

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Laurency

* * * * *

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 17 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, exerçait la profession de peintre à titre indépendant.

Le 18 mars 2015, l'assuré 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) invoquant une dépression. Il était en incapacité totale de travail depuis le 3 septembre 2014.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a fait verser au dossier un rapport d'expertise psychiatrique établi le 24 août 2015 par le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de son assurance perte de gain en cas de maladie. Ce médecin a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et retenu que l'assuré avait développé une symptomatologie dépressive et anxieuse dans le contexte des difficultés de son entreprise, puis de la faillite de cette dernière aux mois de septembre-octobre 2014. Une reprise de l'activité professionnelle était exigible à 30 % à partir du 5 octobre 2015. La capacité de travail serait ensuite de 60 % à partir du 5 novembre 2015 et de 100 % à partir du 26 novembre 2015. La reprise d'activité devait avoir lieu chez le frère cadet, possiblement à partir du mois de septembre 2015, à titre d'essai et à un taux réduit. Cet essai était bénéfique et devait être encouragé car il constituait l'amorce de la reprise d'un processus professionnel. Sous la rubrique « Discussion et appréciation » figure notamment ce qui suit :

Concernant les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants, la diminution de l'énergie se constate à l'observation clinique directe avec réduction de l'élan vital. Néanmoins, cet aspect reste réduit dans son intensité. Cela a tendance à se vérifier à l'analyse du déroulement du quotidien avec la présence de journées relativement structurée et au cours desquelles plusieurs activités sont conservées (soins corporels, courses, préparation des repas, démarches, rendez-vous médicaux, promenades parfois, prendre un café avec des connaissances, nettoyage, lessive, repassage). Globalement, la réduction de l'énergie doit être qualifiée de légère.

Selon un rapport du 10 décembre 2015 du Dr C._____, médecin traitant et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré était en incapacité totale de travail et ce, de manière durable. Selon le Dr C._____, l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent épisode actuellement sévère sans symptômes psychotiques. Ce médecin expliquait ce diagnostic en raison des états d'hallucinations transitoires que l'assuré avait présentés et qui pouvaient faire référence à un trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques. Il a ajouté qu'il s'écartait des conclusions du Dr K._____, dès lors que le point de vue de ce médecin selon lequel les symptômes tendaient vers une diminution de l'importance et de l'impact de la symptomatologie dépressive ne correspondait pas avec le vécu de l'expertisé et la clinique observée par lui-même en tant que médecin traitant depuis le 13 février 2015 et jusqu'à la date du rapport. De plus, à la suite des conclusions de l'expertise du Dr K._____ retenant une capacité de travail à partir du mois d'octobre 2015, l'assuré avait présenté un état dépressif sévère, toujours en cours. Il avait été profondément déstabilisé et une réunion d'urgence avait dû être organisée avec les membres de son réseau en raison du risque suicidaire notamment. Au vu de l'aspect traumatique de la conclusion relative à la reprise de travail dans un laps de temps très court et l'état dépressif sévère engendré, le Dr C._____ a proposé la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Le dossier a été soumis au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) qui a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique externe (avis du 16 mars 2016). Celle-ci a été confiée au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport d'expertise du 16 novembre 2017, le Dr H._____ a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur, de gravité sub-clinique à légère. La capacité de travail de l'assuré était nulle à partir de septembre 2014. En se référant à l'expertise du Dr K._____, le Dr H._____ a considéré qu'elle était entière au 1^{er} janvier 2016. Il ressort notamment ce qui suit de ce rapport :

5.4 APPRECIATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL SUR LE PLAN DE LA MEDECINE DES ASSURANCES

Au terme de notre appréciation, nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif majeur de gravité sub-clinique à légère, sans autre comorbidité psychiatrique. S'il est habituel de reconnaître une incapacité de travail complète lors d'un épisode dépressif sévère, celle-ci est toujours plus complexe à apprécier lors d'un épisode dépressif moyen. Quand il s'agit d'une symptomatologie dépressive sub-clinique à légère - comme c'est le cas de l'assuré - en général il n'y a pas lieu de retenir une baisse de la capacité de travail. Monsieur U. _____ est bien entouré par son ex-femme, son frère cadet ; il peut nouer des relations avec ses enfants et il a pu faire face à l'AVC dont a été victime son ex-épouse qui a été transportée par la suite en [...].

En appliquant le Mini CIF-TAPP, qui tend à devenir une référence en la matière, on devrait retenir les capacités et incapacités ci-après : l'assuré est autonome, il peut gérer son temps et son agenda. Monsieur U. _____ est capable d'initiatives sans restriction. Il a des journées bien remplies et s'occupe beaucoup de son ex-épouse.

En d'autres termes, sa capacité de travail est complète au plus tard dès le 01.01.2016 si l'on se base sur l'expertise du Dr K. _____ du 24.08.2015, dont nous n'avons aucune raison objective de nous écarter des conclusions.

Dans le cadre de la contestation du projet de décision du 7 février 2018 de l'OAI lui déniait tout droit à la rente, l'assuré a produit un rapport d'expertise du 25 août 2016 du Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, établi à sa demande à la suite de l'expertise du 24 août 2015 du Dr K. _____. Le Dr L. _____ a posé le diagnostic de trouble dépressif dont la sévérité avait fluctué et qui était de degré modéré au moment de l'examen. Ce médecin a conclu à une incapacité totale de travail et expliqué que l'examen neuropsychologique avait été interrompu en raison de pleurs, de manifestations d'angoisse et de difficultés de se concentrer de l'assuré. Les conclusions du rapport sont ainsi libellées :

Discussion:

Lors des entretiens médicaux et neuropsychologiques, l'évidence mène à confirmer le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr C. _____, l'expertisé n'étant même pas à même de passer l'examen neuropsychologique complet en raison de ses pleurs. On peut bien entendu penser à une attitude histrionique, voie de simulation, mais les éléments anamnestiques sont inconsistants pour évoquer ces diagnostics et partent même plutôt en faveur d'un

travailleur consciencieux, effondré de ne plus parvenir à donner le meilleur comme par le passé et peut-être aussi courbé sous le poids du sentiment de culpabilité de ne pouvoir pourvoir mener sa barque aussi bien que par le passé. Les possibles hallucinations relevées par le Dr C. _____ et le Dr K. _____ entre septembre 2014 et février 2015 relèvent probablement davantage d'illusions associées à un vécu persécutoire (l'amenant à se lever pour vérifier que personne ne se soit introduit chez lui), faisant également partie de symptômes psychotiques qui peuvent se manifester lors de phases sévères de la dépression.

En octobre 2014, la faillite de l'entreprise créée de ses mains et la dette de près de 200'000.- suivies du décès accidentel de son frère en juillet 2015 semblent avoir pesé lourd et précipité l'expertisé dans le cycle de phases dépressives de différents degrés. L'atteinte à sa dignité et son identité professionnelle, associée aux limitations que son corps lui inflige - notamment avec le diabète -, la distance avec ses enfants devenus indépendants et sa solitude peuvent avoir été déterminantes dans l'apparition et la chronicisation des troubles.

Aux termes d'un rapport du 22 mars 2018, le Dr C. _____ a réitéré les éléments ressortant de son rapport du 10 décembre 2015, en précisant que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Depuis août 2015, l'assuré était constamment dépressif et anhédonique. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigue, perte d'énergie, troubles du sommeil et de l'endormissement, irritabilité, diminution de la résistance au stress, diminution de la confiance en soi, perte de la confiance en son avenir. La capacité de travail résiduelle éventuellement exigible ne dépassait pas 20 %.

Dans un avis du 10 avril 2018, le SMR a indiqué adhérer aux conclusions du Dr H. _____, lequel avait exposé les raisons de son appréciation différente par rapport aux autres intervenants et étayé ses positions quant aux ressources.

Par décision du 9 août 2018, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. L'OAI a considéré que l'assuré avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 25 octobre 2015. La reprise de l'activité étant possible depuis le 27 novembre 2015, la durée de l'incapacité de travail était inférieure à une année.

B. Par acte du 10 septembre 2018, U. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, puis principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à partir de la fin du délai d'attente et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision. Les conclusions et la motivation du Dr H._____ devaient être remises en cause selon l'assuré dès lors qu'il n'avait pas eu connaissance du rapport du 25 août 2016 du Dr L._____. Ce dernier n'était pas le médecin traitant de l'assuré et aboutissait aux mêmes conclusions que le Dr C._____. L'assuré a ajouté que l'expertise du Dr H._____ n'était pas adéquatement motivée, faute notamment d'explications médicales relatives à l'exclusion du diagnostic de dépression récurrente, avec épisodes sévères, ainsi que du trouble anxieux. Il n'y avait pas non plus de diagnostic opposé à celui retenu par ses confrères, notamment concernant la fluctuation de l'état psychique. L'exigibilité de la capacité de travail et les dates retenues n'étaient pas non plus expliquées. Concernant l'expertise du Dr K._____, l'assuré soutenait qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte au vu de ses suppositions relatives au rétablissement futur de la capacité de travail, qui n'étaient que de simples hypothèses.

