychique stabilisée, chez un sujet euthymique, sans signes psychotiques positifs. Il parle d'un apragmatisme important qui est contredit par le fait que le Dr S. \_\_\_\_\_ précise que l'assuré sort régulièrement pour l'ergothérapie, vadrouille en train, lit les journaux online sur son téléphone. On sait qu'actuellement Monsieur U. \_\_\_\_\_ est en train de se séparer et ce n'est pas pour autant qu'il décompense au niveau psychique.

A cet égard, l'expert a encore indiqué, en substance, que la performance de l'assuré n'était pas réduite, que sa capacité de travail de 100% évoluerait favorablement en cas de bonne observance au traitement et que des facteurs extra-médicaux, comme un nouveau refus d'entrer en matière de la Confédération, risquent d'être à l'origine d'une réaction émotionnelle aigue. Enfin, l'expert a également retenu que les atteintes à la santé de l'assuré n'avaient aucun effet sur la capacité à exécuter les activités ménagères.

Par avis du 23 septembre 2019, la Dre H. \_\_\_\_\_, du SMR, a adhéré aux conclusions de l'expert qu'elle a jugé complète, détaillée et convaincante. Le 29 novembre 2019, elle a précisé qu'entre le 18 septembre 2010 et le 3 février 2017, l'assuré avait présenté de très courtes périodes d'incapacité de travail à 100% lors des hospitalisations en milieu psychiatrique, mais a confirmé - sur la base de l'expertise, de la courte durée des hospitalisations et du temps variable écoulé entre les hospitalisations - l'absence d'une incapacité de travail durable médicalement reconnue.

**c)** Par projet de décision du 10 décembre 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations.

Par courrier non daté, reçu par l'OAI le 9 janvier 2020, l'assuré a contesté le projet de décision précité. Il s'est référé à un nouveau certificat médical du Dr S. \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2020, dans lequel ce médecin indique que son patient présentait une incapacité de travail totale au moins depuis le 1<sup>er</sup> mai 2013, date à partir de laquelle il l'avait reçu en consultation, et jusqu'à ce jour et pour une longue durée encore.

Par décision du 14 février 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations formée le 12 mai 2016 par U.\_\_\_\_\_. Il a considéré que l'ensemble des renseignements médicaux en sa possession laissait apparaître que l'atteinte à la santé de l'assuré n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée, précisant à cet égard qu'il avait présenté des incapacités de travail et de gain uniquement durant ses différentes hospitalisations.

**C.** Par acte du 4 mars 2020, U.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision précitée. Se fondant en particulier sur l'avis médical de son psychiatre-traitant, le Dr S.\_\_\_\_\_, il a conclu implicitement à ce que son droit à des prestations AI lui soit reconnu.

Dans sa réponse du 7 juillet 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant en substance que les éléments amenés par l'assuré n'étaient pas de nature à ébranler les conclusions de l'expertise.

### **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)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (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.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). 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\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 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 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être

enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4. a)** Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise V.\_\_\_\_\_ et se réfère aux rapports médicaux établis par ses médecins traitants. Il convient toutefois de souligner que ces derniers documents se contredisent partiellement entre eux, avec des diagnostics très variés selon le document auquel on se réfère. Dans son expertise, dont les conclusions reposent sur des constatations circonstanciées et sur une analyse complète de l'état de santé du recourant, le Dr V.\_\_\_\_\_ réfute finalement le diagnostic de schizophrénie ou de trouble psychotique, qui paraît le plus grave parmi ceux évoqués dans les divers rapports au dossier ; il relativise également la gravité d'un éventuel syndrome post-traumatique. Il privilégie les diagnostics de trouble dépressif récurrent, en rémission, et de traits de personnalité de type émotionnellement labile. Son analyse rejoint d'ailleurs plusieurs autres rapports médicaux faisant état d'un trouble de l'adaptation (en particulier les rapports du 22 février 2012 des Drs [...] et [...] et du 5 mai 2011 des Drs [...] et [...]), qui font notamment état d'un « trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites », respectivement d'une « difficulté d'adaptation ») ou d'une personnalité émotionnellement labile (en particulier les rapports du 13 juillet 2015 des Drs [...] et [...] et du 3 février 2015 de la Dre [...]). On admettra en tous les cas que, sous traitement, le recourant ne présente pas de symptômes psychotiques. Finalement, si l'on ne saurait sous-estimer la gravité des troubles psychiques développés par le recourant, qui ont tout de même entraîné plusieurs tentatives de suicide et 11 hospitalisations entre 2010 et 2017, le Dr V.\_\_\_\_\_ a néanmoins constaté, de manière probante, une stabilisation depuis la fin de l'année 2015. Il n'y a en effet plus eu d'hospitalisation en 2016 et qu'une courte hospitalisation du 27 janvier au 3 février 2017, sur un mode volontaire et à la suite de l'interruption par l'assuré de son traitement médicamenteux. Son état de santé s'est d'ailleurs stabilisé avec la reprise de ce traitement. Enfin, il ne ressort pas du dossier que l'assuré aurait été à nouveau hospitalisé depuis lors, ce que le Dr S.\_\_\_\_\_, qui a notamment écrit à

l'OAI le 8 janvier 2019 pour manifester son désaccord, n'aurait pas manqué de signaler. Ainsi, aucun élément objectif ne permet de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert.

En définitive, le droit éventuel à une rente aurait pu être ouvert, au plus tôt, en novembre 2016 au vu de la date de dépôt de la demande. Le recourant ne présentait toutefois pas, ou plus, à cette période déjà, d'incapacité de travail en raison de ses troubles psychiques.

**5. a)** Au vu de ce qui précède, le recours 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 contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 14 février 2020 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 de U.\_\_\_\_\_.

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

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- U.\_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :