

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mars 2017

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Thalmann et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant

et

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

---

**Art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Né en 1962, M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 28 octobre 2013, alléguant souffrir d'angoisses et de problèmes cardiaques depuis octobre 2012. Au bénéfice d'une formation commerciale, il a travaillé jusqu'en 2000 et n'a ensuite plus exercé d'activité lucrative à l'exception de deux missions temporaires.

Dans un rapport médical du 15 novembre 2013, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, diagnostiquait une fragilité psychologique avec troubles de la personnalité et trouble de l'adaptation ainsi que des tachycardies fonctionnelles. Il estimait qu'une évaluation psychiatrique était nécessaire et qu'un stage d'observation permettrait d'évaluer les compétences professionnelles résiduelles de l'assuré.

Le cardiologue T. \_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport médical du 4 mars 2014 que l'assuré souffrait de tension nerveuse en crescendo et de dépression nerveuse à plusieurs reprises, ainsi que d'accès de tachycardie, de fatigue anxieuse et d'une diverticulite en 2012. Le Dr T. \_\_\_\_\_ posait également le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de sinusite chronique. Il n'excluait pas l'apparition d'idées suicidaires. La reprise d'une activité d'employé de commerce n'était pas exigible à cause de la fatigue intense présentée par l'assurée et de sa lenteur dans tout travail entrepris. Selon le Dr T. \_\_\_\_\_, la reprise d'une activité adaptée, à temps partiel, pouvait être tentée. L'assuré ne pouvait pas travailler en position uniquement debout ou en marchant ; les activités nécessitant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux n'étaient pas exigibles ; il devait éviter de soulever et porter des charges et de monter sur une échelle ; ses capacités de concentration et de résistance étaient limitées.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 20 février 2015, celui-ci a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de « Trouble personnalité évitante (anxieuse) (F60.6) », présent depuis les débuts de l'âge adulte. Il exposait notamment ce qui suit :

« Dans le cas présent, le trouble de personnalité de l'intéressé n'est pas extrêmement grave. L'assuré a pu fonctionner normalement dans le monde ordinaire du travail. Il conserve des ressources.

M. M.\_\_\_\_\_ est autonome pour ses activités de la vie quotidienne et ses soins corporels. Il peut se déplacer seul. Il communique correctement. Il défend son dossier avec pertinence, même s'il peine à s'affirmer. Il s'est montré capable de respecter les règles du processus d'expertise à partir du moment où il a pu être convoqué.

S'il y a des limitations (difficultés en situations sociales, mauvaise image de soi avec impression de ne pas être à la hauteur, difficultés à s'engager et à prendre des risques), elles ne sont pour l'expert pas suffisamment importantes pour justifier une incapacité de travail psychiatrique sur la durée. [...]

En conclusion, M. M.\_\_\_\_\_ est un homme de 53 ans qui présente un trouble de personnalité évitante (anxieuse) qui s'est manifesté par une instabilité sur le plan personnel et socioprofessionnel.

Pour l'expert, le trouble n'est pourtant pas suffisamment grave pour qu'il justifie une incapacité de travail psychiatrique en soi. Il n'y en a jamais eue sur la durée. L'expert psychiatre ne se prononce pas sur la pathologie cardiologique de M. M.\_\_\_\_\_.

Actuellement, le traitement n'est pas insuffisant, sachant que l'intéressé ne souffre pas de troubles psychiques graves et incapacitants. La pathologie de l'intéressé pourrait néanmoins s'atténuer avec une prise en soins spécialisée selon les règles de l'art.

Sur le plan professionnel, l'intéressé pourrait bénéficier d'une aide au placement, dans la mesure où il y aurait droit et où il ferait la démonstration de sa volonté à réintégrer le monde ordinaire du travail.

Le pronostic à long terme n'est pas nécessairement mauvais dans une situation qui paraît plus sociale que médicale. Rien n'indique que les troubles de l'intéressé devraient actuellement s'aggraver. »

Dans un avis médical du 4 mars 2015, le SMR mentionnait ce qui suit :

« Cette expertise répond aux critères de qualité exigible et nous a convaincu. Nous en adoptons les conclusions. La CT [capacité de travail] au plan psychiatrique est donc entière sans limitations dans toute activité depuis toujours. Dans la mesure où les crises de tachycardie occasionnelles retenues n'ont pas de réalité organique mais sont liées à l'anxiété du sujet il ne semble pas exister de maladie somatique incapacitante dans ce dossier à ce jour. Nous en concluons une CT totale en toute activité compatible avec les compétences de l'assuré depuis toujours. »

Le 31 mars 2015, l'assuré a présenté ses objections au projet de décision négative que l'OAI lui a fait parvenir. Il a fait valoir que l'expertise était incomplète, qu'il n'avait pas eu le temps de s'exprimer sur des points essentiels et qu'il souffrait de dépression profonde et permanente de longue date, ce qui l'avait contraint à quitter ses emplois en 1995 et 2000, comme l'attestait son médecin traitant dans des certificats médicaux des 16 mai 1995 et 2 septembre 2000. Il alléguait souffrir d'une fatigue pratiquement permanente, de tachycardies, d'une hernie hiatale, d'un problème au genou droit, d'une tendinite à l'épaule gauche, de violents vertiges, d'une sinusite chronique ainsi que d'un sifflement très fort dans l'oreille droite.

Le 28 avril 2015, il a invoqué que contrairement à ce qui était noté dans le rapport d'expertise, il n'était pas venu seul en voiture au cabinet du Dr Q. \_\_\_\_\_ et qu'il recevait de l'aide pour tenir son ménage. Il a fait savoir qu'il ne se déplaçait plus seul sur de grandes distances en raison de la fatigue et du risque d'évanouissement, et qu'on venait de lui diagnostiquer une diverticulite.

Il a produit divers documents médicaux :

- Une IRM de l'épaule gauche effectuée le 19 février 2015 avait démontré une tendinopathie discrète du sus-épineux et une lésion de type SLAP antéro-supérieure.
- Un rapport médical établi le 26 novembre 2002 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluait à la présence d'une hernie hiatale par glissement non réductible avec reflux gastro-oesophagien mais sans sténose, sans lésion d'oesophagite peptique ; le reflux était favorisé par une spasticité antro-pylorique très sévère de type fonctionnel.

- Dans un rapport médical du 20 mai 2015, le Dr T. \_\_\_\_\_ déclarait suivre l'assuré en raison d'accès de tachycardie sinusale et d'extrasystoles, d'une hernie hiatale par glissement irréductible avec reflux gastro-oesophagien, d'une asthénie importante, d'un tinnitus permanent, d'une hypotension orthostatique, d'une diverticulite sigmoïdienne ainsi que de dépression nerveuse en dents de scie avec troubles obsessionnels et crises de paniques. Il observait une tristesse très importante chez l'assuré.
- Dans un certificat médical du 25 mai 2015, le Dr O. \_\_\_\_\_ notait un status clinique sans particularité et observait une angoisse chez l'assuré dans le cadre de leur entretien.

L'assuré a consulté le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a indiqué à l'OAI en date du 1<sup>er</sup> mai 2015 qu'il estimait que l'expertise établie par le Dr Q. \_\_\_\_\_ était correcte.

Répondant aux questions du SMR, le Dr T. \_\_\_\_\_ a réitéré, en date du 20 août 2015, les diagnostics déjà mentionnés dans son rapport du 20 mai 2015 hormis celui d'hypotension orthostatique, et a ajouté que l'assuré souffrait également d'une tendinopathie discrète du sus-épineux et de lésions de type SLAP antéro-supérieure entraînant une limitation de l'épaule gauche avec douleur aiguë, soignée par physiothérapie. A la question de savoir quelle était la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le cardiologue a répondu qu'il ne l'avait jamais connu travailler.

Dans un avis médical du 7 septembre 2015, le SMR relevait ce qui suit :

« L'absence de pathologie psychiatrique retenue par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son expertise et en conséquence la pleine capacité de travail qui en résulte est corroborée par deux autres médecins psychiatres, consultés à l'initiative de l'assuré (Dr C. \_\_\_\_\_ et Dr O. \_\_\_\_\_). »

Et s'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche, il notait ce qui suit :

« On ne peut donc considérer au vu des éléments au dossier (pas de consultation spécialisée) qu'il s'agisse d'une atteinte incapacitante de longue durée. En tout état de cause avec une épargne de

l'épaule G [gauche] une activité adaptée est exigible à 100 %. Dans l'état actuel du dossier, il n'existe donc pas d'élément médical objectif nous permettant de modifier nos conclusions initiales. »

Reprenant les arguments du SMR, l'OAI a confirmé le refus de prestations dans une décision du 16 septembre 2015.

**B.** M. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 20 octobre 2015, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a pour l'essentiel fait valoir qu'il s'estimait incapable de travailler en raison de ses diverses pathologies, ajoutant souffrir également de troubles obsessionnels compulsifs, de phobies ainsi que de somnolence et il a évoqué des idées suicidaires. Il a contesté la valeur probante de l'expertise, reprenant les arguments exposés devant l'OAI. Il a allégué qu'il n'avait ni la force ni l'énergie de suivre des consultations spécialisées et qu'il n'était pas capable de rester plus d'une heure debout ou assis en raison de douleurs au dos et à la colonne vertébrale. Il s'est enfin prévalu d'une inégalité de traitement avec un bénéficiaire d'une rente AI qu'il connaissait.

Dans sa réponse du 24 mars 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours, se référant à l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ et aux avis du SMR.

Avec sa réplique du 20 avril 2016, l'assuré a produit :

- un certificat médical du Dr C. \_\_\_\_\_ qui indiquait que l'assuré était en incapacité totale de travailler du 21 avril au 30 juin 2015, mais précisait que sa souffrance ne constituait pas un cas pour des prestations AI ;
- des certificats du Dr O. \_\_\_\_\_, selon lesquels l'assuré était en incapacité de travailler à 100 % du 4 mars au 30 avril 2016 ;
- d'autres certificats d'incapacité concernant les périodes du 8 octobre au 30 novembre 2012 et une durée indéterminée à partir du 7 octobre 2013, établis par les Dr T. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ;

- un rapport du physiothérapeute Z.\_\_\_\_\_ daté du 19 avril 2016.

Dans sa duplique du 23 mai 2016, l'OAI a maintenu sa position et produit un avis du 17 mai 2016 du SMR, qui estimait qu'il n'existait aucune pièce médicale nouvelle qui puisse modifier son avis précédent.

A l'appui de sa détermination du 4 juin 2016, le recourant a versé en cause des certificats d'incapacité de travail à 100 % établis par le Dr O.\_\_\_\_\_, qui prouvaient selon lui que les avis du SMR étaient erronés.

Par la suite, le recourant a régulièrement produit des certificats d'incapacité de travailler émanant du Dr O.\_\_\_\_\_.

Le 20 février 2017, il a indiqué une aggravation de ses douleurs au niveau du dos, lesquelles l'empêchaient de rester assis ou debout plus que 30 minutes.

Les arguments des parties seront repris ci-dessous dans la mesure utile.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 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).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation. Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Dans la décision contestée, l'OAI a refusé au recourant le droit à des prestations d'assurance-invalidité, plus particulièrement le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Dans son recours, l'assuré conteste uniquement le refus d'une rente d'invalidité et conclut à l'octroi d'une telle rente. Dans la mesure où le recourant ne remet pas en question le refus de mesures professionnelles, le présent litige porte seulement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**3. a)** 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V

256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. citées).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de

l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**4. a)** En l'occurrence, il ressort des pièces médicales produites que, sur le plan somatique, l'assuré souffre d'accès de tachycardie sinusale et d'extrasystoles, de tension nerveuse, de fatigue anxieuse, d'une sinusite chronique, d'une hernie hiatale par glissement non réductible avec reflux gastro-oesophagien, de tinnitus permanent, d'hypotension orthostatique et qu'il a présenté des diverticulites.