Dans sa réponse du 25 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant notamment le caractère probant de l'expertise du Dr H._____ et l'absence d'éléments médicaux objectivement vérifiables dans les autres rapports permettant à l'OAI de modifier sa position.

Par réplique du 5 novembre 2018, respectivement duplique du 22 novembre 2018, les parties ont réitéré leurs arguments et confirmé leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-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 (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais

pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

b) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction

déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

5. a) En l'espèce, on constate qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée le 16 novembre 2017 par le Dr H._____, lesquelles rejoignent pour l'essentiel celles du Dr K._____, selon lesquelles le recourant a présenté au mois de septembre 2014 une décompensation psychique en lien avec la faillite de son entreprise qui a entraîné une incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2015 (rapport du 24 août 2015). Contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr H._____ discute des différents rapports au dossier et explique le diagnostic retenu (pages 18 et suivantes de l'expertise du 16 novembre 2017), notamment concernant la question de la récurrence de l'atteinte et son degré de gravité. Les plaintes du recourant sont examinées et l'anamnèse est complète. Les conclusions sont dûment motivées.

b) Le point de vue des experts ne correspond toutefois pas à celui défendu par le médecin-traitant du recourant, le Dr C._____. Ce médecin met en évidence différentes limitations fonctionnelles (fatigue, perte d'énergie, troubles du sommeil et de l'endormissement, irritabilité, diminution de la résistance au stress, diminution de la confiance en soi, perte de la confiance en l'avenir), que le Dr H._____ mentionne également pour l'essentiel. Les avis de ces deux médecins divergent en revanche concernant l'impact de ses limitations sur la capacité de travail du recourant. Sur la base des constatations tirées du quotidien du recourant, l'avis du Dr H._____ apparaît cependant plus cohérent que celui du médecin-traitant, dans la mesure où il met en évidence l'existence de ressources non négligeables. En effet, le recourant peut assumer toutes ses activités quotidiennes ; il peut investir les relations sociales et familiales avec sa seconde épouse (dont il est divorcé), qu'il voit quotidiennement (il l'a conduit à ses rendez-vous médicaux et fait les commissions). Ces éléments étaient également relevés par le Dr K._____ et ne sont pas contestés par le recourant.

c) Quant à l'expertise réalisée par le Dr L._____, il n'y a pas lieu de lui reconnaître une quelconque valeur probante, dans la mesure où ses conclusions ne résultent pas d'une analyse circonstanciée de la situation - les observations cliniques sont pour le moins ténues -, mais sont presque uniquement déduites de l'interruption de l'examen neuropsychologique et logopédique. De plus, ce médecin fait état de la solitude de l'assuré alors que les Drs H._____ et K._____ relèvent ses relations régulières tant avec sa famille qu'avec des connaissances.

d) Partant, on constate une incapacité totale de travail dès le mois de septembre 2014, l'intimé ayant manifestement retenu par erreur la date du 25 octobre 2015, qui ne ressort d'aucun document. Au vu du délai d'attente d'une année et du dépôt de la demande en mars 2015, le droit à la rente s'ouvre le 1^{er} septembre 2015. La capacité de travail étant entière dès le 1^{er} janvier 2016 (rapport du Dr H._____ du 16 novembre 2017), le droit à la rente s'éteint trois mois plus tard, soit le 31 mars 2016.

6. Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 31 mars 2016.

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'assurance-invalidité 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. 1bis LAI). Quand bien même le présent recours n'est que partiellement admis,

l'entier des frais de justice, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge de l'office intimé, eu égard aux suites qui auraient dû être données à l'expertise du Dr H._____ (consid. 5 *supra*).

c) Par ailleurs, assisté d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 9 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2015 au 31 mars 2016.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à U._____ une indemnité de dépens fixée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour U. _____),
- 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 :