

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 avril 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 al. 1 let. b LAI.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], administrateur de la G._____, a présenté une incapacité de travail à compter du 14 mai 2013.

V._____, assureur perte de gain de l'intéressé, a mandaté le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin qu'il expertise l'assuré. Dans son rapport du 4 octobre 2013, ce médecin a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif (F32.11), actuellement encore d'une intensité moyenne, avec un syndrome somatique. Il a précisé que cet épisode dépressif s'était installé au début de l'année 2013 et était à l'origine de l'incapacité de travail attestée depuis le 14 mai 2013. Il a pour le surplus relevé ce qui suit :

« Malgré la prise en charge médicale et la médication prescrite, la symptomatologie de M. Z._____ s'est à peine améliorée. L'assuré confirme seulement une amélioration de son sommeil ainsi qu'une normalisation de son appétit ce qui lui a permis de regagner le poids perdu au début de cette année. Il présente encore une symptomatologie anxio-dépressive d'une intensité moyenne à sévère avec une forte tendance à la somatisation. Il souffre d'un grand manque de motivation et d'élan vital et présente une forte tendance au retrait social.

Etant donné que la symptomatologie psychique persiste depuis plus de 6 mois, le diagnostic d'un simple trouble de l'adaptation ne semble entre temps plus justifié et les symptômes actuels sont à redéfinir comme un "épisode dépressif".

Considérant cet état fragile, une reprise du travail n'est actuellement pas possible.

La prise en charge psychiatrique doit être intensifiée, même l'intégration dans une structure journalière comme un hôpital de jour semble une option si l'assuré n'arrive pas à reprendre le travail au moins à temps partiel à partir du mois de janvier 2014.

Jusqu'à présent, malgré son état actuel, M. Z._____ passe régulièrement au [...] afin de discuter avec son [...] et afin de régler certains problèmes organisationnels. Etant donné qu'il décrit sa situation sur le lieu de travail comme harmonieuse et plutôt agréable, une reprise progressive à partir du 1^{er} décembre 2013 est exigible, débutant à 30 %. A partir du 1^{er} janvier 2014, une augmentation à 50 % est exigible, l'augmentation par la suite est à évaluer par la psychiatre traitante.

Le pronostic de moyen à long terme semble pourtant très incertain et dépendra essentiellement de l'évolution de la procédure juridique et des conflits familiaux. Dans ce contexte, il est à souligner qu'il s'agit de facteurs non liés à la maladie qui par conséquent ne sont

pas à considérer dans l'évaluation purement médicale dans le cadre de cette expertise. Ce n'est pas le but de cette expertise de se prononcer sur les conflits familiaux et les droits des héritiers. »

Par courrier du 27 février 2014, V._____ a indiqué à l'OAI qu'il avait octroyé à l'assuré des indemnités journalières du 14 mai 2013 au 31 décembre 2013, puis du 1^{er} au 31 janvier 2014, sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 100 %, respectivement de 50 %. Par différents certificats médicaux successifs adressés à V._____, la Dresse S._____, médecin généraliste traitant de l'intéressé, a certifié une incapacité de travail totale du 14 mai 2013 au 5 janvier 2014, puis de 70 % dès le 6 janvier 2014.

L'assuré a déposé le 28 février 2014 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une dépression survenue en février 2013.

Le 26 mars 2014, la Dresse S._____ a fait savoir au médecin conseil de V._____ que son patient présentait actuellement une incapacité de travail de 70 %, l'activité pouvant être exigée d'un point de vue médical étant évaluée à 30 %. L'assuré était suivi par la Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à raison d'une fois toutes les deux semaines.

Dans un rapport du 12 mai 2014 adressé à l'OAI, la Dresse S._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif, actuellement encore d'intensité moyenne, avec un syndrome somatique, depuis le début de l'année 2013. Elle a attesté une incapacité de travail de 100 % du 14 mai 2013 au 5 janvier 2014 et de 70 % à compter du 6 janvier 2014. Elle a ajouté que l'activité exercée était encore exigible à un taux de 30 à 50 %, sans réduction du rendement. La Dresse S._____ a énoncé que l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, sans préciser à partir de quelle date.

Le 20 mai 2014, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que l'assuré, qui avait repris son activité à 30 %, ne s'estimait pas en état de tenter d'augmenter son temps de présence.

Dans un rapport du 27 mai 2014 au médecin conseil de V._____, la Dresse R._____ a indiqué que son patient avait repris le travail à 30 % depuis avril 2014 et que cette capacité de travail pouvait être augmentée, du point de vue psychique, à 50 % dès le mois de juin 2014.

Dans un rapport du 6 juillet 2014 à l'OAI, la Dresse R._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis 2013, ainsi que de trouble de la personnalité anxieuse et évitante (F60.6) et de syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation continue (F10.25), depuis le jeune âge. Elle a attesté une incapacité de travail de 30 % de décembre 2013 au 6 juillet 2014. D'un point de vue médical, l'activité exercée était exigible à un degré de 50 à 70 %, avec un rendement réduit. La Dresse R._____ a indiqué que son patient pourrait être présent jusqu'à 5 heures par jour depuis le 1^{er} juillet 2014. Elle a ajouté que l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, augmentée à 50 % dès juillet 2014.

Par avis médical du 31 juillet 2014, le Dr L._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a relevé qu'il existait une pathologie psychiatrique réactionnelle qui permettait une capacité de travail de 5 heures par jour, soit à un taux de 65 %. Il a énoncé une incapacité de travail durable de 100 % dès le 14 mai 2013, de 70 % dès le 1^{er} décembre 2013, puis de 35 % dès le 1^{er} juillet 2014. Afin de statuer sur l'évolution de l'état de santé, la Dresse R._____ devait être invitée à rendre un nouveau rapport, au mois d'octobre 2014.

Dans un rapport du 17 octobre 2014 à l'OAI, la Dresse R._____ a expliqué que l'état de santé psychique de son patient était stationnaire depuis son rapport du 27 mai 2014. Du point de vue

psychique, la capacité de travail pouvait être augmentée à 50 % depuis le mois de juin 2014. Selon les dires de son patient, c'était son médecin traitant, la Dresse S._____, qui lui délivrait des certificats médicaux attestant une incapacité de travail de 70 %. La Dresse R._____ n'a pu préciser les dates et le taux des arrêts de travail, ceux-ci étant attestés par le médecin traitant. La spécialiste a ajouté qu'au vu de la stabilité de la situation et du refus de son patient d'entrer dans un processus psychothérapeutique, elle le voyait une fois toutes les 6 à 8 semaines, pour avoir un suivi espacé, ainsi que pour juger de la pertinence et de la compliance des médicaments. Elle lui avait proposé d'arrêter le suivi à son cabinet, ce rôle pouvant être parfaitement accompli par son médecin traitant, mais son patient avait insisté pour le garder, expliquant qu'il avait besoin d'avoir une oreille d'écoute.

En l'absence d'éléments clairs permettant à l'OAI de se déterminer sur le plan psychique, le Dr L._____ du SMR a recommandé, par avis médical du 9 novembre 2014, qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre.

Le 22 décembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait mandater le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à cet effet.

Le Dr Q._____ a examiné l'intéressé le 8 avril 2016. Dans son rapport d'expertise du 16 avril 2016, il n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il a posé les diagnostics sans répercussion sur ladite capacité de dysthymie, dépression anxieuse persistante (F34.1) existant depuis 2014 et faisant suite à un épisode dépressif moyen, de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à une utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1) existant depuis des années, ainsi que d'une accentuation de traits de personnalité dépendante et immature (Z73.1) existant probablement depuis l'âge de jeune adulte. L'expert a notamment relevé que l'assuré avait arrêté son suivi chez la Dresse R._____ en été 2015. Il a pour le surplus décrit la situation actuelle de l'intéressé comme suit :

« Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, ni de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Dans le cadre d'une suite de litiges et conflits, d'abord avec son père rabaissant et dénigrant, puis avec sa soeur à cause de l'héritage de son père décédé en 2012, M. Z._____ décrit un épuisement progressif jusqu'à l'incapacité à se rendre à sa place de travail en mai 2013. Depuis, il se plaint de l'absence d'une amélioration de son état et exprime surtout un sentiment "de ras le bol" ainsi que de rancune vis-à-vis de son père décédé, et sa soeur qui prolonge les litiges autour de la succession du père. Dans ce contexte, il décrit des ruminations et des moments d'angoisse, s'accompagnant d'une fatigue persistante ainsi que d'un manque de motivation et d'entrain, laissant penser à un épisode dépressif majeur.

Cependant, M. Z._____ nie la persistance d'un abaissement important de l'humeur mais met en avant sa déception de son père et de sa soeur. Une fois ces injustices exprimées, notamment les litiges l'empêchant d'avancer avec ses projets professionnels, il fait preuve de sa réactivité émotionnelle à des événements agréables. C'est ainsi qu'il se montre souriant, par exemple lorsqu'il aborde le plaisir de s'occuper avec des activités, comme la cuisine, ou de passer des vacances avec son épouse. Authentique quand il aborde son attachement à son épouse et ses enfants, ainsi que son intérêt pour certains films, il décrit des activités sociales, comme des rencontres avec des amis et connaissances pour manger à midi, contrastant avec ses plaintes subjectives. Contrairement à sa description d'un manque d'énergie, il est capable de participer activement à un examen de plus de deux heures, avant de maîtriser des tests cognitifs, sans signe de fatigue après des efforts minimes, ni de diminution importante de l'attention ou de la concentration.

Donnant une description positive de sa personnalité, il nie d'idée de culpabilité ou de dévalorisation, mais met en avant son rôle de victime d'injustices de la part de son père et de sa soeur, dont il se sent harcelé depuis son refus de donner suite à la revendication d'un loyer exagéré de son père, en 2004. Malgré la persistance de cette source de stress entraînant des moments d'angoisse, par exemple la veille de rendez-vous en lien avec ses litiges, il n'exprime pas d'attitude généralement morose ou pessimiste face à l'avenir, mais vit au jour le jour, tout en s'appuyant sur les relations positives avec ses proches. Dans ce contexte, il nie clairement d'idée ou acte auto-agressif et ne décrit que des difficultés d'endormissement périodiques face à des rendez-vous officiels, sans persistance d'une perturbation du sommeil ni de réveil matinal précoce ou de dépression plus marquée le matin. En l'absence d'une diminution de l'appétit, il décrit un poids stable depuis des années et nie de diminution marquée de la libido. Sans ralentissement psychomoteur ou d'agitation psychomotrice marquée, les éléments objectivables de l'examen actuel et de l'anamnèse récente, restent ainsi insuffisants pour retenir toujours un épisode dépressif majeur.

En plus, l'absence de trace de benzodiazépine au dépistage actuel dans l'urine et le taux sanguin du Lexotanil® au-dessous du seuil de détection contrastent avec les déclarations de M. Z._____ concernant des symptômes affectifs l'obligeant à prendre quotidiennement cet anxiolytique. Par contre, ce résultat correspond à l'absence de prise de Lexotanil® depuis au moins 4 jours, tandis

que le faible taux du Valdoxan® peut s'expliquer [par] la courte demi-vie de cette substance. Par ailleurs, le screening de drogues dans l'urine montre déjà un résultat négatif pour les benzodiazépines lors de l'expertise du Dr T. _____ en 2013, qui n'a pas été vérifié par un taux sanguin mais qui paraît étonnant par rapport à la dose de 9 mg de Lexotanil® par jour prescrit à l'époque. Cependant, M. Z. _____ souffre de la persistance d'une dépression fluctuante de l'humeur dont la sévérité est insuffisante, la plupart du temps, pour retenir un trouble dépressif récurrent léger ou moyen. C'est ainsi qu'il décrit lui-même des périodes de quelques jours voire de quelques semaines pendant lesquelles il se sent relativement bien et par exemple capable d'entreprendre avec plaisir des activités, comme des voyages en Espagne et en Thaïlande, en été 2014 et 2015 ou en janvier 2014, 2015 et 2016. Mais la plupart du temps M. Z. _____ se sent fatigué et déprimé. Beaucoup de choses lui coûtent et peu de choses lui sont agréables. Il rumine et se plaint des injustices subies. Face à la confrontation avec les litiges toujours en cours, il dort mal et a perdu confiance en lui. Néanmoins, il reste toujours capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne en s'occupant de ses finances avec son épouse, tout en assurant la gestion de son entreprise où il se rend chaque jour pour l'organisation du travail et pour donner des instructions à ses employés. En parallèle, il entreprend volontiers des promenades et rencontre des amis ou connaissances, en passant ses journées en dehors de la maison, sans diminution de l'énergie nécessitant par exemple une sieste pendant la journée. Ainsi, M. Z. _____ continue de mener une vie autonome et organise ses journées en fonction de ses obligations professionnelles et des activités positives.

Anamnestiquement, cette dépression chronique de l'humeur survient à la suite d'un épisode dépressif en réaction à une accumulation de stress psychosocial à cause des litiges d'abord avec son père puis avec sa sœur depuis 2005. Pour souligner le caractère réactionnel de cet épisode dépressif moyen survenu et diagnostiqué en 2013, le Dr T. _____ estime que le diagnostic d'un "trouble de l'adaptation" aurait dû être posé s'il avait examiné M. Z. _____ plus tôt. Puis l'anamnèse de M. Z. _____ témoigne d'une amélioration progressive de cet épisode dépressif moyen, contrairement aux plaintes subjectives de M. Z. _____. C'est ainsi qu'il peut espacer les consultations chez sa psychiatre, la Dresse R. _____, à des rendez-vous mensuels, fin 2013. Puis il profite à nouveau d'un voyage en Thaïlande en janvier 2014, sans aggravation de ses symptômes, comme typiquement observé chez des patients souffrant d'un épisode dépressif majeur en cas de changement du cadre habituel. En juillet 2014, le rapport de la Dresse R. _____ témoigne d'une nouvelle amélioration, alors qu'elle estime l'état psychique de M. Z. _____ compatible avec 5 heures de travail par jour, correspondant à un taux d'activité de 65 %. Selon son rapport, cette appréciation prend également en considération des problèmes de santé physique, comme des calculs rénaux avec des crises douloureuses et un kyste anal traité par des antibiotiques, sans grand succès, influençant la capacité de travail. Selon son rapport du 17.10.2014, la Dresse R. _____ propose finalement à M. Z. _____ d'arrêter la thérapie à sa consultation vu la stabilité de sa situation et son refus d'entrer dans un processus psychothérapeutique. Cependant, la Dresse R. _____ constate que M. Z. _____ insiste pour garder ce suivi à cause de son besoin d'extérioriser ses émotions. Par contre, cet argument contraste avec

les propos de l'expertisé à l'examen actuel concernant l'absence d'effet bénéfique du suivi avec la Dresse R._____.

Comme il l'arrête peu après la fin de son droit à des indemnités journalières de l'assurance perte de gain, ces incohérences laissent planer des doutes concernant des bénéfiques secondaires, comme des prestations financières, motivant la poursuite des consultations psychiatriques, pourtant très espacées, jusqu'en 2015. En parallèle, le taux sanguin de la Mirtazapine lors de l'expertise du Dr T._____ en 2013, montre un taux insuffisant et M. Z._____ arrête plusieurs traitements psychotropes, tout en limitant les consultations chez sa psychiatre à des rendez-vous mensuels qu'il espace encore au cours de l'année 2014. En parallèle, les examens concernant la prise de benzodiazépines montrent des résultats étonnants par rapport aux doses de Lexotanil® prescrites en 2013 et 2016. Par conséquent, les démarches thérapeutiques contrastent avec la mise à contribution des options thérapeutiques et la souffrance caractérisant un trouble psychique important. Restant capable de gérer son entreprise qui lui verse de nouveau son salaire à 100 % depuis l'arrêt des indemnités journalières en mai 2015, M. Z._____ mène une vie sociale active et fait preuve de capacités correspondant à la reconstruction de ses ressources personnelles. Malgré la persistance d'une dépression chronique de l'humeur, ses symptômes affectifs objectivables selon l'anamnèse et l'examen, ne dépassent ainsi plus le degré de sévérité d'un épisode dépressif léger depuis janvier 2014, ainsi que d'une dysthymie depuis l'été de la même année.

Depuis, M. Z._____ souffre d'une dépression fluctuante et légère de l'humeur caractérisant une dysthymie qui s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une tendance à la subordination de ses besoins à ceux de personnes dont il croit dépendre et une réticence à prendre des décisions autonomes. C'est ainsi qu'il rencontre des difficultés à mettre des limites à son père et sa sœur, en acceptant une situation vécue comme dénigrante et humiliante pendant des années, par exemple lorsqu'il collabore avec son père après la reprise de la société de ce dernier. Utilisant des moyens de défense immatures comme le déni, la projection et l'idéalisation, déjà décrit par le Dr T._____, M. Z._____ fait pourtant également preuve de ressources personnelles lui permettant par exemple de s'opposer finalement à son père en refusant les revendications de ce dernier, en 2004. Puis il lutte pour ses droits vis-à-vis de sa sœur dans le cadre du conflit de succession depuis le décès de son père en 2012. Sans sentiment de malaise quand il est seul, caractérisant une personnalité dépendante, il apprécie des moments de solitude, par exemple lors de ses promenades régulières, tout en menant une vie active dans un cadre psychosocial stable marqué par des relations proches au plan familial et amical. Malgré le vécu douloureux avec son père depuis sa jeunesse, M. Z._____ réussit sa formation professionnelle. Puis il travaille de manière stable comme serrurier ainsi qu'en tant que chef d'entreprise, sans difficulté d'affronter cette responsabilité ni de décompensation nécessitant par exemple une hospitalisation en milieu psychiatrique ou un traitement psychothérapeutique intense en ambulatoire. En parallèle, il s'engage dans une relation conjugale décrite comme harmonieuse depuis des années, fonde une famille et assume son rôle de père, impliquant entre autre la confrontation avec des problèmes d'addiction aux jeux de son fils cadet, comme décrit par la Dresse R._____ en 2014. Authentique lorsqu'il exprime son attachement à ses proches, M. Z._____ affronte ces

difficultés en faisant preuve de ressources d'adaptation, incompatibles avec la persistance d'une perturbation sévère de la constitution caractérologique caractérisant un trouble de la personnalité, selon la CIM-10.

Cependant, le fonctionnement de M. Z. _____ correspond à l'accentuation de traits de personnalité dépendante et immature, qui n'a pas valeur de maladie mais qui maintient la dysthymie de l'expertisé face à la persistance des litiges de succession avec sa sœur. Selon les rapports de son médecin traitant, la Dresse S. _____, cette accentuation de certains traits de personnalité est hypothéquée par une consommation d'alcool à risque depuis environ 20 ans. Survenue indépendamment d'une crise psychique nécessitant un arrêt maladie ou motivant un traitement psychiatrique, lorsque M. Z. _____ mène une vie stable au plan professionnel et privé, cette consommation accrue d'alcool par périodes peut aggraver son accentuation de certains traits de personnalité. Ainsi, elle contribue également aux réactions anxieuses et dépressives face à des situations de stress, comme des rendez-vous en lien avec les litiges toujours en cours.

En revanche, le bilan hépatique effectué par le Dr T. _____ ainsi que le bilan actuel, ne montrent pas de signe de consommation chronique d'une quantité importante d'alcool ni d'une poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences manifestement nocives, comme une atteinte hépatique. En l'absence d'un syndrome de sevrage physiologique sous abstinence, par exemple lors de l'examen actuel, l'anamnèse et les résultats de laboratoire ne montrent pas de difficulté à contrôler l'utilisation de la substance ni de désir compulsif de l'utiliser ou une mise en évidence d'une tolérance aux effets. Sans abandon progressif d'autres sources de plaisir, M. Z. _____ poursuit volontiers des loisirs, comme la cuisine, des voyages et des rencontres avec des amis ou connaissances. Par conséquent, l'anamnèse et l'examen de M. Z. _____ ne montrent pas de syndrome de dépendance, mais correspondent à l'utilisation nocive d'alcool qui contribue à son accentuation de certains traits de personnalité ainsi que sa dysthymie.

De caractère primaire, cette utilisation nocive d'alcool pour la santé n'est pas la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé psychique ou mentale engendrant une incapacité de travail, ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. Dans le cas de M. Z. _____, cette utilisation nocive d'alcool à elle seule ne justifie pas d'incapacité de travail et l'abstinence est exigible afin de lui permettre une amélioration des symptômes affectifs légers de sa dysthymie ainsi qu'une atténuation de ses traits de personnalité dépendante et immature.

Caractérisées par des symptômes légers, ni sa dysthymie, ni son accentuation de certains traits de personnalité ne justifient une incapacité de travail durable depuis l'amélioration d'un épisode dépressif moyen en janvier 2014, comme en témoigne l'anamnèse de l'expertisé. En revanche, son accentuation de traits de personnalité dépendante et immature favorise l'adoption d'un rôle passif de victime face à la persistance du litige avec sa sœur, l'obligeant de reporter la réalisation de projets professionnels, selon ses propres dires. Dans ce cadre, M. Z. _____ met en avant des plaintes subjectives, par exemple concernant une fatigue et

l'absence de motivation ou d'intérêt, contrastant avec des éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen. Sans limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, il continue ainsi à assumer son rôle de chef d'entreprise et poursuit des activités contrastant avec une atteinte à la santé psychique justifiant toujours une incapacité de travail. »

Le Dr Q. _____ a ainsi estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 4 mai 2016, le Dr L. _____ du SMR a énoncé que les conclusions de cette expertise devaient être suivies. En guise de synthèse du cas, il a indiqué que l'incapacité de travail durable était de 100 % depuis le 14 mai 2013, puis de 70 % dès le 1^{er} décembre 2013, puis nulle à compter du 1^{er} janvier 2014. La capacité de travail exigible actuellement dans l'activité habituelle était de 100 %, sans limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 13 mai 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente. L'intéressé avait présenté une incapacité totale de travail dès le 4 [recte : 14] mai 2013. Dès le 1^{er} décembre 2013, la capacité de travail avait été de 30 %, puis de 100 % à compter du 1^{er} janvier 2014. L'assuré n'avait dès lors pas présenté une incapacité de travail durable - d'une année au moins - requise par la loi pour pouvoir bénéficier d'une rente.

Le 2 juin 2016, l'intéressé a fait part de ses observations à l'OAI, en faisant pour l'essentiel valoir avoir été en incapacité de travail durant deux ans, se référant en particulier aux décomptes de V. _____. Il a en outre déploré que l'OAI ne fasse pas référence à l'expertise psychiatrique ordonnée au mois d'avril 2016 et l'a invité à lui en adresser une copie. L'assuré a joint à son envoi les décomptes de prestations de V. _____ pour les mois de mai 2013 à mai 2015. Etaient également annexés différents certificats médicaux de la Dresse S. _____ attestant une incapacité de travail, totale depuis le 14 mai 2013, puis de 70 % dès le 16 décembre 2013, et de 50 % à partir du 15 mai 2015. Etaient aussi

jointe la correspondance de V._____ du 16 mars 2015, selon laquelle son droit à l'indemnité journalière perte de gain serait définitivement éteint le 19 mai 2015, dans la mesure où 730 jours de prestations lui auraient alors été octroyés.

A la requête de l'assuré, l'OAI a transmis le 22 juin 2016 le rapport d'expertise du 16 avril 2016 du Dr Q._____ à la Dresse S._____.

Par décision du 10 novembre 2016, l'OAI a confirmé le refus de rente. Par correspondance du même jour, il a informé qu'il avait pris en compte le rapport d'expertise du 16 avril 2016 du Dr Q._____. Il en ressortait que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2014, raison pour laquelle le droit à la rente lui avait été dénié.

B. Par acte du 5 décembre 2016, Z._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente. Il fait valoir qu'il a été en incapacité de travail à 100 % du 14 mai 2013 au 15 décembre 2013, puis à 70 % du 16 décembre 2013 jusqu'au 18 mai 2015, estimant dès lors avoir bien été malade durant plus d'une année. Avec son recours, il produit les décomptes de prestations de V._____, les certificats médicaux de la Dresse S._____, ainsi que la lettre du 16 mars 2015 de V._____, déjà annexés à son courrier du 2 juin 2016.

Le 6 février 2017, l'OAI propose le rejet du recours, en se référant en particulier au rapport d'expertise du Dr Q._____ et au rapport établi le 4 mai 2016 par le Dr L._____ du SMR.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 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).

b) 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 (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement s'il a présenté une incapacité de travail durable durant une année au moins.

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 et 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Ainsi, le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40 % en moyenne. Ce délai d'une année trouve sa justification dans le but assigné à l'AI qui tend essentiellement à protéger l'assuré contre une diminution durable de la capacité de gain ; l'AI n'est donc en principe pas tenue de couvrir une incapacité de gain passagère (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2021 p. 534). L'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI correspond, chez les personnes qui exercent une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession qu'elles exerçaient jusqu'alors (Michel Valterio, op. cit., n° 2025 p. 536).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. En l'occurrence, le recourant fait pour l'essentiel valoir que son incapacité de travail est supérieure à une année, en se référant aux certificats médicaux établis par son médecin généraliste traitant, la Dresse S._____, ainsi qu'aux décomptes de prestations octroyées par V._____.

Cependant, le seul fait que l'assureur perde de gain ait consenti à servir ses prestations ne permet pas de considérer que l'OAI est tenu de verser une rente. Le constat posé par V._____ relatif à une incapacité de travail du recourant à compter de mai 2013, pour laquelle il a octroyé des indemnités journalières jusqu'en mai 2015, ne lie pas l'assurance-invalidité.

En effet, l'OAI doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance. Se fondant en particulier sur le rapport d'expertise du 16 avril 2016 du Dr Q._____, ainsi que sur le rapport du 4 mai 2016 du SMR, il a retenu que le recourant avait présenté une incapacité de travail du 14 mai au 31 décembre 2013, soit d'une durée inférieure à une année.

Dans son rapport d'expertise du 16 avril 2016, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie, a relevé que l'épisode dépressif moyen survenu et diagnostiqué en 2013 s'était produit en réaction à une accumulation de stress psychosocial en raison de litiges avec son père, puis sa sœur. Ce spécialiste a énoncé que le Dr T._____ avait déjà souligné le caractère réactionnel dudit épisode dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2013. Le Dr Q._____ a noté une amélioration de cet épisode dépressif en janvier 2014. En particulier, l'expertisé avait espacé les consultations chez

sa psychiatre et avait profité d'un nouveau voyage en Thaïlande, sans aggravation de ses symptômes, comme typiquement observé chez des patients souffrant d'un épisode dépressif en cas de changement du cadre habituel. L'expert a relevé que depuis l'amélioration de cet épisode dépressif, ni la dysthymie, ni l'accentuation de certains traits de personnalité ne justifiaient une incapacité de travail durable. Le Dr Q._____ a donc constaté que l'intéressé présentait une capacité totale de travail dès le 1^{er} janvier 2014.

L'expertise du Dr Q._____ a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte de l'appréciation du Dr T._____. De plus, les plaintes du recourant ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert a expliqué de manière détaillée et pertinente les différents éléments l'ayant amené à ses conclusions, qui sont bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour disposer d'une pleine valeur probante. Ses conclusions sont d'ailleurs confirmées par le Dr L._____ du SMR, qui a déclaré s'y rallier, estimant que la situation était claire (cf. rapport du 4 mai 2016).

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à douter desdites conclusions. En particulier, les différents certificats médicaux établis par la Dresse S._____, attestant notamment une incapacité de travail de 70 % dès le 16 décembre 2013 et jusqu'en mai 2015, ne sont pas étayés. En outre, elle n'est pas spécialisée en psychiatrie et psychothérapie. Elle est par ailleurs le médecin traitant du recourant, dont les constatations doivent de ce fait être admises avec réserve (cf. consid. 3c supra). De surcroît, la Dresse R._____, psychiatre, a expressément souligné que la Dresse S._____ délivrait des certificats médicaux attestant une incapacité de travail de 70 %, alors qu'elle-même ne retenait qu'une incapacité de travail de 50 % dès le mois de juin 2014 (cf. rapport du 17 octobre 2014 de la Dresse R._____).

Quant à la Dresse R._____, elle a proposé au recourant d'arrêter le suivi à son cabinet au milieu de l'année 2014, ce qu'il a effectivement fait en été 2015. Cette spécialiste ne s'est pas déterminée de façon claire sur la capacité de travail de l'intéressé. Dans son rapport du 6 juillet 2014 à l'OAI, elle a énoncé que son patient ne présentait, depuis décembre 2013 et jusqu'au jour de la rédaction dudit rapport, qu'une incapacité de travail de 30 % et que l'activité exercée était exigible à un degré de 50 à 70 %. Elle a indiqué que depuis le 1^{er} juillet 2014, le recourant pourrait être présent au travail jusqu'à 5 heures par jour, ce qui équivaut à un taux de 65 %. Toutefois, la Dresse R._____ a ajouté que l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, augmentée à 50 % dès juillet 2014, alors qu'elle a expliqué, dans le même rapport, que son patient présentait déjà au minimum une telle capacité de travail depuis décembre 2013, respectivement qu'il pourrait travailler à un taux de 65 % depuis le 1^{er} juillet 2014. Par la suite, dans son rapport du 17 octobre 2014, elle a énoncé que l'état de son patient était stationnaire et que la capacité de travail pourrait être de 50 % dès juin 2014. L'appréciation de la Dresse R._____, peu claire, ne remet pas en question les constats posés par le Dr Q._____ dans son expertise. En effet, elle ne permet pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr Q._____. Par ailleurs, c'est à la suite du rapport du 17 octobre 2014 de la Dresse R._____ que le Dr L._____ du SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, notant l'absence d'éléments clairs permettant de se déterminer sur le plan psychique (cf. avis médical du 9 novembre 2014).

Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir que le recourant n'avait pas présenté, durant une année, une incapacité de travail de 40 % au moins et, par conséquent, à nier le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 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 10 novembre 2016 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 mis à la charge de Z._____.

- 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 :

- Z. _____
- 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 :