Dans son rapport médical du 4 mars 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé que l'activité d'employé de commerce n'était plus exigible à cause de la fatigue intense présentée par le recourant et de sa lenteur dans tout travail entrepris ; selon lui, la reprise d'une activité adaptée, à temps partiel, pouvait être tentée. Force est de constater que l'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail du recourant n'est étayée par aucun motif objectif et qu'il ne l'a pas confirmée par la suite. En effet, dans son rapport médical du 20 mai 2015, ce médecin n'a pas mentionné d'incapacité de travail relative aux affections qu'il énumère et, dans ses réponses au SMR du 20 août 2015, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, indiquant seulement qu'il ne l'avait jamais connu travailler. En outre, dans son rapport médical du 20 mai 2015, il mentionne que l'assuré n'arrive pas à trouver du travail à cause de ses crises obsessionnelles et de panique, qu'il ne sourit jamais et présente une grande tristesse, ce qui justifierait de lui faciliter l'obtention de l'AI. De telles déclarations démontrent clairement la position très empathique du cardiologue traitant. Les autres médecins n'ont quant à eux prononcé aucune incapacité de travail relative aux atteintes précitées dans leurs rapports médicaux du 26 novembre 2002 pour le Dr H.\_\_\_\_\_ et du 15 novembre 2013 pour le Dr G.\_\_\_\_\_. Enfin, les certificats d'incapacité de travail produits par le recourant en date du 20 avril 2016 ne couvrent que des périodes limitées et ne sont pas du tout motivés, laissant transparaître une approche très empathique des médecins traitants. Cela étant, il se justifie de se rallier à la prise de position du SMR, à savoir qu'il ne semble pas exister de maladie somatique incapacitante dans la mesure

où les crises de tachycardie occasionnelle retenues n'ont pas de réalité organique mais sont liées à l'anxiété du sujet (cf. avis du 4 mars 2015).

Une IRM de l'épaule gauche effectuée le 19 février 2015 a démontré une tendinopathie discrète du sus-épineux et une lésion de type SLAP antéro-supérieure, soignée par physiothérapie et entraînant une limitation de l'épaule gauche avec douleur aiguë, selon le Dr T.\_\_\_\_\_. Aucun des médecins n'a annoncé d'incapacité de travail liée à cette atteinte. Dans son avis du 7 septembre 2015, le SMR exclut, au vu des éléments au dossier et notamment du fait qu'il n'y a pas eu de consultation spécialisée, qu'il s'agisse d'une atteinte incapacitante de longue durée. Il estime qu'avec une épargne de l'épaule gauche, une activité adaptée est exigible à 100 %. En l'absence d'avis médical contraire, il y a lieu de suivre la position du SMR.

**b)** Sur le plan psychique, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics une dépression nerveuse en dents de scie avec troubles obsessionnels et des crises de paniques. Le Dr G.\_\_\_\_\_ soulignait la fragilité psychologique de l'assuré, retenant des troubles de la personnalité et un trouble de l'adaptation. De son côté, le Dr O.\_\_\_\_\_ notait un status clinique sans particularité et observait néanmoins une angoisse chez l'assuré dans le cadre de leur entretien. A l'issue de l'expertise qu'il a réalisée, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu au diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité évitante, de type anxieuse (F60.6).

Le recourant formule de nombreuses critiques à l'égard de cette expertise. Il soutient tout d'abord qu'elle comporte des erreurs, affirmant ne pas être venu seul en voiture au cabinet de l'expert et avoir mal cerné la question qui lui était posée à ce sujet. Même fondée, cette imprécision ne saurait être décisive. En effet, le recourant admet qu'il peut se déplacer de manière autonome, puisqu'il explique dans son recours qu'il lui arrive de prendre seul les transports publics lorsqu'il n'a pas le choix. Le recourant conteste en outre être indépendant pour tenir son ménage, expliquant recevoir de l'aide pour le faire. Cette affirmation

contredit clairement les déclarations qu'il a tenues à l'expert, telles que retranscrites dans le rapport d'expertise, à savoir qu'il tient son ménage et effectue sa lessive, qu'il fait ses courses et prépare ses repas et qu'il se charge lui-même des activités administratives. Cette divergence ne suffit cependant pas, à elle seule, à remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Par ailleurs, il y a lieu de rappeler la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », qui s'applique de manière générale en droit des assurances sociales. Selon celle-ci, en cas de déclarations contradictoires de l'assuré, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'intéressé a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2 et les références citées).

On ne saurait reprocher quoi que ce soit à l'expert en relation avec l'attention et le sérieux mis dans l'établissement de cette expertise, au vu du rapport détaillé, circonstancié et motivé qu'il a remis. S'agissant de la durée de l'entretien et du fait qu'il a été unique, les critiques du recourant ne sont pas pertinentes puisqu'il appartenait à l'expert de déterminer le temps qui lui était nécessaire pour recueillir les éléments dont il avait besoin pour se prononcer. Le recourant juge en outre le rapport d'expertise incomplet et estime ne pas avoir eu l'occasion de s'exprimer pleinement. Il ressort au contraire de ce rapport que ses plaintes ont été entendues par l'expert, qui les a retranscrites en pages 5 et 6. L'assuré ne précise d'ailleurs pas quel élément n'aurait pas été pris en compte.

Le recourant soutient encore que l'expert ne pouvait être impartial dans la mesure où il était payé par l'OAI. Or le seul fait qu'un médecin se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité, comme le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3).

Par conséquent, l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ convainc pleinement, rien ne laissant apparaître que ce spécialiste aurait bâclé son travail comme le prétend le recourant. L'approche est en effet systématique, le diagnostic bien explicité et les conclusions motivées. Il se justifie dès lors d'y accorder pleine valeur probante. Le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs rallié aux conclusions de cette expertise qu'il jugeait correcte.

En ce qui concerne les certificats d'incapacité de travail établis par les Dr O.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, ceux-ci ne sauraient suffire à établir une atteinte psychique invalidante, puisqu'ils ne sont aucunement motivés ni détaillés. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'en tenir compte dans la mesure où ils sont postérieurs à la décision litigieuse. Le juge des assurances sociales apprécie en effet la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références citées).

**c)** Quant aux autres atteintes et limitations dont le recourant indique souffrir (troubles obsessionnels compulsifs, phobie, somnolence, nécessité de devoir alterner les positions assise et debout), force est de constater qu'il n'a produit aucun document médical qui permettrait de conclure que celles-ci auraient une influence sur sa capacité de travail et de gain. L'aggravation de son état de santé qu'il fait valoir dans son courrier du 20 février 2017 n'est pas non plus étayée par un document médical et elle devrait dans tous les cas faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations, étant rappelé que le juge statue au regard de l'état de fait au moment de la décision attaquée.

**d)** Dans ce contexte, les mesures d'instruction requises par le recourant, en particulier l'audition de témoins, n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2; ATF 135 II 286 consid. 5.1).

e) Au vu de ce qui précède, il faut conclure qu'au moment de la décision attaquée, l'assuré ne présentait pas une atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

**5.** Le recourant se prévaut en outre d'une inégalité de traitement avec un bénéficiaire d'une rente AI qu'il connaît et dont il donne les coordonnées, faisant valoir que ce dernier est moins atteint dans sa santé et sa capacité de travail que lui.

Une décision ou un arrêté viole le principe de l'égalité consacré à l'art. 8 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), lorsqu'il établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à régler, ou qu'il omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente. Il faut que le traitement différent ou semblable injustifié se rapporte à une situation de fait importante (ATF 139 I 242 consid. 5.1; ATF 137 V 334 consid. 6.2.1). La question de savoir s'il existe un motif raisonnable pour une distinction peut recevoir des réponses différentes suivant les époques et les idées dominantes. Le législateur dispose d'un large pouvoir d'appréciation dans le cadre de ces principes (ATF 142 I 195 consid. 6.1).

En matière d'assurance-invalidité, les atteintes à la santé et leurs répercussions sur la capacité de travail, telles qu'établies par les pièces médicales, sont déterminantes pour fixer le droit aux prestations. L'assureur social, ou le juge en l'occurrence, se base sur les appréciations et conclusions des médecins (cf. consid. 3b supra), lesquelles sont, de par leur nature, individualisées. Dès lors, le fait pour le recourant d'affirmer qu'il connaît une personne qu'il estime être moins malade que lui et qui toucherait une rente d'invalidité ne lui est d'aucun secours et ne saurait justifier l'octroi de prestations en sa faveur.

**6. a)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'une appréciation correcte des avis médicaux au dossier, que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité.

Le recours doit en conséquence être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Compte tenu de l'octroi de l'assistance judiciaire, les frais, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenu à remboursement des frais judiciaires dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Enfin, le recourant n'obtenant pas gain de cause et ayant du reste agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**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 16 septembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

**IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires.

**V.** 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 :

- M. M. \_\_\_\_\_,
- 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 :