

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 octobre 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : MM. Jomini et Dind  
Greffière : Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Christian Favre,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 LAI; art. 3 et 6 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1968, a travaillé en qualité de gérant de l'entreprise I.\_\_\_\_\_, depuis 1996. Il est en arrêt de travail depuis le mois d'octobre 2006.

Dans un certificat médical du 5 février 2007 adressé à l'assureur perte de gain, [...] Assurance, la Dresse R.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, a retenu comme diagnostic un épisode dépressif moyen (F32.1) et un burn out (Z73.0), justifiant une incapacité de travail de 100% dès le 6 novembre 2006 pour une durée indéterminée. Elle relevait que l'intéressé se plaignait de nervosité, de troubles de la concentration et de la mémoire, de vertiges, de fatigue, de douleurs, et d'acouphènes.

**B.** Le 18 septembre 2007, E.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Dans un rapport du 12 novembre 2007, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hépatite B, chronique à mutant précoce, de maladie de reflux gastro-oesophagien, avec hernie hiatale, surcharge pondérale, de tendance à l'hyperurémie, de ronchopathie simple, de diverses douleurs ostéo-articulaires au niveau cervical, lombaire, thoracique, avec composante somatoforme, de status après chute de 3 m, le 8 octobre 2006 (avec perte de connaissance d'environ 5 min, contusions cervicales et entorse de la cheville droite de stade 1), ainsi que d'épycondylite. Il a mentionné également un trouble anxio-dépressif avec répercussion sur la capacité de travail, pour lequel l'intéressé était suivi par la Dresse R.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 11 mars 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'en raison de l'épicondylite du coude droit, l'assuré subissait une perte de rendement de 30% dans son activité habituelle.

Dans un rapport du 9 avril 2009, la psychiatre traitante a posé le diagnostic de troubles anxio-dépressifs et troubles obsessionnels compulsifs (TOC) avec idées obsédantes, ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Elle relevait que son patient se plaignait de divers symptômes (douleurs, tinnitus aux oreilles, fatigue, impatience, anxiété, irritabilité, nervosité, insomnies avec ruminations, sentiments d'incapacité, d'humiliation, d'injustice, sentiments de perte d'estime de soi, perte du goût et de l'envie de vivre, idées obsédantes et compulsives de propreté et d'ordre).

Elle exposait également ceci:

"Patient turc, faisant son âge biologique, se présentant toujours à l'heure et de tenue hygiéno-vestimentaire correcte, s'exprimant dans sa langue maternelle à voix basse et monotone.

Au début, les plaintes étaient plus somatiques mais, dernièrement, se situent plus sur un plan anxieux, paranoïde et hypocondriaque et c'est pour cette raison qu'il a été mis sous traitement de neuroleptiques qui a un effet plutôt bénéfique.

En raison de son état psychique, il commence à avoir des problèmes dans le couple.

On ne note pas de troubles francs de la lignée psychotique à part une méfiance dans la relation thérapeutique. Il souffre d'une insomnie rebelle qui a nécessité un traitement de Stylnox avec un effet positif.

Il présente des troubles de concentration et de mémoire qui accentuent sa perte d'estime de soi.

L'anxiété est très permanente et l'empêche de se concentrer et d'arriver au bout de ce qu'il entreprend et crée des tensions avec sa femme.

Il se dit très fatigué et déprimé par son état psychique et a perdu l'espoir d'une amélioration.

[...]

## Thérapie / Pronostic

Au vu de l'évolution plutôt négative de ce patient, le pronostic reste réservé. Néanmoins, il profite du traitement neuroleptique qui a été ajouté dernièrement à son traitement de base, soit: Efexor 75 mg, 3x2/j, Stilnox cp, 1cp/j, Temesta cp 1, 1 à 3/j."

Après avoir pris connaissance du rapport médical de la psychiatre traitante, le SMR a estimé qu'il était nécessaire de mettre en oeuvre un examen psychiatrique au SMR (avis médical du Dr [...] du 13 mai 2009).

Le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, au SMR, a procédé à cet examen le 10 juin 2009, avec l'assistance d'un interprète. Dans son rapport du 7 juillet 2009, il a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte sans répercussion sur la capacité de travail (F41.2).

Il a exposé en particulier ceci:

"Status psychiatrique:

L'assuré est venu en voiture, seul. Tenue et hygiène correctes. Au début de l'entretien, l'assuré était anxieux, et après avoir pris un comprimé d'Efexor® 150mg, d'après l'interprète, il présente un discours « plus précis ». L'assuré dit prendre un comprimé d'Efexor® et avoir un effet bénéfique pendant environ 2h, l'effet serait immédiat.

L'entretien se déroule en langue turque en présence d'un interprète. Malgré son anxiété, l'assuré peut être collaborant avec l'interprète et l'examineur. Discrets troubles de l'attention et de la concentration. Absence de trouble de la mémoire d'évocation. Absence de trouble du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes). Absence d'attitude d'écoute ou d'hallucination auditive. Tristesse exprimée, sans pleur spontané.

Diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. L'assuré à une mauvaise image de soi, il est inquiet vis-à-vis de l'avenir. Il décrit une diminution de l'appétit, son poids varie entre 88 et 90kg pour une taille de 1m79. La libido est conservée.

Plaintes : difficultés de concentration, « dépression ».

[...]

Appréciation du cas:

L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité à l'origine d'une atteinte mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail avant novembre 2006.

Dans le contexte d'un conflit avec son frère aîné où l'assuré travaille (agence de voyages), il va présenter des troubles de la concentration et une symptomatologie dépressive. Dans le certificat médical du 5 février 2007 pour [...] Assurance (dossier perte de gain), la Dresse R. \_\_\_\_\_ retient comme diagnostic un épisode dépressif moyen code CIM F32.1 et un burn out code CIM Z730. L'assuré est suivi depuis le 8 novembre 2006, il a été adressé par le Dr M. \_\_\_\_\_ médecin traitant. La Dresse R. \_\_\_\_\_ signale une incapacité de travail de 100%, l'assuré présentant une nervosité, des troubles de la concentration et de la mémoire, des vertiges, une fatigue, des douleurs et des acouphènes. D'après l'assuré, un traitement a été introduit et une évolution favorable est signalée après 2 à 3 mois.

Lors de l'entretien, l'assuré va prendre un comprimé d'Efexor® 150 mg « à cause de son anxiété ». Il dit consommer 4 à 5 cp/j, que l'effet est immédiat et qu'il dure 2h. Je lui explique que ceci n'[est] pas possible, en prenant comme référence le traitement de Temesta®. J'explique ceci à l'interprète pour qu'il puisse comprendre « l'erreur » de compréhension que l'assuré a vis-à-vis de son traitement. Toutefois, face au comportement de l'assuré, un

monitoring thérapeutique est demandé. L'assuré accepte la prise de sang. Les résultats reçus le 3 juillet 2009, montrent que le taux de Venlafaxine est de 26 ng/ml, quand le taux recommandé pour 300 mg/j est de 21 à 438 ng/ml. Ainsi, nous pouvons constater que la Venlafaxine est à la limite inférieure, ce qui montre une incohérence entre le nombre de comprimés pris (entre 600 et 700 mg) et le taux vérifié. En outre, le résultat de la Venlafaxine + S-desméthylvenlafaxine est de 144 ng/ml, au-dessous de la valeur de référence (200-400 ng/ml). Ainsi, nous pouvons constater une prise anarchique de l'Efexor®, et malgré ceci, il est toujours au-dessous de la valeur de référence.

Le rapport médical de la Dr[esse] R. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2009, signale comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un trouble anxio-dépressif et un TOC avec idées obsédantes. D'après le rapport médical, l'assuré prendrait un traitement neuroleptique, de l'Efexor® 75 mg 3x2cp/j, du Stilnox® 1cp/j et du Temesta® 1 à 3x/j. L'assuré ayant amené les étiquettes des médicaments qu'il prend, un neuroleptique n'est pas constaté parmi les étiquettes montrées. Durant l'entretien, un comportement obsessionnel compulsif n'est pas constaté, l'assuré n'a pas exprimé d'idées obsédantes comme signalées par son psychiatre traitant (durée de l'entretien: 2 heures).

En résumé, M. E. \_\_\_\_\_. a présenté une symptomatologie anxieuse et dépressive réactionnelle au conflit au travail et d'après l'assuré, la symptomatologie s'est améliorée 3 mois après suite à l'introduction d'un traitement pharmacologique. Pour ce motif, le trouble anxieux et dépressif et le burn out ne sont pas à l'origine d'une répercussion sur la capacité de travail de longue durée (plus d'un an).

L'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence une symptomatologie psychotique ou anxieuse type crise de panique. D'après l'interprète, l'assuré va présenter un discours plus précis suite à la prise d'un comprimé d'Efexor® 150mg. Toutefois, des troubles de l'attention ou de la concentration ou de la mémoire d'évocation ne sont pas mis en évidence. L'assuré exprime une

tristesse, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, une mauvaise image de soi et se dit inquiet vis-à-vis de l'avenir. Cette symptomatologie étant réactionnelle à sa situation socioprofessionnelle, un trouble anxieux et dépressif mixte est retenu.

En conclusion, depuis novembre 2006, l'assuré présente un trouble anxieux et dépressif mixte (code CIM 41.2) réactionnel à un conflit sur son lieu de travail, avec son frère. Suite à l'introduction d'un traitement spécialisé, une amélioration après 3 mois est décrite. Ainsi, une répercussion sur la capacité de travail de longue durée ne peut pas être retenue comme signalée dans le rapport médical de la Dresse R. \_\_\_\_\_. En outre, étant donné les résultats du monitoring thérapeutique, et le comportement de l'assuré durant l'examen psychiatrique au SMR, il me semble nécessaire que l'assuré puisse obtenir des informations concernant la modalité de son traitement médicamenteux.

*Les limitations fonctionnelles:*

Sur le plan psychiatrique: aucune.

*Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?*

Sur le plan psychiatrique: depuis le 8 novembre 2006

*Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*

Une amélioration est retenue à partir du mois de mars 2007, à 100%.

*Concernant la capacité de travail exigible:*

Sur le plan psychiatrique: 100%"

**C.** L'OAI, se fondant sur le rapport d'examen psychiatrique du SMR du 7 juillet 2009, a rendu un préavis de refus de rente, au motif que l'assuré ne souffrait pas d'une atteinte à la santé psychique ayant un caractère invalidant (projet de décision du 16 juillet 2009).

Contre ce préavis, l'assuré, désormais représenté par l'avocat Christian Favre, a formulé des objections le 30 novembre 2009 et demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il a également produit un rapport médical de sa psychiatre traitante datée du 29 octobre 2009 qui a la teneur suivante:

"Concerne: Monsieur E. \_\_\_\_\_ né le 20.05.1968

Par la présente je tiens à vous informer que le patient susnommé est en suivi ambulatoire dans notre cabinet de consultations depuis le 08.11.2006, adressé par son médecin traitant le Dr M. \_\_\_\_\_.

Il a présenté comme troubles psychiatriques au début:

- un burn out (Z73.0)
- un épisode dépressif moyen (F32.1)

Plus tard, l'état anxieux ayant pris plus de place, le diagnostic d'épisode dépressif moyen a laissé sa place à un état anxieux

dépressif (F41.2). Les idées obsédantes que nous avons pu constater au cours de l'évolution de l'état psychique de ce patient nous ont conduit à diagnostiquer également un trouble obsessionnel compulsif (avec idées ou rumination obsédantes au premier plan; F42.0).

Malgré les traitements instaurés jusqu'à ce jour, l'évolution a été plutôt instable. Des petites améliorations ont été suivies d'aggravations de l'état psychique. Les idées ou pensées obsédantes qui l'amènent parfois à des comportements compulsifs sont omniprésentes et il essaie de s'en échapper ou d'y résister en faisant du sport. Nous pensons que ses symptômes sont assez déterminants pour l'évocation d'un TOC sur personnalité anankastique qui peut provoquer des angoisses importantes et prendre des dimensions qui le poussent à chercher à se rassurer en faisant de multiples téléphones à son médecin, à son entourage immédiat ou auprès d'autres intervenants. L'anxiété peut provoquer également des symptômes neurovégétatifs comme des étourdissements, vertiges, acouphènes, céphalées ou fatigue.

Il est possible que les TOC avec idées obsédantes ne soient pas constatés lors d'une seule séance d'évaluation. Nous même n'avons pu les mettre en évidence qu'après maints téléphones et attentes dernière notre porte en dehors des rendez-vous prévus.

En ce qui concerne les valeurs assez basses constatées lors des labos, on peut émettre la possibilité soit d'une mauvaise compliance soit d'une mauvaise absorption du produit.

Au vu de tout ce qui précède, nous pensons qu'une nouvelle expertise psychiatrique serait tout à fait pertinente."

Les médecins du SMR se sont déterminés le 16 février 2010 sur le rapport médical de la Dresse R.\_\_\_\_\_. Ils ont estimé que la psychiatre traitante ne faisait pas état d'éléments nouveaux et ne remettait pas en cause les conclusions médicales du Dr U.\_\_\_\_\_.

Le 9 juin 2010, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité, au motif que l'assuré ne souffrait pas d'une atteinte psychiatrique invalidante. L'Office a considéré en substance que le rapport d'examen psychiatrique du SMR du 7 juillet 2009 avait pleine valeur probante puisqu'il se fondait sur un examen clinique complet, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical. Les conclusions du Dr U.\_\_\_\_\_ étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Quant au rapport de la psychiatre traitante du 29 octobre 2009, il ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute ces conclusions.

**D.** Par acte du 12 juillet 2010, E.\_\_\_\_\_ recourt contre cette décision, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'Office intimé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique voire pluridisciplinaire. Il fait grief à l'Office intimé d'avoir accordé une importance prépondérante injustifiée au rapport d'examen psychiatrique du SMR du 7 juillet 2009 au détriment de l'avis médical de sa psychiatre traitante, lequel serait en l'espèce mieux documenté et se fonderait sur une période d'observation beaucoup plus longue. Le recourant en déduit que l'avis de la Dresse R.\_\_\_\_\_ doit prévaloir en l'espèce sur l'avis du SMR, qu'à tout le moins, il est de nature à mettre en doute l'avis du psychiatre du SMR de sorte qu'il se justifierait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique indépendante.

L'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif que le rapport d'examen du SMR du 7 juillet 2009 remplit les critères de valeur probante posés par la jurisprudence.

Dans ses déterminations du 16 novembre 2010, le recourant maintient qu'une expertise psychiatrique est indispensable afin d'évaluer son état de santé.

**E n d r o i t :**

**1.** Déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) auprès du tribunal compétent (art 69 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] en dérogation à l'art. 58 LPGA), le présent recours, qui respecte au surplus les conditions formelles du droit fédéral (notamment l'art. 61 let. b LPGA) est recevable.

**2.** Est litigieux le droit à la rente d'invalidité. Le recourant fait valoir qu'il souffre d'une atteinte à sa santé psychique entraînant une incapacité totale de travailler dûment attestée par sa psychiatre traitante et conteste la valeur probante du rapport d'examen psychiatrique du SMR du 7 juillet 2009.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 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<sup>er</sup> 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**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 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations

d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**c)** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord 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, TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1, 135 V 201 consid. 7.1.1, 127 V 294 consid. 4c, TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1, TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

**4. a)** Dans son rapport du 9 avril 2009, la psychiatre traitante atteste une atteinte à la santé psychiatrique invalidante sous la forme d'un état anxieux dépressif (F41.2) et d'un trouble obsessionnel compulsif, avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan (F42.0). Selon son appréciation, le recourant présente des idées ou pensées obsédantes omniprésentes qui l'amènent parfois à des comportements compulsifs. Elle estime que ces symptômes sont suffisamment importants pour évoquer un TOC sur personnalité anankastique et peuvent provoquer des angoisses importantes qui poussent le recourant à chercher à se rassurer en faisant de multiples téléphones à son médecin, son entourage

immédiat ou auprès d'autres intervenants. Elle explique que l'anxiété peut également provoquer des symptômes neurovégétatifs comme des étourdissements, vertiges, acouphènes, céphalées ou fatigue.

**b)** Dans son rapport d'examen du 7 juillet 2009, le psychiatre du SMR retient quant à lui l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), sans répercussion sur la capacité de travail du recourant. Il relève que l'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité à l'origine d'une atteinte mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail avant novembre 2006, période à laquelle le recourant a présenté des troubles de la concentration et une symptomatologie dépressive dans un contexte de conflit professionnel avec son frère aîné.

En ce qui concerne le diagnostic posé par la Dresse R. \_\_\_\_\_ le 9 avril 2009 de trouble anxio-dépressif et de TOC avec idées obsédantes invalidants, le Dr U. \_\_\_\_\_ s'en écarte au motif qu'il n'a pas constaté chez l'assuré, durant toute la durée de l'entretien (2 heures) de manifestations d'un comportement obsessionnel compulsif ni la présence d'idées obsédantes. Il ajoute que l'examen psychiatrique n'a pas mis en évidence une symptomatologie psychotique ou anxieuse type crise de panique, ni des troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire d'évocation. Les plaintes exprimées par l'assuré se rapportent principalement à une tristesse, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, une mauvaise image de soi, ainsi qu'une inquiétude vis-à-vis de l'avenir. Le psychiatre du SMR en conclut qu'il s'agit d'une symptomatologie anxieuse et dépressive réactionnelle à la situation socioprofessionnelle du recourant, qui n'est toutefois pas à l'origine de répercussion de longue durée sur sa capacité de travail. Il relève que la symptomatologie s'est améliorée selon les dires de l'intéressé suite au traitement pharmacologique prescrit par sa psychiatre.

**c)** Le rapport du 7 juillet 2009 du Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, se fonde sur un examen clinique en présence d'un

interprète; il prend en compte les plaintes exprimées par l'assuré et décrit clairement le contexte médical; ses conclusions sont claires, exemptes de contractions et bien motivées de sorte que ce rapport remplit les conditions jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. supra, consid. 3b). A cet égard, la seule durée de l'examen psychiatrique ne saurait remettre en question la valeur probante du travail de ce psychiatre. En effet, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4).

Cela étant, contrairement à ce que soutient le recourant, les rapports médicaux de sa psychiatre des mois d'avril et d'octobre 2009 ne sont pas mieux étayés que le rapport psychiatrique du SMR du 7 juillet 2009. Premièrement, bien que la Dresse R. \_\_\_\_\_ retienne le diagnostic de troubles obsessionnels compulsifs avec idées obsédantes invalidants, elle n'explique pas de quelle manière ces troubles se manifestent et limitent la capacité de travail du recourant. Dans son rapport du mois d'octobre 2009, elle expose que ces « idées ou pensées obsédantes qui l'amènent parfois à des comportements compulsifs sont omniprésentes et il [le recourant] essaie de s'en échapper ou d'y résister en faisant du sport. Nous pensons que ses symptômes sont assez déterminants pour l'évocation d'un TOC sur personnalité anankastique qui peut provoquer des angoisses importantes et prendre des dimensions qui le poussent à chercher à se rassurer en faisant de multiples téléphones à son médecin, à son entourage immédiat ou auprès d'autres intervenants ». Ces constatations sont très générales et ne permettent pas de comprendre les comportements adoptés par le recourant et les limitations qu'ils entraînent sur sa capacité de travail. Par ailleurs, s'agissant d'idées obsédantes décrites par la Dresse R. \_\_\_\_\_ comme omniprésentes, il est pour le moins surprenant que ces troubles n'aient été mis en évidence par la Dresse R. \_\_\_\_\_ «qu'après maints téléphones et attentes dernière [sa] porte en dehors des rendez-vous prévus». L'appréciation médicale de la psychiatre traitante n'est à cet égard pas dépourvue d'ambiguïté et n'emporte dès lors pas la conviction.

Quant au diagnostic de troubles anxio-dépressifs, on observe que les rapports de la psychiatre traitante d'avril et d'octobre 2009 ne contredisent somme toute pas l'avis du psychiatre du SMR selon lequel la symptomatologie anxieuse et dépressive du recourant est réactionnelle à sa situation socioprofessionnelle, soit qu'elle est apparue dans un contexte professionnel conflictuel avec le frère aîné en 2006. Sur le caractère invalidant de ces troubles, on constate que le rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2009 indique que le recourant a admis une amélioration de son état de santé suite à l'introduction du traitement pharmacologique prescrit par la Dresse R.\_\_\_\_\_, et que ce spécialiste exclut que ces troubles soient à l'origine d'une incapacité totale de travail de longue durée. S'agissant d'une symptomatologie réactionnelle, apparue dans un contexte spécifique, les explications de ce médecin sont donc convaincantes, d'autant que les rapports de la Dresse R.\_\_\_\_\_, manifestement empreints du mandat thérapeutique, n'amènent aucun élément médical objectif justifiant l'incapacité totale de travail attestée depuis novembre 2006.

En conclusion, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'avis clairement motivé du Dr U.\_\_\_\_\_, selon lequel les troubles anxio-dépressifs présentés par le recourant en réaction à sa situation socioprofessionnelle n'entraînent pas de répercussion de longue durée sur sa capacité de travail.

**d)** Il y a donc lieu de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales, que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé psychique entraînant une diminution durable de sa capacité de travail. Sur le plan somatique, seule une diminution de rendement de 30% dans l'activité habituelle du recourant est attestée par le Dr S.\_\_\_\_\_, en raison de l'épicondylite du coude droit. Celle-ci est toutefois insuffisante pour ouvrir le droit du recourant à une rente d'invalidité (cf. supra, 3a *in fine*). La décision attaquée n'est dès lors pas critiquable.

**e)** L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d'une expertise psychiatrique, de sorte que la requête formulée dans ce sens par le recourant doit être rejetée par une appréciation anticipée des preuves. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; 130 II 425 consid. 2.1 ; ATF 122 II 469, consid. 4a; 122 III 223, consid. 3c; 120 Ib 229, consid. 2b; 119 V 344, consid. 3c et la référence).

**5. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**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 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; cf. art. 61 let. g LPGA).

**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 9 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à un montant de 400 francs (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant, E.\_\_\_\_\_.

**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 :

- Me Christian Favre (pour M. E. \_\_\_\_\_)
- 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: