

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 septembre 2015

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Thalmann et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 43 al. 1 et 44 LPGA; 4, 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954, a travaillé comme indépendant dans son propre atelier de mécanique Auto-Service L.\_\_\_\_\_ depuis 1993. Le 4 mars 2014, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en indiquant souffrir d'un état anxio-dépressif réactionnel modéré à sévère et en faisant état d'une incapacité de travail à 100 % du 12 août au 29 octobre 2013, à 70 % du 30 octobre 2013 au 31 janvier 2014 et à nouveau à 100 % dès le 1<sup>er</sup> février 2014 jusqu'au jour du dépôt de la demande.

Dans un certificat du 18 décembre 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que son patient vivait depuis des mois une situation très dure qui avait abouti à "l'exclusion" de son atelier, qu'il ressentait très mal cette "confiscation de son outil de travail", qui l'affectait profondément.

Le 28 janvier 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ a informé le médecin-conseil de l'assurance perte de gain que son patient souffrait d'un épisode dépressif sévère et qu'il était incapable de travailler dans son état actuel car il ne parvenait pas se concentrer et avait très peur de commettre des erreurs qui pourraient avoir des conséquences dramatiques dans sa profession. Selon le médecin traitant, le projet de reprendre son activité à 30 % dès le 30 octobre 2013 n'avait pas pu être mené à terme, l'assuré étant de nouveau en incapacité totale de travail dès le lendemain.

Dans un rapport du 25 mars 2014 adressé à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen; il a indiqué que son patient avait cessé de lui-même de prendre les médicaments qui lui avaient été prescrits et en tirait la conséquence qu'il allait mieux. Il était d'avis que l'assuré pouvait exercer une activité professionnelle à temps complet.

Dans un rapport du 17 mai 2014 à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un épisode dépressif sévère (F 32.2). Pour lui, l'incapacité de travail était totale.

Dans un avis du 19 août 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_, du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a indiqué qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante et que, selon le psychiatre traitant, il s'agissait d'un problème essentiellement non médical qui avait causé une réaction dépressive passagère.

Par projet de décision du 18 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations au motif que si sa capacité de travail avait été considérablement restreinte depuis le 12 août 2013, début du délai d'attente d'une année, une pleine capacité de travail devait lui être reconnue depuis mars 2014, soit avant la fin du délai d'attente d'une année.

L'OAI a confirmé son projet par décision du 28 octobre 2014 en refusant d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité pour les motifs exposés précédemment.

Le 15 novembre 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ a requis de l'OAI qu'il réévalue la situation de son patient. Il a fait valoir qu'en qualité de médecin de premier recours, il avait attesté une incapacité totale de travail du 29 janvier 2014 à ce jour, sans interruption. Il a expliqué, qu'il apparaissait à la suite d'une discussion qu'il avait eue avec la psychologue de l'assuré, N.\_\_\_\_\_, que le patient avait manqué des rendez-vous avec son psychiatre et que celui-ci en avait déduit que l'assuré refusait de se soigner et avait mis fin à l'arrêt de travail unilatéralement. Selon le Dr W.\_\_\_\_\_, son patient était dans un état de détresse et de confusion tels qu'il avait laissé ce malentendu s'installer, sans protester. Il a précisé que la psychologue, sur délégation du Dr M.\_\_\_\_\_, continuait à suivre son patient chaque semaine et que le psychiatre venait d'augmenter le traitement médicamenteux de l'assuré, qui n'était absolument pas en état d'envisager une reprise de travail.

**B.** Par acte du 10 décembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, B.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 28 octobre 2014, en concluant implicitement à la réforme en ce sens que des prestations de l'assurance-invalidité lui sont allouées. Il fait valoir que l'évaluation de son incapacité de travail est erronée dès lors qu'il est en "arrêt maladie" depuis le 29 janvier 2014, sans interruption jusqu'à ce jour, comme l'atteste la lettre de son médecin traitant jointe à son recours (réd. : lettre du 15 novembre 2014 ci-dessus mentionnée).

Par lettre du 23 février 2015, le recourant a informé la Cour de céans de son hospitalisation à l'Hôpital de Z.\_\_\_\_\_ depuis le 13 janvier précédent.

Dans sa réponse du 25 février 2015, l'OAI a indiqué avoir soumis au SMR le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2014; il a transmis à la Cour l'avis SMR du 16 février 2015 et requis que le Dr M.\_\_\_\_\_ soit interrogé sur l'évolution de la situation médicale de l'assuré depuis son rapport du 26 mars 2014.

Par réplique du 19 mars 2015, le recourant a informé la Cour de céans qu'il était toujours en incapacité totale de travail et qu'il n'avait reçu aucune réponse du Dr M.\_\_\_\_\_ à sa demande de lui remettre une copie complète de son dossier médical. Il a produit :

- la lettre qu'il a adressée le 6 mars 2015 au Dr M.\_\_\_\_\_;
- un rapport médical, daté du 9 mars 2015, établi par le Dr P.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint auprès de l'Hôpital de Z.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé dans cet établissement sur un mode volontaire du 13 janvier au 19 février 2015 pour un syndrome anxio-dépressif avec idées suicidaires non scénarisées, que le diagnostic retenu est un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et que son suivi psychiatrique a été confié au Dr C.\_\_\_\_\_ de la Policlinique psychiatrique de [...];

- le certificat médical établi le 16 mars 2015 par le Dr C.\_\_\_\_\_ de la Consultation ambulatoire du Secteur psychiatrique E.\_\_\_\_\_ attestant que le recourant présente une incapacité totale de travail pour la période du 20 mars au 3 avril 2015.

Dans sa duplique du 24 mars 2015, l'intimé a réitéré sa demande tendant à ce que le Dr M.\_\_\_\_\_ soit réinterrogé à propos de l'évolution de la situation médicale du recourant entre son précédent rapport du 27 mars 2014 et le mois d'octobre 2014, époque à laquelle la décision attaquée a été notifiée.

Le 11 avril 2015, le recourant a notamment produit :

- la copie de l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, à l'instigation de l'assurance perte de gains, datée du 14 juin 2014, qui conclut comme il suit :

"DIAGNOSTIC SELON CIM-10

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2)

DISCUSSION ET CONCLUSION

On peut percevoir le parcours familial de ce patient comme extrêmement traumatisant durant sa petite enfance et le parcours professionnel comme tout à fait adéquat. Il a développé des traits de personnalité mixte (F61.0) (anankastique F60.5 et anxieuse F60.6) qui lui ont permis de se construire une identité professionnelle aboutissant à une certaine réussite sur ce plan. Ces traits de personnalité sont accompagnés de traits abandonniques marqués, d'une importante inhibition de l'agressivité, d'un évitement des conflits, d'un besoin de reconnaissance tant au niveau privé que professionnel induisant des comportements d'évitement et ayant pour conséquence une accumulation de frustrations, de vexations et d'agressivité. Parallèlement à ces traits, le patient admet avoir beaucoup de difficulté à recevoir de l'aide, ce qu'il vit comme une blessure narcissique importante, tout en ayant un besoin de rendre service à tout son entourage pour renvoyer une bonne image de lui, imaginant ainsi ne jamais être rejeté. Sa préoccupation première actuelle est son fils qu'il ne veut surtout pas abandonner dans le futur. La relation avec sa femme est fragile, ceci non seulement au vu de la pathologie qu'elle présente mais encore plus depuis qu'il est en dépression. L'aide de sa belle-soeur est décrite comme indispensable pour pouvoir assumer le quotidien de leur famille. Le patient ne parvient pas à se projeter dans le futur sur le plan professionnel, n'arrive pas à envisager qu'il pourrait s'en sortir et craint de rester dans son état actuel de manière permanente. Les

entretiens avec Madame N.\_\_\_\_\_ lui font du bien mais il ne constate que peu d'évolution et peu d'amélioration de son état. Sa situation professionnelle, malgré le fait qu'il ait retrouvé un atelier, est très précaire et le patient appréhende énormément en cas de reprise de faire à nouveau des erreurs entraînant des accidents; cette situation le désécurise, lui fait perdre confiance en lui et l'empêche de faire des projets.

Pour ma part, du point de vue psychique, ce patient est en incapacité de travail à 100%. Au vu de l'évolution de ces derniers mois le pronostic est plutôt moyen à mauvais. Il faut absolument que ce patient soit mobilisé au plus tard en automne 2014, soit au travers de l'Assurance soit au travers d'une reprise de travail partielle une fois que le travail de reconstruction psychique le permettra. Le traitement doit absolument être poursuivi et il est tout à fait justifié à ce jour; à relever que le patient suit la thérapie de manière assidue et ponctuelle.

Suite à un téléphone avec Madame N.\_\_\_\_\_, le Docteur M.\_\_\_\_\_ qui supervise Madame N.\_\_\_\_\_ et son médecin traitant le Docteur W.\_\_\_\_\_, je leur ai communiqué mes conclusions à savoir une incapacité de travail à 100% et une proposition de changement de traitement médicamenteux; passer de la fluoxétine (Fluctine®) que le patient prend depuis quelques jours à un antidépresseur plus stimulant tel que la venlafaxine ou la duloxétine. Afin de vérifier si le patient est un métabolisateur lent ou rapide, je proposerais de faire un dosage médicamenteux de la molécule 6 semaines après le début du nouveau traitement. Madame N.\_\_\_\_\_ évoque aussi un état de stress post-traumatique suite à la perte de son travail, ce qui m'apparaît comme difficile à séparer de l'état dépressif qu'il présentait déjà avant. Quoi qu'il en soit la prise en charge reste la même pour ce patient qui doit être mobilisé et stimulé. Madame N.\_\_\_\_\_ avait envisagé au travers de l'Assurance Invalidité une sorte de reconversion en dirigeant le patient vers une activité au sein de laquelle il pourrait faire profiter son expérience acquise durant sa vie professionnelle; par exemple, entrer dans l'enseignement et former des jeunes dans le cadre d'une école de mécanique. Cette possibilité pourrait permettre au patient de reprendre confiance en lui et de retrouver une certaine identité professionnelle. Les 3 thérapeutes vont s'accorder dans leur prise en charge afin de cadrer le patient dans ce type de reconversion. Ils sont tout à fait prêts à vous envoyer un rapport détaillé sur l'évolution clinique de ce patient dans le courant de l'automne 2014, ceci à votre demande. Le pronostic reste très moyen et le risque d'un glissement vers un processus «sinistrosique» est peu probable actuellement (Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou sociales (F68.0)), mais ne peut par ailleurs pas être totalement exclu."

- un rapport du 4 décembre 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_ à l'intention de l'assurance perte de gain, dans lequel il écrit ce qui suit :

"Nous avons bien reçu votre demande du 27 novembre et vous en remercions.

Nous avons rencontré le patient avant hier.

Dès lors, nous sommes en mesure de répondre à vos questions comme suit:

1.- Récapitulatif diagnostic.

Nous adhérons pleinement aux arguments exposés par l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ ainsi qu'au diagnostic initial.

Diagnostic actuel:

F 33.1 - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

2.- Evolution.

L'évolution est favorable

Nous avons suivi les recommandations du Dr Q.\_\_\_\_\_ et avons introduit la Duloxétine à des doses élevées.

Traitement actuel :

Cymbalta 60 mgr (2—0—0)

Xanax 0'5 retard (0—0—1)

Mirtazapine 15 mgr(0 — 0—1) -

3.- Statut actuel

Il se plaint de "sifflements dans la tête"

Il dort mieux (de 21h à 7h du matin, avec quelques réveils nocturnes), ne se dit pas triste et se montre plus tonique, voire souriant et adéquat du point de vu de l'expression de ses émotions.

Il ne présente plus de labilité émotionnelle.

Il se plaint de manque de concentration.

Comme évoqué dans l'expertise, il se dit très craintif vis-à-vis d'une reprise d'activité en tant que mécanicien, car il a "peur de faire des erreurs qui puissent avoir une conséquence grave, comme ne pas bien viser (réd. : sic) des roues ou faire des dégâts dans le moteur".

4.- Limitations fonctionnelles.

Dépression modérée

Sifflements.

Manque de concentration.

Stress lié à situation familiale (pathologie de sa femme).

Les éléments les plus stressants pour le patient demeurent ceux d'ordre familial, à savoir la maladie de sa femme.

5.- Activité adaptée.

Il pourrait faire une autre activité que celle de mécanicien. Il a évoqué par exemple un travail dans une autre branche, pièces détachées, activité qu'il a déjà effectuée par le passé.

Il l'estime à environ 2 heures par jour."

- Le courrier du 16 janvier 2015 par lequel l'assurance perte de gain a informé l'assuré qu'elle considérait qu'il était capable de travailler à 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, se fondant sur le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_.

Le 22 juin 2015, l'intimé a confirmé maintenir sa réquisition du 24 mars précédent tendant à ce que le Dr M.\_\_\_\_\_ soit réinterrogé sur l'évolution de la situation médical de son patient pour la période allant de mars à octobre 2014. A l'appui de sa requête, il a produit l'avis SMR du Dr F.\_\_\_\_\_ du 27 mai 2015.

Invité le 30 juin 2015 par le juge instructeur à produire un rapport décrivant l'évolution de la situation médicale du recourant entre mars et octobre 2014 et se prononçant sur la capacité de travail de l'intéressé durant cette période, le Dr M. \_\_\_\_\_ a, par lettre du 8 juillet 2015, renvoyé la Cour de céans à son rapport du 4 décembre 2014. Il a précisé qu'il ne suivait plus le recourant.

Dans ses déterminations du 18 août 2015, observant que le Dr M. \_\_\_\_\_ se bornait à renvoyer à son précédent rapport du 4 décembre 2014, l'OAI a indiqué qu'une expertise lui semblait indispensable.

Le recourant ne s'est pas déterminé.

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

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de

la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, respectant les autres conditions de forme, le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité sont remplies, singulièrement de déterminer si le recourant a été en incapacité de travail pendant une année à partir du début du délai d'attente d'un an, et à quel taux.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA; 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 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.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Aux termes de l'article 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'article 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, à qui il appartient de prendre les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde 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 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 et 105 V 156

consid. 1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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; TF 9C\_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1).

Selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/cc; TF 9C\_616/2007 du 8 septembre 2008 consid. 2).

Quant aux rapports des médecins des assureurs et notamment du SMR, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi

longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/ee ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il est toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe doit être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Il en va de même en cas de simple doute sur la fiabilité ou pertinence des constatations des médecins internes à l'assureur (ATF 135 V 465 précité consid. 4.4 : "Bestehen auch nur geringe Zweifel [...]").

**4.** En l'espèce, par décision du 28 octobre 2014, l'intimé a dénié au recourant le droit à une rente pour le motif qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail avant la fin du délai d'attente d'une année (4 mars 2015). Ce faisant, l'intimé s'est fondé sur l'avis SMR du 19 août 2014. Or dans cet avis, tout en mentionnant les rapports médicaux du médecin traitant du recourant (Dr W.\_\_\_\_\_) des 28 janvier et 17 mai 2014 qui indiquaient comme diagnostic un épisode dépressif sévère (F32.2) avec pour conséquence une incapacité totale de travail, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante. A cet égard, il s'est référé au rapport médical du Dr M.\_\_\_\_\_ du 27 mars 2014, alors psychiatre traitant de l'assuré, qui retenait un épisode dépressif moyen, relevait que son patient avait arrêté de lui-même son traitement médicamenteux, donc qu'il allait mieux et estimait qu'il était par conséquent capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle. Pour le Dr S.\_\_\_\_\_, le psychiatre était très clair : il s'agissait d'un problème essentiellement non-médical, qui avait causé une réaction dépressive passagère.

Force est de constater qu'au moment où l'intimé a rendu la décision dont est recours, la situation médicale du recourant n'était pas claire : des rapports médicaux contradictoires quant au diagnostic à retenir (épisode dépressif sévère ou modéré) et à la capacité de travail du

recourant (nulle ou totale) figuraient au dossier. Le médecin du SMR, bien que les mentionnant, n'a pas justifié son choix de préférer l'appréciation médicale du psychiatre traitant à celle du médecin traitant pour considérer qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante. Au vu des contradictions quant au diagnostic et à la capacité de travail du recourant, doute il y avait pourtant, qui justifiait que soit poursuivie l'instruction de la cause par la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, conformément à la jurisprudence citée au considérant 3c. L'intimé n'en disconvient pas puisque, dans ses déterminations du 18 août 2015, il a estimé qu'une telle expertise s'avérait nécessaire.

Au surplus, la Cour de céans observe qu'en procédure de recours, non seulement l'assuré a attesté avoir été hospitalisé à l'Hôpital de Z. \_\_\_\_\_ du 13 janvier au 19 février 2015 (le diagnostic retenu par les médecins de l'établissement dans leur rapport du 9 mars 2015 étant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques [F33.2]), mais il a également produit le rapport d'expertise établi le 14 juin 2014 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, à l'attention de l'assureur perte de gain dans lequel l'expert retient lui aussi le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. A l'époque, il estimait que le recourant était en incapacité totale de travail. Appelé par l'assureur perte de gain à se déterminer sur dit rapport d'expertise, le Dr M. \_\_\_\_\_, dans un rapport daté du 4 décembre 2014, a déclaré se rallier à l'argumentation de son confrère psychiatre, tout en retenant comme diagnostic un épisode dépressif modéré et en estimant que l'évolution était favorable; il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de son patient. Réinterrogé à la demande de l'intimé en procédure de recours sur l'évolution de la situation médicale de l'assuré entre le mois de mars 2014, date de son rapport à l'OAI, et le mois d'octobre 2014, date de la décision attaquée, le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est borné à renvoyer à son rapport du 4 décembre 2014, tout en précisant qu'il ne suivait plus le recourant à sa consultation. Ces nouveaux éléments contradictoires renforcent le doute quant à la pertinence de l'appréciation médicale du Dr M. \_\_\_\_\_ sur laquelle l'intimé avait fondé sa décision de refus.

Par ailleurs, l'expertise psychiatrique du Dr Q. \_\_\_\_\_ date du mois de juin 2014 et ne permet par conséquent pas de connaître l'évolution de la situation médicale du recourant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, en octobre 2014.

Ainsi, les éléments au dossier ne sont pas suffisamment concordants pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'intimé s'est en effet prononcé sur la base d'un dossier médical comportant des contradictions, en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis discordants au dossier. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il relève dès lors de la compétence de l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui incombera ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'assuré.

**5. a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**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<sup>bis</sup> 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 de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Bien qu'obtenant gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens dès lors qu'il n'était pas assisté d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 28 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- 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. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- B. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :