

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 mars 2013

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : MM. Métral et Monod, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à **B.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI; 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Titulaire d'un CFC de cuisinier, X. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le [...], a travaillé de 1981 à 2007 en tant que restaurateur indépendant. Il s'est retrouvé en 2007 dans un état dépressif.

**B.** L'assuré a déposé en décembre 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a fait état d'une dépression. Cette atteinte existerait depuis le 21 mai 2007. L'assuré a indiqué le Dr V. \_\_\_\_\_ comme médecin l'ayant traité médicalement.

Le 29 septembre 2008, le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en médecine interne, avait écrit à N. \_\_\_\_\_ Assurances, assureur perte de gain, ce qui suit:

« Il semble que le fait que Monsieur X. \_\_\_\_\_ ait tout d'abord refusé un traitement psychiatrique pose un problème dans votre appréciation de ce cas, raison pour laquelle je pense utile de vous donner des précisions.

Ce chef d'entreprise se croyait assez solide pour gérer lui-même ses symptômes dépressifs d'où son refus d'une consultation psychiatrique. Il s'est certainement surestimé, et plus d'un an plus tard, il n'est pas sorti de sa dépression, raison pour laquelle il estime nécessaire d'avoir l'aide d'un spécialiste. Il a décidé de consulter le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre à Lausanne, auquel vous pourriez demander des renseignements complémentaires. »

Selon un certificat médical du 30 octobre 2008 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, adressé à qui de droit, l'assuré souffre d'un état dépressif. Il serait en traitement à sa consultation depuis mi-octobre 2008. Le traitement psychiatrique aurait commencé par une médication antidépressive et une psychothérapie de soutien.

Sur un formulaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), signé le 24 décembre 2008, le Dr V. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait commencé le traitement ambulatoire en mai 2007, que l'assuré souffrait d'une réaction dépressive relativement

sévère, qu'il était dans cette mesure en incapacité totale de travail depuis le 21 mai 2007, que celle-ci se poursuivait, qu'il fallait voir avec le psychiatre pour un pronostic et une reprise de l'activité professionnelle.

Le 13 février 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport médical à l'intention du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de N.\_\_\_\_\_ Assurances. Il retient ce qui suit:

« 1. Récapitulatif des diagnostics (Selon ICD 10):

Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (ICD F 43.2.21)

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (ICD F 33.1.10)

2. Traitement en cours:

Psychothérapie de soutien.

Médication anti-dépressive (JARSIN 300 mg 3 cp/j)

3. Capacité de travail:

Actuellement (depuis qu'il vient à ma consultation, soit depuis le 13-10-2008):

100% d'incapacité de travail. Le patient s'occupe « pour s'aérer » dans une activité légère (transport de sang de cabinets médicaux au laboratoire) à raison d'une heure ou deux chaque jour, mais pas tous les jours (selon les besoins).

Activité raisonnablement exigible:

aucune autre pour l'instant (importante blessure narcissique depuis ses déboires professionnels, accompagnée d'une perte de motivation, d'asthénie, de ruminations et reviviscences des épisodes liés à la remise de son entreprise, perte de confiance en lui).

4. Pronostic: réservé, difficile à évaluer actuellement (j'espère que grâce au traitement actuel le patient parviendra à restaurer un peu de confiance en lui-même et de motivation à redevenir actif, sans en être sûr). »

Dans une lettre du 29 avril 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ a déclaré que le statut psychiatrique restait superposable aux constatations de son précédent rapport et que ses conclusions demeuraient inchangées.

**C.** L'assurance-maladie de l'assuré (Z.\_\_\_\_\_) a mandaté, conjointement avec N.\_\_\_\_\_ Assurances et l'OAI qui ont supporté une part égale des frais d'expertise, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue de la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. L'expert a procédé le 1<sup>er</sup> mai 2009 à un examen clinique.

Dans son rapport d'expertise du 15 mai 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ se prononce comme suit:

« [...] Une journée type se déroule de la manière suivante. Il [l'assuré, réd.] se lève entre 7h et 8h du matin en même temps que son épouse. Le couple boit un café. Ensemble, ils réfléchissent à ce qu'ils vont faire de leur journée. Par la suite, il essaye de régler ses tâches administratives, parfois il effectue quelques courses, tout en précisant qu'il supporte mal de sortir ou de se promener à B. \_\_\_\_\_ vu qu'il rencontre tout le temps des anciens clients qui lui font parfois des remarques déplacées et peu discrètes. Il ressent de la honte et une certaine colère, soupçonnant que certaines personnes étaient très jalouses. Pour cette raison, il part régulièrement dans son chalet dans la campagne de [...] où il fait de longues ballades et où il se sent mieux. Il prépare un petit repas à midi qu'il mange avec son épouse. Le repas principal est prévu le soir. Le reste de la soirée, il le passe à la maison. Il a quelques contacts avec des amis qui viennent lui rendre visite ou chez qui il se rend, mais il évite de sortir en public.

Quant à l'avenir, il ne peut pas envisager de perspective et répète d'une manière stéréotypée, « je me soigne ». Il n'imagine pas reprendre une autre activité et n'a fait aucune démarche afin de trouver un nouvel emploi, se sentant trop faible.

[...]

### **3. CONSTATATIONS OBJECTIVES SUR L'ÉTAT DE SANTE ACTUEL?**

#### **3.1. Status psychique:**

M. X. \_\_\_\_\_ se présente ponctuellement au rendez-vous. L'assuré semble très bien soigné, bronzé. La tenue vestimentaire est correcte.

M. X. \_\_\_\_\_ est bien orienté sur sa propre personne, quant au lieu, au temps et à la situation. L'attention et les capacités de concentration sont intactes. Les fonctions mnésiques concernant la mémoire à court et à long terme ne montrent cliniquement aucune diminution ou déficit.

Le cours de la pensée est bien organisé, parfois un peu circonstancié et très fixé sur les détails. Le niveau intellectuel et linguistique est bon. M. X. \_\_\_\_\_ s'exprime avec un très bon vocabulaire en français.

Le contenu de la pensée montre une grande fixation sur la souffrance actuelle et sur l'injustice subie. L'assuré se projette dans le rôle de victime. On ne note aucun élément de la lignée psychotique, telles que des idées délirantes, des hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques. On ne met pas en évidence un trouble du moi, ni de phénomène comme une dépersonnalisation ou une déréalisation.

La thymie semble déprimée avec une certaine labilisation occasionnelle. L'assuré exprime surtout une grande colère et une blessure narcissique importante, jugeant les événements de l'année 2006 et 2007 comme abusifs et provocateurs. Il se sent victime d'une grande injustice. Il décrit une tension interne importante avec une nervosité qu'il voit à l'origine de ses troubles du sommeil. M. X.\_\_\_\_\_ parle avec une voix plutôt monocorde, il a de la peine à tenir le regard et à lever les yeux. Le rapport affectif est difficile à établir durant tout l'examen. M. X.\_\_\_\_\_ mentionne des phénomènes d'angoisse liés à ses ruminations quant à l'avenir ainsi qu'un manque de motivation et d'élan vital.

La motricité est dans la norme. La psychomotricité semble légèrement inhibée et appauvrie en mimiques et en gestes.

La conscience morbide est grande et reste fixée sur un état anxio-dépressif suite aux événements. M. X.\_\_\_\_\_ se montre compliant et content du suivi de son médecin interniste ainsi que de son psychiatre. Il est très réticent à une médication psychopharmacologique.

Il n'est pas suicidaire.

### 3.2. Tests psychométriques:

*Echelle de dépression de Hamilton (17 items):*

20/52 points. Le résultat indique un état dépressif moyen (18 à 25 points).

*Echelle de dépression (M. A. D. R. S.):*

22/60 points. Le résultat indique un état dépressif moyen (20 à 40 points).

*Echelle d'auto-évaluation de l'adaptation sociale (S.A.S.S.):*

27/60 points. Le résultat indique une adaptation sociale à la limite de la norme (26 jusqu'à 54 points).

*Inventaire abrégé de dépression selon A. T. Beck (13 items):*

23/39 points. Le résultat indique une auto-évaluation de l'état actuel comme « dépression sévère » (16 jusqu'à 39 points).

*Echelle H de désespoir selon A. T. Beck:*

16/20 points. Le résultat indique une grande ampleur de désespoir.

*Questionnaire de pensées automatiques selon Hollon & Kendal:*

97 points. Le résultat est légèrement au-dessus du score moyen des patients avec dépression qui est à 95 et indique une certaine prédominance des pensées automatiques négatives.

*Echelle d'attitudes dysfonctionnelles (Weissman & Beck):*

169 points. Le résultat est légèrement au-dessous du score moyen des patients avec dépression qui est à 173 et n'indique pas d'attitudes dysfonctionnelles.

[...]

## **4. DIAGNOSTIC SELON CIM-10:**

*Ayant des répercussions sur la capacité de travail*

**F 32.10 Episode dépressif, épisode actuel moyen sans syndrome somatique**

Ce diagnostic est à poser à partir de l'année 2009 au plus tard. Auparavant le diagnostic d' « un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée » F 43.21 est à poser à partir du mois de mai 2007 au plus tard.

*Sans répercussion sur la capacité de travail*

**Personnalité avec des traits narcissiques accentués**

[...]

**5. AVEZ-VOUS DES REMARQUES A FORMULER CONCERNANT LES INVESTIGATIONS, LE TRAITEMENT ET LE PRONOSTIC DE L'AFFECTION ACTUELLE?**

[...]

M. X. \_\_\_\_\_ lui-même se montre convaincu que sans ses problèmes professionnels, son état actuel ne se serait jamais manifesté. Si l'assuré avait dû être expertisé plus tôt, par exemple lors de l'année 2007 ou 2008, le diagnostic d'un « trouble de l'adaptation » aurait dû être posé tel que le CIM-10 le décrit dans son chapitre F 43 « réaction à un facteur de stress important et trouble de l'adaptation ». Ce diagnostic a également été posé par le psychiatre traitant dans son courrier du 13 février 2009.

Le CM-10 définit comme critère de durée pour un tel trouble de l'adaptation une période de 6 mois, dans le cadre d'une « réaction dépressive prolongée » de 2 ans au maximum. Durant cette période, un patient avec une personnalité intacte devrait selon cette définition pouvoir s'adapter à une nouvelle situation, c'est-à-dire appliquer des mécanismes de défense et de stratégie de « coping » de manière efficace. Si la symptomatologie dépressive persiste au-delà de ce délai, il ne s'agit plus d'un simple trouble de l'adaptation, mais le diagnostic est à réévaluer et à redéfinir. Si dans une situation psychosociale très stressante, les facteurs de stress persistent ou de nouveaux facteurs de stress s'ajoutent dans un court délai, la persistance d'un état dépressif chronifié, éventuellement selon le concept d'une dépression majeure (CIM-10, chapitre F 32, F 33) ou d'une dysthymie (CIM-10 F 34) ou d'un trouble somatoforme (F 45), s'observent assez souvent.

Considérant la situation de M. X. \_\_\_\_\_, on peut identifier le facteur de stress principal sous la forme de tensions dans le cadre de son activité professionnelle avec la fermeture d'office de son restaurant en mai 2007; mesure vécue comme abusive et blessante. Les conséquences psycho-sociales de ce facteur de stress persistent partiellement jusqu'à ce jour. M. X. \_\_\_\_\_ revient toujours sur le grand sentiment d'injustice subi et sur sa grande déception vis-à-vis des autorités cantonales qu'il soupçonne même d'appliquer des méthodes de la « Gestapo ». D'autre part, il répète à plusieurs

reprises sa grande identification avec son activité professionnelle et son personnel qu'il a même aidé à trouver des nouveaux emplois.

C'est un fait bien connu que le pronostic de la guérison d'un trouble de l'adaptation dépend essentiellement aussi de la structure de la personnalité pré-morbide dans le sens où une personnalité différenciée avec des mécanismes de défense bien développés et efficaces arrive mieux et plus vite à s'adapter à une nouvelle situation et à combler ainsi les symptômes dépressifs.

Considérant la personnalité de M. X. \_\_\_\_\_, on peut malgré l'existence de son état anxio-dépressif actuel identifier certains traits narcissiques et la grande blessure narcissique devient constamment visible. C'est son psychiatre traitant qui le note également dans son rapport du 13 février 2009. Cependant, ces traits sont loin de remplir vraiment les critères d'un vrai trouble de la personnalité selon les critères du CIM-10. L'assuré a eu un bon fonctionnement psychosocial pendant des années et entretenait des relations professionnelles et sociales stables et épanouies. Pourtant ce sont ses traits accentués avec cette grande blessure narcissique qui expliquent actuellement la capacité d'adaptation affaiblie chez cet assuré, et par conséquent la persistance de son état dépressif.

Vu que deux ans après le début de la symptomatologie le diagnostic d'un trouble de l'adaptation n'est plus à poser, la symptomatologie persistante de l'assuré est à résumer et à redéfinir comme un « épisode dépressif ». Selon l'impression clinique et appliquant les échelles psychométriques standardisées, l'intensité de la symptomatologie dépressive actuelle est à considérer comme moyenne. Cette évaluation est confirmée par les observations du psychiatre traitant.

Excepté la grande souffrance qui existe sans doute chez M. X. \_\_\_\_\_, on peut constater également une certaine tendance à la dramatisation avec une attitude parfois très démonstrative et dramatisante, partiellement imputable à la blessure narcissique ainsi qu'à la grande demande de reconnaissance de sa souffrance et de sa grande colère qui devient constamment visible au fil de l'entretien.

Si une telle attitude et surtout la demande d'une reconnaissance de sa souffrance semblent compréhensibles du point de vue subjectif de l'assuré, l'évaluation dans le cadre de cette expertise doit se baser sur des facteurs et des éléments répondant à la question de savoir si l'assuré est capable de travailler en mobilisant toute sa bonne volonté et sa coopération afin de surmonter ses troubles psychiques. L'aspect financier n'est pas à prendre en considération, ni la question de savoir s'il réussira à retrouver un nouvel emploi.

Quant à la capacité de travail de M. X. \_\_\_\_\_, on peut conclure qu'il est malgré ses symptômes dépressifs actuels capable de maintenir un bon rythme et programme journalier en se levant régulièrement et en remplissant certaines tâches ménagères, y compris des activités hors du domicile. Il est complètement autonome, se montre bien informé sur sa situation actuelle et mène bien ses affaires administratives. La symptomatologie actuellement encore présente est à considérer comme moyenne. Une reprise d'une activité

professionnelle semble par conséquent exigible même si l'assuré lui-même se montre peu motivé et exclut catégoriquement une reprise autre qu'indépendante. Ce sont uniquement les traits narcissiques de l'assuré qui sont à l'origine d'une telle attitude et qui sont pourtant à considérer comme contrôlables et même surmontables par l'assuré s'il mobilisait toute sa bonne volonté et ses ressources. La symptomatologie dépressive ne joue aucun rôle dans cette attitude. En plus la situation du marché du travail objectivement difficile pour une personne d'un âge avancé et dans l'attente d'un certain niveau de salaire et d'un statut social est à identifier comme un facteur supplémentaire plutôt négatif qui pourtant est considéré comme un facteur externe et non lié à la maladie.

En résumant ce qui précède, la reprise d'une activité professionnelle semble exigible du point de vue psychiatrique au moins à 50% à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009 au plus tard. Quant à la prise en charge psychiatrique, le soutien psychopharmacologique peut être intensifié, par exemple par une médication anxiolytique et calmante ainsi que par des somnifères et des antidépresseurs plus performants que le Jarsin. L'attitude réticente et très négative de l'assuré quant à cette médication ne s'explique en aucun cas par des raisons médicales, surtout s'il dit ne pas tolérer les antidépresseurs sans les avoir jamais essayés.

Le pronostic de moyen à long terme semble favorable considérant le bon niveau de fonctionnement psychosocial de l'assuré avant la manifestation de sa pathologie actuelle. Seuls des facteurs non liés à la maladie comme la situation financière, l'âge avancé et les perspectives sur le marché du travail ainsi que des attitudes réticentes et des traits très narcissiques de l'assuré peuvent avoir une influence plutôt négative sur l'évolution.

## **6. CAPACITE DE TRAVAIL DANS L'ACTIVITE DE RESTAURATEUR?**

Considérant ce qui précède, une reprise de travail à 50% est exigible à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009 au plus tard. A partir du 1<sup>er</sup> août 2009, la capacité de travail devrait être entière.

## **7. CAPACITE DE TRAVAIL SUR LE MARCHE DE L'EMPLOI, DANS UNE ACTIVITE RAISONNABLEMENT EXIGIBLE, SON ETABLISSEMENT PUBLIC AYANT ÉTÉ FERME AU 30 JUIN 2007?**

Considérant ce qui précède, la capacité de travail sur le marché de l'emploi est également à considérer à 50% à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009 au plus tard et entière à partir du 1<sup>er</sup> août 2009 au plus tard. »

Dans un rapport médical du 22 juillet 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), reprend de l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_, les diagnostics et les données au sujet de l'incapacité de travail.

**D.** Le 8 janvier 2010, l'OAI a transmis à l'assuré un projet d'acceptation de rente entière, mais limitée dans le temps, c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 31 août 2009.

Par courrier du 19 janvier 2010, le conseil de l'assuré a soulevé des objections contre le projet de décision. Le pronostic du Dr K.\_\_\_\_\_, basé sur un examen clinique du 1<sup>er</sup> mai 2009 ne se serait pas réalisé. Il ressortirait du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 22 juin 2009 que l'assuré serait toujours en incapacité totale de travail, son état de santé ne permettant pas encore une reprise de travail.

L'OAI n'étant pas en possession du document du Dr C.\_\_\_\_\_ du 22 juin 2009, il a demandé au conseil de l'assuré de le lui faire parvenir, ce qui a été fait par courrier du 1<sup>er</sup> février 2010. Dans ce document du 22 juin 2009, intitulé « attestation médicale », le Dr C.\_\_\_\_\_ retient ce qui suit:

« Le médecin soussigné atteste que Monsieur X.\_\_\_\_\_ [...] est toujours suivi à sa consultation. Il constate par ailleurs que, bien que son état [de santé] soit en voie d'amélioration légère, il est toujours incapable de reprendre le travail. Son état dépressif en particulier reste inchangé, avec le même affaissement thymique, la même absence de dynamisme, de motivation, d'intérêt à reprendre une activité professionnelle, contrairement au récent pronostic formulé par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport, qui ne s'est pas vérifié.

Devant ce tableau clinique, à la dernière consultation du 17 juin 2009, il a été ajouté à son traitement de JARSIN (900 mg/j) un traitement de ZOLOFT (50 mg), en espérant que cet autre médicament contribuera à améliorer son état. Pour l'heure, et pour une période encore indéterminée, il est dans l'incapacité totale de travailler. »

Dans un avis médical du SMR du 7 avril 2010, établi par le Dr F.\_\_\_\_\_ et contresigné par la Dresse D.\_\_\_\_\_, il est retenu notamment ce qui suit:

« [...] Les arguments avancés par Me Duc, défenseur de l'assuré, ne sont pas contestables du point de vue médical, de même que le certificat médical daté du 22.06.2009, soit antérieurement à la décision contestée, rédigée et signée par le Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Le Dr C.\_\_\_\_\_ suit l'assuré depuis le 13.10.2008.

Les informations apportées par l'avocat de l'assuré et tout spécialement le certificat du Dr C.\_\_\_\_\_, doivent être prises en compte dans l'instruction médicale.

Afin de pouvoir répondre à votre question sur la capacité de travail actuelle de l'assuré, il est indispensable d'interroger le Dr C.\_\_\_\_\_ au moyen des formulaires d'usage en le remerciant de bien vouloir préciser les dates de consultations de l'assuré depuis le 01.01.2010 et d'interroger Z.\_\_\_\_\_ afin qu'elle nous transmette l'ensemble des pièces médicales versées au dossier depuis le 01.07.2009. [...] »

Dans un rapport sur formulaire de l'OAI, non daté, mais indexé le 10 juin 2010, puis une deuxième fois le 22 juin 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (ICD F 43.2.21) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (ICD F 33.1.10), existant depuis mai 2007. Une fin du traitement n'était pas précisée (réponse: « indéterminée »). Le constat médical était le suivant:

« Etat dépressif avec asthénie marquée, perte de motivation, émoussement affectif, thymie affaissée, inhibition psychomotrice, sentiment d'injustice et blessure narcissique sévère, ruminations, repli social, idées noires. Troubles du sommeil. Difficulté à se projeter dans l'avenir.

Pronostic: incertain, avec pourtant des chances d'évolution favorable (acceptation « philosophique » de sa situation).

Nature et importance du traitement actuel: médication antidépressive (Jarsin et Zoloft), soutien psychothérapeutique.

Médication actuelle [...]: JARSIN 300 mg 1-1-1 ZOLOFT (interrompu, pas supporté)

[...]

Dates des consultations en 2010: 10.06.2010. »

Au sujet de la capacité de travail de l'assuré, le Dr C.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'incapacité de travail était de 100% dans sa dernière activité de cuisinier et chef d'entreprise de mai 2007 à janvier 2010. Les restrictions physiques, mentales ou psychiques seraient une absence de motivation à travailler, une perte de confiance et des séquelles de blessure narcissique. A la question comment cela se manifeste au travail,

le médecin répond par « Ne travaille plus, s'adonne à des occupations limitées. Va mieux depuis début 2010 ». Le médecin explique encore que l'activité exercée est dès fin mars 2010 exigible à un degré de 100% et que le rendement ne serait pas réduit dès lors. Une activité adaptée au handicap serait possible à 100% depuis avril 2010.

Lors d'un entretien téléphonique du 19 août 2010, Z.\_\_\_\_\_ a déclaré à l'OAI qu'elle n'avait plus versé d'indemnités journalières à l'assuré depuis leur dernier envoi du 30 juin 2009 et qu'elle n'aurait plus d'autres documents à fournir.

**E.** Dans un avis médical du SMR du 21 septembre 2010, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est prononcé ainsi:

« Le rapport d'examen SMR du 22.6.2009 reposait sur l'expertise psychiatrique du Dr K.\_\_\_\_\_ en date du 15.5.2009. L'expert avait retenu que l'incapacité avait été de 100% de mai 2007 à mai 2009, qu'elle serait de 50% dès le 01.06.2009 et de 0% dès le 01.08.2009.

Dans son rapport médical du 10.6.2010, le médecin de l'assuré retient les mêmes diagnostics que l'expert ou des diagnostics similaires. Il ne décrit aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de mai 2009, date de l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_. Il estime que dès fin mars 2010, la capacité de travail dans le monde de l'économie était entière.

L'incapacité de travail à son avis n'était plus de 100% dès février 2010.

Le Dr C.\_\_\_\_\_ n'avance aucun argument objectif qui permette de s'écarter de l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_ dans son texte d'expertise du printemps 2009.

Nous maintenons notre position. »

**F.** Par la suite, l'OAI a demandé au Dr K.\_\_\_\_\_ par courrier du 29 octobre 2010 quelques précisions au sujet de la projection de reprise progressive d'une activité. En substance, l'OAI voulait savoir si le Dr K.\_\_\_\_\_ maintenait sa projection de reprise progressive d'activité ou s'il ne fallait pas plutôt retenir que l'assuré avait déjà récupéré une pleine capacité de travail au moment de son expertise du 15 mai 2009.

Le 4 novembre 2010, le Dr K. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI, qu'après relecture de son expertise, il pouvait répondre aux questions posées comme suit:

« J'ai examiné M. X. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> mai 2009. Comme l'expertise le précise, la symptomatologie dépressive constatée à ce moment était d'une intensité moyenne. Par conséquent, une reprise de travail à plein temps n'était pas exigible d'une personne atteinte d'un tel syndrome dépressif moyen, raison pour laquelle j'ai stipulé une reprise progressive, commençant à 50% à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009. Selon l'expérience clinique, ce taux d'activité correspond bien à la capacité de travail résiduelle d'une personne atteinte d'un syndrome dépressif moyen.

Comme la psychopathologie de M. X. \_\_\_\_\_ a déjà été en rémission partielle et, comme l'expertise le précise, était fortement influencée par des facteurs non liés à la maladie, une rémission complète était à attendre dans les deux à trois mois suivants, raison pour laquelle j'ai considéré la capacité de travail de M. X. \_\_\_\_\_ à nouveau comme entière à partir du 1<sup>er</sup> août 2009 au plus tard. [...] »

**G.** Le 2 décembre 2010, l'OAI a adressé au conseil de l'assuré un nouveau projet de décision, prolongeant la période d'octroi de rente, par rapport au premier projet de décision, de deux mois, c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 octobre 2009, à un taux de 50%. Le conseil de l'assuré a demandé de pouvoir consulter le dossier, mais ne s'est plus prononcé.

**H.** Par une première décision du 3 janvier 2011, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité calculée sur un taux d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 31 août 2009. Dans une deuxième décision du 3 janvier 2011, en accord avec le projet de décision du 2 décembre 2010, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assuré pouvait être considérée à 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 2009 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> août 2009. Dès lors, trois mois après chaque amélioration de l'état de santé la rente devait être réduite, respectivement supprimée, en fonction des dites améliorations. Il a donc accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 octobre 2009, celle-ci étant supprimée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009.

**I.** Le 13 janvier 2011, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAI de ne plus lui accorder de rente entière au-delà du 31 août 2009. Ainsi, il conclut à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité postérieurement au 31 août 2009. En substance, il fait valoir que le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était habilité à réviser le droit à la rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2009 en la réduisant à une demi-rente depuis cette date, puis en mettant fin à toute prestation à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2009. L'OAI n'aurait nullement apporté la preuve d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré justifiant une révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA.

**J.** Le même jour, l'assuré avait déposé un recours contre une autre décision de l'OAI du 3 janvier 2011 concernant le versement direct d'un montant de l'OAI à l'assurance-maladie (Z.\_\_\_\_\_). La Cour a d'abord instruit ce dernier recours qui est finalement devenu sans objet et a été rayé du rôle (cause n° AI 15/11).

**K.** Par courrier du 16 août 2011, l'assuré a demandé la poursuite de l'instruction de la présente cause.

Dans sa réponse du 8 septembre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que l'avis de l'expert Dr K.\_\_\_\_\_ doit primer, d'une part parce que son travail remplit toutes les conditions pour que pleine valeur probante lui soit reconnue, et d'autre part parce que tant l'expert que le médecin traitant décrivent les mêmes diagnostics et qu'aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré n'a été mise en évidence postérieurement à la date de l'expertise.

Le 30 septembre 2011, l'assuré a déclaré qu'il n'avait pas d'autres pièces à produire que celles qui figuraient déjà dans le dossier. Par réplique du 3 octobre 2011, l'assuré insiste sur les conclusions formulées dans son recours. Il expose que le pronostic positif de l'expert ne s'était pas réalisé, l'état dépressif était resté inchangé. Il renvoie aux constatations dans les documents du Dr C.\_\_\_\_\_ du 22 juin 2009 et du

22 juin 2010 (recte: 10 juin 2010), ainsi qu'à l'avis médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR du 7 avril 2010.

Dans sa duplique du 20 octobre 2011, l'OAI maintient sa conclusion de rejet du recours et renvoie pour l'essentiel à l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_. Le Dr C. \_\_\_\_\_ n'aurait avancé, dans son rapport du 10 juin 2010, aucun argument objectif permettant de s'écarter de l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_.

Dans la mesure utile, les arguments des parties seront repris plus en détail par la suite.

**L.** En raison du départ à la retraite du précédent juge instructeur, la cause a été reprise par un nouveau juge, ce dont les parties ont été informées par courrier du 16 octobre 2012 tout en leur annonçant une décision pour début 2013. Par courrier du 11 mars 2013, les parties ont été informées de la circulation d'un projet d'arrêt et de la composition de la Cour.

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

**1.** 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'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**2. a)** L'OAI a rendu le même jour deux décisions au sujet de rentes AI, mais vu les conclusions et la motivation du recours, il est évident que l'assuré ne compte attaquer, par son présent recours, que la décision qui concernait la rente partielle dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009 ainsi que la suppression de la rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009. Il ne critique pas l'autre décision qui lui accorde une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 31 août 2009. Il n'a ni contesté le montant de la rente entière (1'600 fr., puis 1'650 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009), ni le premier jour (1<sup>er</sup> mai 2008) pour lequel la rente AI lui a été allouée. Le litige porte donc uniquement sur le droit à une rente et son taux dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009.

**b)** Le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours avant de procéder à une réformation au détriment du recourant (art. 61 let. d LPGA).

**3.** Le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif, d'intensité actuelle moyenne sans syndrome somatique. Quant au Dr C. \_\_\_\_\_, il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen sans syndrome somatique.

Selon la description dans le système de classification internationale des maladies (CIM-10), le sujet présente dans les épisodes dépressifs (F 32) un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de

l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif: léger, moyen et sévère.

La CIM-10 décrit le trouble dépressif récurrent (F 33) comme suit: trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F 32.-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F 33.2 et F 33.3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniaco-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F 31.-).

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

**b)** L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). 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 al. 1 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.

**c)** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif dès une date précise et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente dès une date ultérieure, correspond, pour cette dernière partie, à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2 in fine). Peu importe que la décision d'accorder la rente et celle de la supprimer par la suite aient été rendues dans un seul acte ou, comme en l'espèce, par deux actes distincts du même jour. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une

modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201], dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011).

Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1, in SVR 2012 IV n° 18 p. 81; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd. 2009, n. 40 ad art. 43 LPGA).

**d)** 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; 8C\_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 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). 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. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). 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). Cela vaut aussi pour le psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

La fixation de la gravité d'un trouble dépressif ou d'un trouble de la personnalité, ainsi que leur évolution est, par essence, toujours le fruit de l'exercice du pouvoir d'appréciation. Le caractère fiable de constatations psychiatriques est très limité. Dans cette mesure il est d'autant plus important que les médecins motivent de manière étayée leurs conclusions en se basant sur une pleine connaissance du dossier et de l'état de fait à apprécier.

**5. a)** L'OAI se fonde en définitive entièrement sur l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_, même si parfois il mentionne le SMR; ce dernier se réfère à chaque fois au Dr K.\_\_\_\_\_ pour justifier son appréciation de la capacité de travail de l'assuré.

Il est vrai que le Dr K.\_\_\_\_\_ a pronostiqué une capacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 2009 et de 100% dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> août 2009. Ce pronostic se basait sur des documents médicaux, dont le dernier (du Dr C.\_\_\_\_\_) datait du 29 avril 2009, ainsi que sur un examen de l'assuré qu'il avait effectué le 1<sup>er</sup> mai 2009. Le Dr K.\_\_\_\_\_ expose que lors d'un trouble de l'adaptation, respectivement d'une réaction dépressive prolongée qui, dans un premier temps, avait été constatée chez l'assuré, la durée de l'atteinte est de deux ans au maximum. Durant cette période, un patient avec une personnalité intacte devrait pouvoir s'adapter à une nouvelle situation et appliquer les mécanismes de défense. Vu que deux ans après le début de la symptomatologie le diagnostic d'un trouble de l'adaptation n'est plus à poser, la symptomatologie persistante de l'assuré est à redéfinir en tant qu'épisode dépressif. Cette symptomatologie serait à considérer comme moyenne chez l'assuré.

L'expert poursuit en relevant qu'une reprise d'une activité professionnelle semblait exigible, même si l'assuré se montrait peu motivé et excluait catégoriquement une reprise autre qu'indépendante. Seuls les traits narcissiques de l'assuré et l'attente d'un certain niveau de salaire et de statut social seraient à l'origine d'une telle attitude. L'assuré pourrait pourtant contrôler et surmonter ses traits narcissiques, s'il mobilisait toute sa bonne volonté et ses ressources. Malgré les symptômes dépressifs actuels, il était capable de maintenir un bon rythme et programme journalier en se levant régulièrement et en remplissant des tâches ménagères, y compris des activités hors du domicile; il était aussi complètement autonome, se montrait bien informé sur sa situation actuelle et menait bien ses affaires administratives. Il a alors conclu que

l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle au moins à 50% à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009 au plus tard.

Quant à la prise en charge psychiatrique, l'expert suggérait que le soutien psychopharmacologique pouvait être intensifié par une médication plus performante que le Jarsin. Dans cette mesure, le pronostic de l'expert était de moyen à long terme favorable; il estimait que la capacité de travail « devrait être entière à partir du 1<sup>er</sup> août 2009, que cela soit dans son ancienne activité de restaurateur ou sur le marché du travail. »

**b)** L'assuré fait valoir que le pronostic optimiste du Dr K. \_\_\_\_\_ ne s'était pas réalisé. Il renvoie aux documents médicaux du Dr C. \_\_\_\_\_ du 22 juin 2009 et du 10 juin 2010.

Dans son attestation médicale du 22 juin 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ déclarait que l'état de santé de l'assuré était en légère amélioration, mais il était toujours incapable de reprendre le travail. Son état dépressif restait inchangé, avec la même absence de dynamisme, de motivation et d'intérêt à reprendre une activité professionnelle. Le Dr C. \_\_\_\_\_ relevait expressément que cette appréciation de la capacité de travail s'opposait au pronostic exprimé par le Dr K. \_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 10 juin 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_ indiquait que l'incapacité de travail était de 100% de mai 2007 à janvier 2010 et que dès fin mars 2010 la capacité de travail était de nouveau entière. En 2010, une seule consultation chez le psychiatre traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, avait eu lieu, le 10 juin 2010.

**6. a)** Le rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ répond à tous les critères de la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante (cf. supra consid. 4d). L'expert a établi son appréciation sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes. Il a notamment décrit et pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Il a, en outre, motivé de manière détaillée ses conclusions. De celles-ci, il ressort

que l'assuré pouvait retravailler à 50% au plus tard dès le 1<sup>er</sup> juin 2009. Au vu de ce qui a été exposé ci-dessus (à la let. C et au consid. 4a supra), l'expert rend intelligible pour quelle raison une activité professionnelle à temps partiel était devenue exigible dès cette date. L'expert ne faisait pas dépendre cette reprise d'une éventuelle future amélioration de l'état psychique de l'assuré, mais la fondait déjà sur l'état constaté en mai 2009.

Certes, le Dr C. \_\_\_\_\_ estime, dans son attestation du 22 juin 2009, que l'assuré ne pouvait toujours pas travailler du tout à cette époque. Il n'explique toutefois ni dans cette attestation ni dans un autre document médical de manière concluante et circonstanciée pourquoi l'assuré ne pouvait reprendre une activité économique partielle à ce moment. Il évoque l'affaissement thymique, l'absence de dynamisme et de motivation. Le Dr K. \_\_\_\_\_ retient toutefois également ces éléments. Ce dernier fonde, en plus, ses constatations sur une anamnèse détaillée qu'il expose au début de son rapport (aux p. 2 à 5), décrivant notamment l'emploi du temps et le ressenti de l'assuré. Celui-ci n'a à aucun instant contesté que les constatations des faits présentées par l'expert dans l'anamnèse étaient inexactes. Dans ce cadre, le Dr K. \_\_\_\_\_ démontre également comment vivait l'assuré face à ses problèmes et à l'évolution de la situation. De l'exposé étayé de l'expert, il ressort également pour quels motifs il pouvait être exigé de l'assuré qu'il reprenne une activité à temps partiel (cf. aussi le principe général de l'obligation des assurés de réduire le dommage, qu'il a trouvé une de ses expressions à l'art. 7 al. 1 LAI, et ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

Quant au Dr C. \_\_\_\_\_, celui-ci n'a pas démontré de manière concluante, pourquoi l'assuré ne pouvait reprendre d'activité dès juin 2009. Et cela malgré l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ qui lui était connue et qui contenait de nombreux éléments objectifs. Au contraire, il a retenu les mêmes diagnostics que le Dr K. \_\_\_\_\_ et il a confirmé dans son attestation du 22 juin 2009 une légère amélioration par rapport à ses propres estimations antérieures.

Certes, l'assuré n'est pas seulement atteint d'un affaissement thymique; il sera tout de même retenu que ce diagnostic ne présente à lui seul pas une atteinte invalidante (cf. TF I 649/06 du 13 mars 2007 consid. 3.3.1, in: SVR 2008 IV n° 8 p. 23; TFA I 938/05 du 24 août 2006 consid. 4.1). Selon la description dans le système CIM-10, la dysthymie est un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger.

En l'espèce, s'ajoute à la dysthymie un manque de dynamisme et de motivation de l'assuré. A l'étude des explications à ce sujet, l'on remarque cependant que ce sont en bonne partie des facteurs psychosociaux ou socioculturels ainsi que la blessure narcissique qui sont à l'origine de ces problèmes. Les traits narcissiques sont considérés comme contrôlables et surmontables. Quant aux facteurs psychosociaux et socioculturels (tel que l'attente d'un certain statut social et niveau de salaire, l'expectative d'une activité indépendante, l'âge avancé), il ne peut pas leur être reconnu un caractère invalidant (cf. ATF 127 V 294 consid. 5; TF 8C\_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.5, in: SVR 2012 IV n° 22 p. 95).

Les constatations du Dr K.\_\_\_\_\_ qui retenait d'une part encore un épisode dépressif moyen, toutefois sans syndrome somatique, et d'autre part notamment une autonomie, un « bon rythme et programme journalier » de l'assuré ainsi que des problèmes narcissiques surmontables, permettent donc de conclure à une capacité de travail partielle à un taux de 50%. La jurisprudence n'exclut pas une telle capacité lors d'un pareil diagnostic (cf. par exemple TF 9C\_85/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008; TFA I 626/04 du 13 juillet 2005; TFA I 792/02 du 27 janvier 2004 consid. 5.2).

L'appréciation d'une incapacité de travail totale du Dr C.\_\_\_\_\_ du 22 juin 2009 qui n'a à aucun moment été détaillée ou motivée de manière concluante par rapport à l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_,

ne peut être suivie sur ce point. Dans cette mesure, une pleine valeur probante ne saurait être conférée à l'estimation du Dr C.\_\_\_\_\_. Ce dernier n'avait d'ailleurs pas non plus constaté une détérioration de l'état de santé de l'assuré. Il sera pour le surplus rappelé que le Dr C.\_\_\_\_\_ est le médecin traitant de l'assuré, raison pour laquelle il peut être enclin à prendre parti en faveur de son patient (cf. supra consid. 3d).

**b)** L'OAI s'était demandé, de manière légitime, si l'assuré n'avait pas déjà récupéré une capacité de travail plus élevée que 50% en mai / juin 2009 (voir let. F supra). L'expert a toutefois insisté dans son courrier du 4 novembre 2010 sur le fait que la symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à cette époque ne permettait pas une reprise de travail à plein temps, mais à 50%. L'OAI et le SMR se sont finalement ralliés à cet avis. Le tribunal ne pourrait pas passer outre cette appréciation sans autre avis médical fondé. La Cour de céans est toutefois d'avis qu'il n'y a pas suffisamment d'éléments objectifs mettant en doute les conclusions de l'expert Dr K.\_\_\_\_\_. De plus, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'apporterait pas d'autre résultat probant, vu qu'un nouvel expert ne pourrait se baser sur ses propres constatations faites en 2009, ce qui paraît toutefois essentiel pour une appréciation du degré de dépression de l'assuré et des répercussions sur la capacité de travail à cette époque. Ce manque de preuve probante concernant une amélioration de la capacité de travail doit aller au détriment de l'autorité intimée (cf. supra consid. 4c in fine; TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1, in: SVR 2012 IV n° 18 p. 81). Ainsi, il n'y a pas non plus lieu d'avertir les parties d'une éventuelle réformation de la décision attaquée au détriment de l'assuré (cf. supra consid. 2b).

**c)** Dès lors, il faut admettre que l'assuré avait récupéré une capacité de travail de 50% dans toute profession, mais pas encore plus élevée, dès le 1<sup>er</sup> juin 2009. Avec un taux d'invalidité de 50%, le droit à une rente n'est selon l'art. 28 al. 2 LAI plus que de la moitié. Il s'agit donc d'une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA (voir supra consid. 4c). Dans cette mesure, l'intimé était en droit de réduire la rente entière à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009, soit dès le troisième mois

après la survenance de la modification notable de la capacité de travail (art. 88a RAI).

**7.** Reste à examiner, la question de savoir s'il faut retenir que l'assuré a retrouvé une pleine capacité de travail, respectivement dès quelle date cela a été le cas.

**a)** Dans son rapport du 15 mai 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ avance le 1<sup>er</sup> août 2009. A l'appui de son appréciation, il déclare que le pronostic de moyen à long terme semble favorable. Il relève en outre que le soutien psychopharmacologique pouvait être intensifié notamment par une médication d'antidépresseurs plus performante que le Jarsin.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a expliqué dans son attestation du 22 juin 2009 qu'il avait ajouté au traitement de Jarsin un traitement de Zoloft (50 mg), en espérant que cet autre médicament contribuerait à améliorer l'état de santé de l'assuré. Dans son rapport du 10 juin 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_ a déclaré que le traitement de Zoloft avait dû être interrompu, car l'assuré ne l'avait pas supporté. Il retenait l'existence d'un trouble dépressif avec épisode moyen, précisant que l'assuré allait mieux depuis début 2010. Depuis fin mars, respectivement depuis avril 2010, l'assuré pouvait de nouveau travailler à 100% et à plein rendement dans son ancienne activité ou dans une activité adaptée (ch. 1.1 et 1.7 du rapport).

**b)** L'assuré conteste le pronostic du Dr K. \_\_\_\_\_. Mais, il ne dit pas explicitement, à partir de quelle date il aurait, selon lui, retrouvé sa capacité entière de travail. Cependant, il n'y a aucun élément objectif qui permettrait d'admettre une incapacité de travail au-delà de fin mars 2010. L'assuré a, entre autres documents médicaux, invoqué le rapport de son psychiatre traitant du 10 juin 2010 qui retenait une capacité de travail entière dès fin mars 2010. On ne saurait déduire d'aucune pièce versée au dossier constitué que l'incapacité de travail de l'assuré aurait perduré au-delà. L'assuré n'avait d'ailleurs consulté son psychiatre traitant qu'une seule fois en 2010. L'assuré n'allègue finalement pas non plus qu'il avait des problèmes de santé qui auraient empêché une reprise de travail dès

avril 2010. Il faut ainsi admettre que l'assuré présentait en tout état de cause dès fin mars 2010 une capacité de travail de 100%.

**c)** Se pose alors encore la question de savoir, si cette capacité de travail avait déjà été retrouvée plus tôt.

Il ressort du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ que le pronostic du Dr K. \_\_\_\_\_ d'une amélioration entre mai et juillet 2009 ne s'est pas réalisé. Les deux médecins retenaient à peu près les mêmes diagnostics et constats médicaux entre mai et juin 2009. Le Dr K. \_\_\_\_\_ pronostiquait certes une nette amélioration dans les deux mois suivant la récupération d'une capacité de travail de 50%, respectivement trois mois après son examen. A cet effet, il préconisait toutefois notamment une médication plus performante. Le psychiatre traitant avait alors prescrit une médication plus efficace, mais elle a dû être interrompue, dès lors que l'assuré ne supportait pas ce traitement. Le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas non plus revu l'assuré après l'examen du 1<sup>er</sup> mai 2009. Il sera aussi rappelé que l'assuré souffrait d'un trouble mental dont l'évolution ne se laisse pas aussi facilement prédire que d'autres atteintes. Comme précisé plus haut (au consid. 4d in fine), une appréciation de la gravité d'un trouble dépressif, de son évolution et de ses répercussions sur la capacité de travail nécessite une entière connaissance de l'état de fait. Le Dr K. \_\_\_\_\_, n'ayant plus vu l'assuré en été 2009, ne pouvait donc pas confirmer, si son pronostic s'était effectivement réalisé. Selon les explications du psychiatre traitant, une amélioration par rapport à l'état constaté entre avril et juin 2009 n'aurait eu lieu qu'à partir de début 2010, pour atteindre d'ici à fin mars 2010 une pleine capacité de travail. Compte tenu de toutes les circonstances, notamment la mauvaise réaction au traitement avec une médication plus forte suggérée par l'expert, l'évolution décrite par le psychiatre traitant jusqu'au retour d'une pleine capacité de travail paraît vraisemblable.

Comme le Dr K. \_\_\_\_\_ n'avait plus revu l'assuré à l'époque, il apparaît superflu de lui demander qu'il s'exprime une nouvelle fois à ce sujet. N'ayant pas réexaminé l'assuré pendant la période litigieuse de

juillet 2009 à mars 2010, il ne pourra se prononcer d'une manière qui confère une pleine valeur probante à son appréciation. Il manquerait notamment ses propres constatations sur la période en question, ces dernières étant essentielles pour apprécier des atteintes dépressives et leurs répercussions sur la capacité de travail. Pour ces mêmes raisons la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est inutile. Il est pour le surplus renvoyé aux considérants 4c et 6b ci-dessus, qui valent également, respectivement mutatis mutandis, pour la présente question. Dans cette mesure, c'est au détriment de l'intimé que la preuve du fait que l'assuré aurait retrouvé une capacité de travail entière plus tôt que ne l'a admis le Dr C.\_\_\_\_\_ n'a pu être apportée au degré de vraisemblance prépondérante.

**d)** Dès lors, il faut admettre une capacité de travail réduite à 50% jusqu'à fin mars 2010, puis entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2010. En application des principes évoqués ci-dessus, l'assuré a ainsi droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 30 juin 2010, soit trois mois après avoir retrouvé sa capacité de travail entière, et non pas uniquement jusqu'au 31 octobre 2009 comme l'a décidé l'OAI (cf. art. 28 al. 2 LAI et 88a RAI). L'intimé aura à calculer le montant de la rente (encore) due pour cette période.

**8.** Le recours doit donc être partiellement admis. L'assuré avait conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité postérieurement au 31 août 2009. Certes, l'assuré n'obtient pas l'octroi d'une rente entière d'invalidité après cette date. Il a cependant droit à une demi-rente d'invalidité pendant huit mois en plus de ce qu'avait accordé l'intimé.

**9.** Vu le sort du recours, l'assuré peut prétendre à des dépens, partiellement réduits et qu'il convient donc de fixer à 1'500 fr. (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGGA).

Les frais de procédures, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 3 janvier 2011, accordant une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 octobre 2009, est réformée en ce sens que X.\_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 30 juin 2010.
  
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à X.\_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour X.\_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :