

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 août 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Rossier et M. Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Laurent

Cause pendante entre :

B._____, au [...], recourant, représenté par DAS Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8, 43 al. 1, 44 LPGA; 68bis al. 4, 69 al. 1 let. a LAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. a) B._____ (ci-après: l'assuré), né le 6 mars 1956, de nationalité algérienne et suisse, est marié et père de trois enfants. Il a travaillé depuis le mois d'avril 2001 comme chauffeur-livreur pour l'entreprise S._____ SA, au [...]. En incapacité de travail depuis le 22 février 2008, il a déposé le 24 juillet suivant une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, en indiquant "*dépression*" comme atteinte à la santé. Le 20 août 2008, l'employeur a résilié le contrat de travail pour le 31 octobre 2008.

b) Selon un bref rapport médical du 20 mai 2008 adressé par le Dr M._____, médecin traitant de l'assuré, à la K._____ (membre du J._____), assureur perte de gain maladie, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail à 100 % depuis le 23 février 2008 en raison d'un "*état anxio-dépressif réactionnel à un problème au travail et des problèmes familiaux*".

Dans un rapport médical du 10 juillet 2008, le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil du J._____, a exposé ce qui suit:

"En tant que médecin-conseil du J._____, j'ai vu à ma consultation l'assuré susnommé le 10 juillet 2008, à la demande de son assurance perte de gain.

Affection actuelle :

Ce chauffeur-livreur, employé dans la même entreprise depuis 2001, dont la profession consiste à livrer des marchandises à des restaurateurs de la région, effectue cette activité de 2 heures du matin à midi depuis 7 ans, sans problèmes.

Depuis environ 2 ans, un conflit larvé avec un collègue s'est détérioré. Cela a débuté par des insultes, puis une agression physique dont l'assuré a fait part à ses chefs, mais il semble que, à part un avertissement, rien de particulier ne s'est passé.

Depuis lors, Monsieur B. _____ a développé un état dépressif, anxieux, l'ayant amené à consulter son médecin traitant, le Docteur M. _____, qui lui a certifié une incapacité de travail totale depuis le 22 février 2008.

Plaintes actuelles :

L'assuré dit ne pas pouvoir retourner au travail dans les conditions actuelles, au vu du conflit professionnel majeur et dit également présenter un conflit familial avec ses enfants, sans donner plus de détails.

Tout au long de la conversation, il a les yeux mi-clos et articule mal.

Traitement actuel :

Cipralax 10 mg 1 cp/jour, Xanax 1 mg/jour, Zyprexa 2,5 mg 1 cp matin et soir.

Antécédents personnels :

Dit avoir toujours joui d'une bonne santé.

Status :

Je n'ai pas pratiqué d'examen clinique.

Conclusion :

Après avoir pris contact avec son médecin traitant, le Docteur M. _____, il s'avère que la problématique actuelle est essentiellement psychiatrique et ne se dénouera pas, étant donné le conflit professionnel toujours présent dans l'entreprise. Le conflit familial a encore aggravé la situation actuelle et le Docteur M. _____ m'a informé qu'il allait adresser Monsieur B. _____ à un psychiatre, le Docteur [...] à Lausanne, qui le fera suivre par son psychologue, Monsieur G. _____.

En attendant, je ne peux que confirmer l'incapacité de travail totale (...)."

c) Dans un bref rapport médical adressé le 30 octobre 2008 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr M. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire; la symptomatologie psychiatrique consistait en un "repliement sur soi-même, [des] troubles de la concentration, [une] dévalorisation, etc."; l'assuré

n'était pas capable de reprendre une activité professionnelle, car "il [était] trop déprimé et [avait] en plus mal au dos".

d) La K. _____ a mandaté le Dr Z. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise psychiatrique. Dans son rapport, déposé le 14 février 2009, l'expert a procédé à une anamnèse complète (pp. 3-4), a relaté les plaintes et descriptions subjectives de l'assuré ainsi que les réponses données par celui-ci à ses questions (pp. 5-8), a décrit les observations cliniques qu'il a effectuées lors des deux entretiens qu'il a eus avec l'assuré (pp. 9-10) et a résumé les sources d'informations extérieures, en particulier les entretiens qu'il a eus avec le psychologue G. _____ et le Dr M. _____ (p. 10). L'expert a notamment indiqué ce qui suit (pp. 11-13) :

"VII. Discussion:

En ce qui concerne nos propres analyses de la situation clinique il nous paraît tout d'abord important de souligner que nous favorisons des approches diagnostiques qui différencient les informations venant de l'expertisé de celles observées par l'expert. Les premières sont susceptibles d'être influencées par des facteurs extra médicaux, le ressenti personnel du sujet, son éventuelle tendance à l'accentuation ou sa situation sociale.

Pour ces mêmes raisons, nous ne travaillons pas avec les échelles «classiques», par exemple l'échelle de dépression de Hamilton (ici par exemple 13 critères sur les 21 issus de l'autoévaluation) ou les questionnaires autoévaluation (index de satisfaction travail, index de tension, soutien social perçu, score EPICE, mental health index, EVA douleur etc.).

Nous favorisons systématiquement les critères établis dans la Classification Internationale des Maladies, version actuelle 10, issus du travail continu de consensus de l'Organisation Mondiale de la Santé, affinés dans les «Critères diagnostiques pour la recherche» (WHO/OMS Genève, Masson 1994).

La situation que vous avez mandatée concerne un homme de maintenant 53 ans qui est en arrêt de travail continu depuis février 2008. Dans ce contexte, un important conflit avec un de ses collègues a été mentionné, de même un conflit familial avec une séparation inofficielle et momentanée de son épouse.

Pour la première problématique mentionnée, l'assuré nous donne beaucoup de détails et semble avoir été sérieusement humilié par son ex-collègue. Ensuite, il a été très déçu de l'attitude de son patron qui non seulement n'a pas donné raison à l'assuré, mais l'a congédié pour octobre 2008. Il y a ici un cumul de blessures narcissiques que l'assuré a visiblement du mal à dépasser, restant très fixé et circulaire dans ses pensées autour des événements. Même aujourd'hui, des mois après son licenciement, il revient constamment à ces problématiques.

Nous avons eu du mal à comprendre la situation familiale et nous nous sommes heurtés, comme d'ailleurs votre médecin-conseil le Dr X. _____, à un certain flou dans les descriptions. Il y a certes eu séparation de son épouse, mais on ne sait pas pour quelles raisons. Il y a ensuite reprise du dialogue et la notion «que ça va un peu mieux». En attendant, l'assuré s'est occupé pratiquement tous les jours de son fils trisomique qui est, pendant la journée, encadré par une fondation.

A l'origine, il s'agit d'un homme d'origine algérienne qui vient d'une famille plutôt instruite, qui a fait un baccalauréat, des études en Angleterre et qui est venu vivre en Suisse au moment où il a rencontré sa femme. Il a fait ici preuve d'une certaine capacité d'adaptation, s'insérant temporairement dans plusieurs milieux, travaillant pendant 10 ans dans l'entreprise immobilière de son beau-père, même capable de créer une entreprise de vente de fruits et légumes. Il y a eu ici un échec avec des dettes consécutives qui a motivé son dernier changement en devenant chauffeur-livreur chez un de ses anciens clients.

Lorsque nous avons vu Monsieur B. _____ en expertise, nous étions frappés par une allure très abattue et déprimée. Comme déjà dans l'examen du Dr X. _____, il semblait avoir des difficultés à parler, ne regardait que partiellement son interlocuteur, était ralenti, affectivement mal et dans une sorte de désespoir global. Il y avait cependant quelques subtiles contradictions. D'un côté, il semblait cognitivement démuné, de l'autre, il était apte à décrire précisément sa fratrie de dix. Il pouvait donner beaucoup de détails pour son lieu et son mode de travail, de même que le conflit avec son ex-collègue, mais il était comme démuné pour d'autres parties de l'anamnèse.

Dans un subtil doute, nous avons opté pour un dosage médicamenteux de l'antidépresseur prescrit et il s'est avéré que l'assuré est non observant. Notre renseignement auprès du cabinet où son médecin traitant l'a envoyé pour traitement, a montré qu'il n'y a eu qu'une seule séance, infructueuse, l'assuré non motivé et donnant l'impression de vouloir profiter. Notre contact avec le médecin traitant a montré que ce dernier

ignorait cette absence de suivi. Lors d'un deuxième entretien, l'assuré nous paraissait plus tonique et fluide, de toute façon sans trouble cognitif majeur.

Nous nous trouvons alors dans une situation où un arrêt de travail a été stipulé il y a une année, très probablement plutôt dans un contexte de trouble d'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte, mais ensuite poursuivi sous influence comportementale. Dans cette situation et avec l'ensemble des éléments mentionnés et analysés, nous ne pouvons pas nous défaire de l'impression d'un conditionnement en direction d'un état maladif. Au stade actuel, le maintien d'une incapacité de travail ne paraît donc plus indiqué. Finalement, le médecin traitant partage notre appréciation.

VIII. Diagnostic et conclusions:

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

- 1. Probable trouble anxieux et dépressif mixte, d'intensité légère (F41.2 selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10),***
- 2. Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0 dans CIM-10).***

Avec la forte composante comportementale, les tendances à la contre-vérité, le premier diagnostic reste un peu incertain. Il nous semble par contre sûr qu'il ne s'agit plus d'un état dépressif sévère ni d'une autre problématique sérieusement inhibante.

L'argumentation principale de l'assuré est dans le subjectif, essentiellement du côté des troubles de concentration et il en déduit une incapacité de conduire. Si tel est son choix, il nous paraît par contre tout à fait exigible qu'il puisse s'ouvrir et s'insérer dans toute autre activité accessible avec ses expériences et sa volonté. De ce fait, une reprise immédiatement après réception de l'expertise à 50 % nous paraît exigible, deux semaines après à 100 %. Une annonce à l'assurance invalidité (comme effectuée apparemment) nous paraît dépourvue de sens."

e) Dans un rapport médical SMR du 6 avril 2009, le Dr H. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a retenu sur la base du rapport d'expertise psychiatrique du Dr Z. _____ du 14 février 2009 qu'il n'y avait

pas d'atteinte à la santé psychique invalidante et que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité.

B. a) Le 20 avril 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant la demande de prestations, pour les motifs suivants :

"• Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé du 12 avril 2001 au 31 octobre 2008 en qualité de chauffeur livreur chez S. _____ SA au [...].

• Depuis le 21 février 2008, vous présentez une incapacité de travail complète.

• A réception des renseignements médicaux, notamment l'expertise médicale du 14 février 2009 du Docteur Z. _____ pour le compte de votre assurance perte de gain, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

• Nous constatons que, du point de vue de l'assurance invalidité, votre atteinte à la santé n'est pas invalidante et le droit aux prestations de notre assurance ne peut que vous être nié."

b) Le 24 avril 2009, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. Il a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr Z. _____ en se référant à une lettre adressée le 20 avril 2009 au médecin-conseil du J. _____ par le Dr M. _____, qui y commentait comme suit le rapport du Dr Z. _____ :

"Après lecture du rapport de Dr Z. _____, j'ai le plaisir de vous informer concernant la situation de mon patient susnommé.

Réponse de la Page 1 :

Dr Z. _____ n'a jamais eu un entretien avec le médecin traitant.

Page 5 - 3^{ème} paragraphe :

Le patient n'a jamais eu un 2^{ème} entretien avec le Dr Z. _____, sauf téléphonique ou il s'est fait traiter de menteur, car il a mélangé les noms des antidépresseurs.

Page 7 :

M. B. _____ prend du Cipralex tous les matins. Il était sous Tolvon précédemment ce qui explique les traces de Tolvon présente dans l'analyse sanguine.

Phobies : [le] Dr Z. _____ se trompe. Le client n'évite pas le cabinet du Dr M. _____ et n'a pas de phobie auprès de ce dernier.

(...)

Sources d'informations extérieures :

1. Dosage médicamenteux :

Substance Miansérine (Tolvon) Résultat : est normal car le patient ne prend plus cet antidépresseur.

Contrairement ce qu'a dit [le] Dr. Z. _____ le patient est tout à fait observant.

2. Entretien avec Monsieur G. _____ :

C'est totalement faux que les contacts entre Monsieur G. _____ et M. B. _____ étaient infructueux. Monsieur G. _____ n'avait pas assez de temps pour M. B. _____ qui était simplement trop mal pour s'exprimer et solliciter un nouveau rendez-vous.

3. Téléphone avec le médecin traitant :

Il n'y a pas eu de téléphone avec le médecin traitant. [Le] Dr Z. _____ se trompe car M. B. _____ s'est volontiers rendu chez le psychologue.

(...)

Diagnostic et conclusion

1. Trouble anxieux et dépressif mixte, d'intensité grave
2. Sans objet

Page 13 :

C'est totalement inapproprié.

Influence sur la capacité de travail

Je pense que les limitations actuelles ne sont que concrètes.

Page 14 :

C'est totalement illusoire avec l'état de santé de M. B. _____

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

M. B. _____ est encore trop malade pour penser à trouver un nouveau travail.

4. Dépression grave avec trouble de la concentration c'est qui est très dangereux surtout quant il est au volant et il a des idées noires, conflit familial, etc."

c) Dans un avis médical SMR du 13 mai 2009, le Dr S. _____ a estimé que le courrier du Dr M. _____ du 20 avril 2009 ne contenait aucun élément médical de nature à remettre en question la valeur probante de l'expertise du Dr Z. _____, qui était bien documentée, précise et nuancée, et qui émanait d'un spécialiste FMH en psychiatrie dont les compétences étaient reconnues des tribunaux.

Dans un courrier du 18 mai 2009 adressé au médecin-conseil du J. _____, le Dr Z. _____ s'est déterminé comme suit sur le courrier du Dr M. _____ du 20 avril 2009 et sur une lettre de DAS Protection juridique SA y relative :

"Ces courriers m'ont laissé plus que perplexe. J'ai essayé d'atteindre le médecin traitant, [le] Dr M. _____, qui prétend ne jamais avoir eu un entretien avec moi. Or nous avons échangé à propos de cette situation précisément le 6.2.09, téléphonique, que j'ai résumé comme c'est dans mes habitudes.

Dans la période écoulée entre la réception de votre lettre et aujourd'hui j'ai bien essayé à 6 à 7 reprises d'atteindre mon confrère. Chaque fois sa secrétaire à la réception me disait que le médecin n'est pas atteignable, à l'extérieur etc. J'ai laissé à plusieurs reprises mon téléphone portable direct, confidentiel, ouvert pratiquement tous le temps, pour que [le] Dr M. _____ puisse m'atteindre. Sa secrétaire m'a plusieurs fois confirmé que la demande et le numéro étaient bien enregistrés.

Malgré ces efforts, [le] Dr M. _____ n'a jamais rappelé.

Pour le reste de ses remarques je peux faire les commentaires suivants:

- [le] Dr M. _____ confirme bien qu'il y a eu un deuxième entretien avec le patient. Le fait qu'il était téléphonique n'a aucune importance pour le contenu,
- je n'utilise jamais des expressions comme « menteur »,
- toutes les informations contenues dans le chapitre « anamnèse » viennent de l'assuré,
- il n'y a pas de preuve que l'assuré est observant,
- l'entretien avec M. G. _____ est correctement résumé,
- je maintiens mes conclusions.

Je constate que le médecin épouse étroitement la vision et les informations de son patient et qu'il [n']a maintenant, contrairement à notre entretien téléphonique, aucune distance critique.

Au vu de ce qui précède je renonce d'aller plus loin dans mes remarques concernant ce médecin. L'absence de volonté de s'entendre de sa part, la conflictualité dévoilée ainsi que l'éloignement des regards sur la situation clinique même risquerait de prendre des allures disproportionnées.

Je pense que la meilleure solution serait de mandater un autre médecin psychiatre expérimenté, extérieur à la situation et du canton de Vaud, pour clarifier la situation."

d) Le 26 mai 2009, le recourant a produit à l'OAI un rapport médical du 25 mai 2009 adressé à son assurance de protection juridique par le Dr W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont la teneur est la suivante :

"Le patient suscité consulte sur conseil de son médecin traitant le Docteur M. _____ pour une péjoration de son état dépressif. Il consulte pour la première fois en mon cabinet médical en date du 12 de ce mois.

Monsieur B. _____ présente un état de détresse et de perturbation émotionnelle qui semble être lié aux événements particulièrement stressant qu'il avait vécu dans son lieu de travail. Le dernier événement stressant remonte à février 2008, agression par un de ses collègues.

Actuellement, il présente une péjoration de sa réaction dépressive prolongée avec apparition d'idéation noire et syndrome somatique (trouble du sommeil, un ralentissement psychomoteur, perte de l'appétit avec perte du poids. Perte de l'élan vital, de la concentration et de l'attention). Il est en arrêt de maladie depuis plus d'une année, il n'a pas été rémunéré ces trois derniers mois et il est en litige avec son assurance

perte de gain, source de préoccupation supplémentaire et de facteurs de stress persistants.

En l'état actuel, Monsieur B._____, en plus de son état dépressif, qu'on qualifie de moyen, il présente des difficultés liées à sa situation psychosociale et existentielle qui nécessite un suivi et un soutien spécifique de type bio-psycho-social adaptés à sa problématique et l'arrêt de travail actuel nous semble indiqué. Une perspective d'une réadaptation progressive au travail peut être envisageable dans le moyen terme."

e) Par décision du 2 juin 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 avril 2009 (cf. supra, lettre B.a). Dans une lettre d'accompagnement également datée du 2 juin 2009, il a précisé que, dans son rapport d'expertise du 14 février 2009, le Dr Z._____ n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique invalidant et avait conclu que l'assuré disposait d'une capacité de travail complète dans toute activité; selon l'OAI, cette expertise avait pleine valeur probante et l'avis du Dr M._____ ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr Z._____.

C. a) L'assuré recourt contre cette décision par acte du 2 juillet (daté par erreur du 2 juin) 2009. Il se plaint d'abord d'une violation de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) du fait qu'il n'a pas eu la possibilité de récuser l'expert Z._____ mis en œuvre par son assurance perte de gain. Il invoque ensuite une violation de l'art. 43 al. 1 LPGA relatif au devoir d'instruction de l'administration, en citant la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité. Rappelant les principes applicables à l'appréciation des rapports médicaux, il fait valoir qu'en l'espèce, le Dr M._____, médecin traitant, et le Dr X._____, médecin-conseil de la K._____, s'accordaient à dire que l'état de santé du recourant entraînait une incapacité de travail. De plus, le Dr W._____, médecin-psychiatre du recourant, a confirmé par courrier du 25 mai 2009 l'incapacité de travail de ce dernier. Bien que l'expert Z._____ décrive les mêmes constatations que les Drs M._____, X._____ et W._____, ses conclusions sont radicalement différentes puisqu'il a conclu à une capacité

de travail entière. En outre, le Dr Z._____ a déclaré avoir contacté le Dr M._____ par téléphone, ce que ce dernier a nié, de sorte que la valeur probante de l'expertise est douteuse, selon B._____; d'ailleurs, le Dr Z._____ a lui-même proposé la mise en place d'une nouvelle expertise. A cela s'ajoute que le Dr Z._____ avait annoncé l'utilisation de critères scientifiques, mais qu'il s'est en définitive fondé sur une impression; selon le recourant, ce médecin a ainsi opéré un certain nombre de constatations cliniques qu'il ne confronte pas aux critères CIM-10 comme il l'avait annoncé, se contentant finalement de poser un diagnostic sur la base de sa seule impression. Par conséquent, eu égard aux contradictions de ce rapport d'expertise, à son manque de précision, à son absence de confrontation entre les constatations et les critères, le recourant considère que ce document est dénué de toute valeur probante. L'OAI a ainsi violé son devoir d'instruction en se contentant du rapport du Dr Z._____. Enfin, le recourant se plaint d'une violation de l'art. 68bis al. 4 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), l'OAI ne l'ayant pas informé de la réception de son dossier perte de gain. Le recourant conclut par conséquent, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour que soient ordonnées des mesures d'instruction complémentaires.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui avait été demandée.

b) Le 9 septembre 2009, le recourant a produit un rapport d'expertise privée du 7 septembre 2009 du Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans syndrome psychotique (F32.2) et a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 22 février 2009. Dans son rapport d'expertise privée du 7 septembre 2009, le Dr T._____ expose notamment ce qui suit:

"5. Status clinique

L'expertisé est un homme de 53 ans, de taille moyenne, faisant son âge. Il s'exprime parfaitement en français, sans

accent particulier. Il est calme et répond de manière adéquate aux questions qui lui sont posées.

L'expertisé m'expose longuement l'histoire de ce conflit avec son collègue, qui était un ami et qui connaissait toute sa famille. Mis à part son épouse, personne ne sait l'ampleur de ce conflit qui ronge toujours l'expertisé. Ce collègue le nargue toujours lorsqu'ils se rencontrent, en particulier au Centre culturel.

L'expertisé est triste et déconfit. Il présente des troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement de l'ordre de trente minutes, insomnie de maintien, cauchemars, sommeil agité, sudation nocturne excessive et sentiment de fatigue au réveil. La journée l'expertisé est fatigué et a tendance à s'assoupir. Néanmoins il ne fait pas de sieste.

Il présente également des troubles de l'appétit avec une inappétence et une perte de poids de cinq à six kilos depuis mars 2008. Il présente également une forte baisse de sa libido et des problèmes d'érection.

L'expertisé présente une asthénie, une anhédonie, une perte de l'élan vital. Il ne présente pas d'idées suicidaires.

L'expertisé présente des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Il lui arrive d'oublier des rendez-vous. Il a de la peine à lire plus d'un quart d'heure. Il ne parvient plus à aider son fils cadet dans l'acquisition de notions scolaires en raison de ses propres difficultés d'attention et de concentration et de sa fatigabilité.

L'expertisé est irritable et irascible alors qu'il était toujours calme auparavant. L'expertisé vit en complet retrait social. Il n'a plus pratiqué d'activités sportives depuis bientôt deux ans. Alors qu'il entraînait une équipe de juniors de football, il n'a plus rien fait. L'expertisé présente une agoraphobie, une sono- et une photo- phobie.

L'expertisé ne présente aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive tel qu'idées délirantes ou hallucinations, ni négative tel qu'apragmatisme ou perplexité.

L'expertisé ne consomme aucun toxique. Il ne fume pas de tabac ni de cannabis. Il ne consomme pas d'alcool. Il n'a jamais consommé de drogue dite dure.

L'expertisé affirme tout au long de l'entretien qu'il va mieux. Mais cette amélioration est à peine perceptible par l'expert.

6. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 ou le DSM IV. Pourquoi (motivation) ?

Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2)

L'ensemble de la symptomatologie est cohérente et correspond bien à un trouble dépressif. Il est bien évident que l'on peut se poser la question d'une aggravation et d'une amplification de la symptomatologie pour des raisons psychologiques. Mais les éléments qui pourraient étayer une telle hypothèse font défaut. Il ne suffit pas de constater une absence de médicament dans le sang pour affirmer une non-compliance.

Cet expertisé a toujours travaillé depuis son arrivée en Suisse. Il a certes maintenu sa culture d'origine et respecte la religion musulmane, actuellement en période de Ramadan. Il a toujours été actif et ce n'est qu'en raison d'un épuisement dans une relation conflictuelle qu'il s'est effondré.

La mise en oeuvre d'un traitement psychiatrique a tardé et cela est fort regrettable. Mais il est évident que ce traitement est bénéfique à l'expertisé même si, aujourd'hui encore, les effets ne se font que très discrètement remarquer.

Néanmoins j'estime que le pronostic n'est pas défavorable et que la poursuite de ce traitement peut conduire au recouvrement d'un état de santé satisfaisant et d'une capacité de travail.

7. Capacités professionnelles

Il est évident qu'en raison des graves troubles psychiques qu'il présente cet expertisé n'est plus capable de travailler depuis le 22 février 2008. En effet, cet expertisé présente une angoisse massive, ne supporte pas la relation avec les autres, présente des troubles de l'attention, de concentration et de la mémoire. Il présente également une irritabilité et une fatigabilité importante.

Il importe donc que le traitement psychiatrique intégré initié en mai 2009 soit poursuivi sur une période encore de plusieurs mois.

8. Pronostic

Comme je l'ai mentionné plus haut, j'estime que le pronostic est favorable et qu'il est probable que l'expertisé recouvre d'ici quelques mois une capacité de travail dans le monde économique."

c) Le 22 septembre 2009, le recourant a encore produit un bref rapport médical du 14 septembre 2009 du Dr C._____, médecin-conseil du Service de l'emploi, qui a estimé qu'en raison des problèmes médicaux qu'il présentait, l'assuré était en incapacité totale de travail dès le 8 septembre 2009; selon ce médecin, la poursuite du suivi médical actuel était nécessaire et une évaluation de l'aptitude au travail pouvait être envisagée après quelques mois de suivi.

d) Dans sa réponse du 30 octobre 2009, l'OAI indique que les arguments développés ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa position et propose dès lors le rejet du recours. S'agissant du grief de violation du devoir d'instruction de l'administration, l'OAI rappelle qu'ensuite de la demande déposée par le recourant, un rapport médical, ainsi qu'un complément, avaient été demandés au Dr Rapin; le dossier perte de gains, comprenant notamment une expertise du Dr Z._____, avait également été produit. Dès lors, la question centrale qui se pose en l'espèce est de savoir si le dossier médical tel que constitué est suffisant pour permettre à l'OAI de se prononcer valablement et en toute connaissance de cause sur la capacité de travail exigible de l'assuré; selon l'office intimé, cette question doit recevoir une réponse affirmative. En effet, les différentes pièces médicales ont été analysées par le SMR, lequel a estimé, dans son avis médical du 13 mai 2009, que l'expertise précitée était médicalement probante et que les constatations du Dr M._____ ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions motivées du Dr Z._____. D'ailleurs, l'avis du Dr M._____ a été pris en compte par le Dr Z._____, qui a indiqué les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions du médecin traitant de l'assuré. De plus, quoi qu'en dise le recourant, l'expert a eu un contact téléphonique avec le médecin traitant.

S'agissant des critiques émises concernant les prétendues contradictions internes du rapport d'expertise, l'OAI relève que le Dr Z._____, en préambule, a indiqué que ses conclusions étaient basées, notamment, sur un questionnaire d'autoévaluation. Les réponses à ce questionnaire ont été rapportées dans le chapitre "*plaintes et données subjectives de l'assuré*". L'office intimé remarque que l'expert n'a tiré

aucune conclusion diagnostique de ce questionnaire, lequel lui a toutefois été utile dans l'établissement d'une anamnèse complète. Comme il l'a également indiqué, le Dr Z._____ a favorisé une approche diagnostique en fonction des critères établis dans la CIM-10, comme cela ressort du chapitre "*discussion*" de son expertise, de sorte que l'on ne saurait prétendre que l'expert a posé ses diagnostics uniquement en fonction de son impression. L'OAI ne voit dès lors pas en quoi l'expertise du Dr Z._____ serait contradictoire ou manquerait de précision. Dès lors que le Dr M._____ n'a amené aucun élément d'ordre médical propre à remettre en cause les constatations et conclusions d'une expertise réalisée par un spécialiste, dont les compétences ont été à maintes reprises reconnues par les tribunaux, des mesures d'instruction complémentaires ne sont pas nécessaires, selon l'OAI.

Considérant l'expertise du Dr Z._____ comme probante, l'OAI estime superflu d'ordonner une nouvelle expertise uniquement pour permettre à la personne assurée de faire valoir des motifs de récusation. Il souligne que le recourant aurait pu et dû faire valoir de tels motifs à l'encontre du Dr Z._____ au moment où son assureur perte de gains a ordonné cette expertise, ce qu'il n'a pas fait. Au demeurant, dans la mesure où ce n'est pas l'OAI qui a ordonné cette expertise, l'art. 44 LPGa ne saurait s'appliquer.

S'agissant enfin de l'expertise privée du Dr T._____, l'OAI déclare se rallier à l'avis médical SMR établi le 21 octobre 2009 par le Dr S._____, qui a indiqué ce qui suit :

- *Les points 1-4 [du rapport d'expertise privée du Dr T._____] retracent brièvement les raisons de l'expertise, les conditions de son déroulement, les plaintes de l'assuré (il n'y en a pas), sa biographie et son anamnèse. De nombreux aspects ont été simplement négligés par l'expert. On ignore ainsi de quelles pièces l'expert a pris connaissance. Il n'y a aucun résumé des documents médicaux. Le traitement pris par l'assuré n'est pas mentionné. Il n'y a bien sûr pas de contrôle de la compliance.*
- *Au point 5, on s'attendrait à lire le status clinique, comme le suggère l'intitulé. On entend par là l'observation objective*

de signes et symptômes nécessaires pour conduire au diagnostic. Dans les faits, le Dr T. _____ mélange sur une page des éléments tirés de l'anamnèse au status proprement dit. Objectivement, les signes et symptômes colligés par le Dr T. _____ ne correspondent pas à la définition admise par la CIM d'un épisode dépressif sévère.

- Le diagnostic d'épisode dépressif sévère repose sur la présence des trois symptômes typiques suivants: humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins quatre (et de préférence cinq) autres symptômes dépressifs (diminution de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilité ou de dévalorisation, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, perturbation du sommeil, diminution de l'appétit). Dans le cas présent, le status décrit correspond tout au plus à un épisode dépressif moyen selon la CIM-10. Globalement, le status ne diffère que très peu de celui rapporté par le Dr Z. _____. On peut dire qu'il s'agit de l'interprétation différente d'une situation identique.*
- Enfin, il manque un élément essentiel, à savoir que le Dr T. _____ ne dit jamais pour quelles raisons il s'écarte des conclusions du Dr Z. _____, alors même qu'il en avait connaissance, et que cela devait faire partie de son mandat.*

En résumé nous disons que cette expertise est pour le moins lacunaire. Des éléments pourtant essentiels ont tout simplement été oubliés. Les constatations objectives ne correspondent pas au diagnostic retenu si l'on s'en tient à la Classification internationale des maladies. Le Dr T. _____ tire des conclusions différentes d'une situation identique, sans aucune explication des raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis du Dr Z. _____. Pour ces raisons, nous disons que l'expertise du Dr T. _____ n'est pas probante."

e) Dans sa réplique du 8 décembre 2009, le recourant s'est déterminé sur les arguments soulevés par la l'OAI dans sa réponse du 30 octobre 2009 et a confirmé qu'il contestait la valeur probante de l'expertise du Dr Z. _____.

Dans sa duplique du 12 janvier 2010, l'OAI s'est référé intégralement à sa réponse du 30 octobre 2009 et a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par B._____ contre la décision rendue le 2 juin 2009 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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 (cf. ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le litige porte sur l'appréciation de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant, ce dernier soulevant en outre divers griefs d'ordre formel dans ce contexte.

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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V

133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

d) Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles

investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

4. a) L'OAI s'est fondée sur le rapport d'expertise établi le 14 février 2009 par le Dr Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en considérant que cette expertise était médicalement probante et n'était pas remise en cause par les autres avis médicaux au dossier.

b) Le rapport d'expertise du 14 février 2009 du Dr Z._____ (cf. supra, En fait, let. A.d), qui a été mandaté par l'assureur perte de gain maladie du recourant pour procéder à une expertise psychiatrique indépendante, satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, c. 3c). Ce rapport circonstancié comprend en effet une anamnèse complète et prend dûment en considération les plaintes et descriptions subjectives de l'assuré; il se fonde sur des examens complets, comprenant les observations cliniques que l'expert a effectuées lors des deux entretiens qu'il a eus avec l'assuré, les résultats du dosage médicamenteux et les entretiens de l'expert avec le psychologue G._____ et avec le Dr M._____. La discussion de l'appréciation médicale est fouillée et claire et les conclusions de l'expert sont convaincantes et bien motivées. On peut ainsi accorder pleine valeur probante à l'expertise du Dr Z._____, dont les compétences ont été à maintes reprises reconnues par les tribunaux. Cette expertise est cohérente et convaincante. L'expert a apporté des explications crédibles à l'état de l'assuré et a répondu de façon convaincante aux critiques formulées par le médecin traitant du recourant (cf. supra, En fait, let. B.b et B.c). Tout au plus peut-on regretter que l'expert n'ait pas spécifié que le deuxième entretien avec l'assuré n'était que téléphonique, ce qui n'affecte toutefois pas la valeur probante de l'expertise. Quant à l'affirmation du Dr

M._____ selon laquelle le Dr Z._____ ne l'aurait jamais contacté, contrairement à ce qui ressort du rapport d'expertise où est relaté le contenu de l'entretien téléphonique que l'expert a eu avec ce praticien, elle n'est absolument pas crédible et doit être écartée au regard des explications fournies par l'expert (cf. supra, En fait, let. B.c).

C'est par ailleurs à tort que le recourant reproche au Dr Z._____ d'avoir annoncé l'utilisation de critères scientifiques mais de se fonder en définitive sur une impression, sans confronter ses constatations cliniques aux critères de la CIM-10. L'expert a dûment discuté et motivé les raisons qui l'ont conduit à retenir, en se référant à la CIM-10, les diagnostics de probable trouble anxieux et dépressif mixte, d'intensité légère (F41.2), et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). La synthèse clinique effectuée par l'expert sur la base de l'examen clinique et de la prise d'anamnèse, qui comportent une part de subjectivité dont il faut tenir compte, est aussi claire que cohérente et emporte la conviction au regard des critères de la CIM-10.

c) Les autres rapports médicaux au dossier ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr Z._____.

aa) Les rapports médicaux du Dr M._____, médecin traitant de l'assuré, des 20 mai et 30 octobre 2008 (cf. supra, En fait, let. A.b et A.c) sont extrêmement succincts et font état d'une symptomatologie psychiatrique vague, sans aucune référence à un système de classification reconnu; leur contenu ne satisfait nullement aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des rapports médicaux (cf. supra, c. 3c). Quant au courrier du Dr M._____ du 20 avril 2009 (cf. supra, En fait, let. B.b), il se borne à critiquer le rapport d'expertise du Dr Z._____ par des objections péremptoires - auxquelles l'expert a d'ailleurs dûment répondu par lettre du 18 mai 2009 (cf. supra, En fait, let. B.c) - sans faire état d'éléments médicaux objectifs pertinents sur le plan psychiatrique.

On relèvera au surplus que le Dr M._____ n'a pas de titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie - ni d'ailleurs en aucune spécialité - et qu'il ressort de son courrier du 20 avril 2009 qu'il épouse étroitement la vision et les informations de son patient, sans aucune distance critique, ce qui affaiblit singulièrement l'éventuelle valeur probante de ses constatations, qui sont avant tout basées sur les plaintes et indications subjectives du recourant.

bb) Le rapport médical du 10 juillet 2008 du Dr X._____ (cf. supra, En fait, let. A.b), spécialiste FMH en médecine générale, qui n'a pas pratiqué d'examen clinique et n'a pas fait état d'observations cliniques, repose essentiellement sur les plaintes de l'assuré, ainsi que sur l'appréciation du Dr M._____, dont on vient de voir qu'elle n'avait guère de valeur probante. Les indications ressortant de ce bref rapport médical ne sont donc aucunement susceptibles de remettre en cause les constatations et conclusions du Dr Z._____.

cc) Dans son rapport médical du 25 mai 2009 (cf. supra, En fait, let. B.d), le Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que le recourant a consulté pour la première fois le 12 mai 2009, fait état d'une réaction dépressive prolongée liée au conflit avec un collègue de travail, avec apparition d'idéation noire et syndrome somatique (trouble du sommeil, ralentissement psychomoteur, perte de l'appétit avec perte de poids et perte de l'élan vital, de la concentration et de l'attention). Il qualifie de moyen l'état dépressif du recourant et relève que celui-ci présente des difficultés liées à sa situation psychosociale et existentielle, laquelle nécessite un suivi et un soutien spécifique de type bio-psycho-social adaptés à sa problématique; dans ces conditions, ce médecin a estimé qu'un arrêt de travail actuel était indiqué, une réadaptation progressive au travail étant envisageable dans le moyen terme.

Ce rapport médical, dont les fondements à la base des conclusions (anamnèse et constatations cliniques) ne sont que très succinctement décrits, n'est pas de nature à remettre en cause les

conclusions solidement étayées et bien motivées de l'expert Z._____. La divergence d'avec ce dernier porte sur l'intensité de l'état dépressif et sur la capacité de travail du recourant, que l'expert a qualifiée d'entière - en motivant de manière convaincante les raisons de son appréciation - alors que le Dr W._____ s'est borné à exposer que la poursuite de l'arrêt de travail lui semblait indiquée, en se référant à la nécessité d'un soutien spécifique de type bio-psycho-social. Dans ces conditions, et face à une appréciation différente d'une situation identique, les conclusions du Dr Z._____ doivent l'emporter. Les conclusions du Dr W._____ sont en effet nettement moins étayées et se réfèrent au surplus à une conception bio-psycho-sociale de la maladie, alors que le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 c. 5a; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 c. 4.1 et les réf. citées).

dd) Le recourant a enfin produit un rapport d'expertise privée établi le 7 septembre 2009 par le Dr T._____ (cf. supra, En fait, let. C.b), spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les raisons pour lesquelles ce rapport d'expertise privée ne peut se voir accorder la même valeur probante que le rapport d'expertise du Dr Z._____ et ne justifie pas de s'écarter des conclusions de ce dernier ont été exposées dans l'analyse pertinente du Dr S._____ du 21 octobre 2009 (cf. supra, En fait, let. C.d). En particulier, le "*status clinique*" décrit par le Dr T._____, qui devrait relater l'observation objective de signes et symptômes nécessaires pour conduire au diagnostic, comporte en grande partie des éléments tirés de l'anamnèse plutôt que du status proprement dit. Objectivement, les signes et symptômes colligés par ce médecin ne correspondent pas à la définition admise par la CIM-10 d'un épisode dépressif sévère, mais justifieraient tout au plus un diagnostic d'épisode dépressif moyen, tel que retenu par le Dr W._____.

Au demeurant, si l'on confronte les deux expertises, on s'aperçoit que le status clinique est très superposable et que ne varie que l'appréciation médicale du même status, surtout sur la question de

l'amplification des symptômes, que le Dr T._____ s'est borné à écarter en affirmant que les éléments qui pourraient étayer une telle hypothèse font défaut, alors que ces éléments ont été décrits dans l'expertise du Dr Z._____ et y ont fait l'objet d'une analyse convaincante. Dès lors que le Dr T._____ n'a pas véritablement apporté de nouveaux éléments - cliniques, diagnostiques ou anamnestiques - qui n'auraient pas été pris en compte par le Dr Z._____, et qu'il n'a fait aucune hypothèse nouvelle sur cette décompensation qui provient selon l'ensemble des avis médicaux au dossier d'un conflit avec un collègue de travail, l'avis de l'expert Z._____ doit l'emporter.

d) En définitive, il résulte de l'analyse des différents avis médicaux au dossier que l'avis étayé, motivé et convainquant de l'expert Z._____ emporte la conviction et doit être préféré à l'avis des médecins consultés par le recourant. La décision attaquée échappe ainsi à la critique en tant qu'elle retient, sur la base de l'expertise, que le recourant dispose sur le plan asséculoologique d'une pleine capacité de travail dans toute activité.

5. Il convient encore d'examiner les griefs d'ordre formel soulevés par le recourant.

a) Le recourant se plaint d'abord d'une violation de l'art. 44 LPGA - qui dispose que si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties, lesquelles peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions - du fait qu'il n'a pas eu la possibilité de récuser l'expert Z._____, lequel a été mis en œuvre par son assureur perte de gain maladie.

Toutefois, comme le relève à juste titre l'intimé (cf. supra, En fait, C.d), pour autant que le recourant ait eu des raisons pertinentes de récuser le Dr Z._____ - ce qu'il ne prétend au demeurant pas -, il aurait pu et dû faire valoir ses motifs au moment où son assureur perte de gain a ordonné cette expertise, ce qu'il n'a pas fait. Dans la mesure où ce n'est

pas l'OAI qui a mis en œuvre l'expertise, le grief de violation de l'art. 44 LPGGA que lui fait le recourant tombe à faux.

b) Le recourant se plaint ensuite d'une violation de l'art. 43 al. 1 LPGGA, qui prévoit que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Se référant à la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité, il souligne que cette disposition impose à l'OAI d'examiner systématiquement tous les faits pertinents pour l'établissement du prononcé et de demander si nécessaire des rapports médicaux ou des expertises de médecins spécialistes.

En l'espèce, on ne saurait reprocher à l'OAI de n'avoir pas pris d'office toutes les mesures d'instruction nécessaires. En effet, après avoir demandé un rapport médical au Dr M._____, l'OAI a obtenu de l'assureur perte de gain du recourant la production de son dossier comprenant notamment le rapport d'expertise du Dr Z._____ du 14 février 2009. Comme on l'a vu, ce rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur et permettait à l'OAI de se prononcer en toute connaissance de cause sur la demande de prestations du recourant, de sorte que le grief de violation de l'art. 44 LPGGA soulevé par ce dernier tombe à faux.

c) Enfin, le recourant se plaint d'une violation de l'art. 68bis al. 4 LAI, en faisant valoir que l'OAI ne l'aurait pas informé de la réception de son dossier perte de gain.

L'art. 68bis al. 4 LAI prévoit qu'en dérogation à l'art. 32 LPGGA et à l'art. 50a al. 1 LAVS, l'échange de données au sens des al. 2 et 3 peut aussi se faire oralement selon les cas; la personne concernée doit être informée subséquemment de l'échange de données et de son contenu. En l'occurrence, l'échange de données - soit la production au dossier AI du dossier de la K._____, comprenant notamment le rapport d'expertise du Dr Z._____ du 14 février 2009 - a eu lieu par écrit. Par ailleurs, le dossier AI complet du recourant, comprenant celui produit par la K._____, lui a

été envoyé par l'OAI le 5 mars 2009. Le grief de violation de l'art. 68bis al. 4 LAI se révèle ainsi totalement dénué de pertinence.

6. Il résulte de ce qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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. 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; cf. art. 61 let. g LPGA; ATF 126 V 143 c. 4).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA (pour B. _____),
- 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).

Le greffier :