

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 septembre 2020

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Dormond Béguelin et M. Küng, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

---

**Art. 61 let. c LPGA ; 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 27 mai 2015, A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et qui a travaillé, du 1<sup>er</sup> septembre 2001 au 30 septembre 2015, comme mécanicien pour le compte de la société W.\_\_\_\_\_ SA à [...], a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente). Il était à l'arrêt de travail depuis le 15 octobre 2014, en raison d'une atteinte à la santé psychique.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, après s'être vu communiquer le dossier médical de l'assuré constitué par l'assureur perte de gain B.\_\_\_\_\_ (pièce 11) et avoir obtenu le rapport de l'employeur complété le 22 juin 2015 (pièce 13), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré. Dans un rapport du 16 octobre 2015, les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et M.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, à l'Hôpital psychiatrique de la Q.\_\_\_\_\_ d' [...], ont posé les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) et de trouble de l'humeur, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), depuis 2014. Selon l'anamnèse, l'assuré a présenté une décompensation psychique (marquée par un syndrome dépressif et une forte idéation suicidaire) à l'annonce de son licenciement qui a nécessité son hospitalisation à la Q.\_\_\_\_\_, du 15 au 27 octobre 2014. Observant que la situation professionnelle constituait un facteur de stress et d'anxiété, et que l'intéressé ne possédait pas suffisamment de ressources pour imaginer pouvoir reprendre une activité, ces médecins ont attesté une incapacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

Le 30 décembre 2015, l'OAI a pris connaissance du dossier médical actualisé de l'assureur perte de gain B.\_\_\_\_\_ (pièce 28), contenant un rapport d'expertise psychiatrique du 30 juillet 2015 confiée au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Posant le

diagnostic non incapacitant d'épisode dépressif majeur actuellement subclinique à léger, cet expert a décrit une évolution favorable moyennant une prise en charge psychiatrique associée à une médication de Mirtazapine® 30 mg/j. et de Seroquel® 50 mg, ainsi que par le cours naturel des choses, avec la persistance de légers troubles cognitifs (attention, concentration et sommeil perturbés). En l'absence de comorbidité psychiatrique ou de trouble majeur de la personnalité, la symptomatologie était qualifiée tout au plus de légère. Selon l'expert, la capacité de travail était à nouveau entière depuis le 1<sup>er</sup> août 2015. Cette évaluation était disputée par les psychiatres traitants, lesquels convenaient d'une amélioration mais soutenaient qu'en raison de l'appréhension de l'assuré, avec une décompensation sous forme d'angoisses massives avec manifestations physiques, une reprise du travail n'était envisageable qu'à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015 (rapport du 24 août 2015 des Drs V.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_).

Après l'échec d'une mesure de réinsertion professionnelle en atelier de menuiserie progressive à un taux de 50 % (« IP - Proposition de DDP » du 19 février 2016), l'OAI a, par communication du 23 février 2016, informé l'assuré que, compte tenu de son refus de prendre part aux mesures proposées, aucune mesure d'ordre professionnel n'était possible.

Le 17 juin 2016, les psychiatres de la Q.\_\_\_\_\_ ont répondu comme suit à un questionnaire de l'OAI :

1. *Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*  
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0)  
Troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2) avec suspicion de troubles cognitifs secondaires.
2. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*  
En ce qui concerne l'épisode dépressif, nous observons une évolution favorable avec toutefois persistance d'une certaine tristesse, ralentissement psychomoteur, fatigabilité, et troubles de la concentration. Nous avons constaté des troubles mnésiques. Dans ce contexte, nous suspectons la présence de troubles cognitifs chez M. A.\_\_\_\_\_, ce qui pourrait contribuer à ses difficultés à reprendre l'activité. A noter une dépendance à

l'alcool, élément qui est apparu ces derniers temps lors des rencontres avec l'épouse du patient, information que nous n'avions pas eue auparavant. Ces entretiens de couple ont permis également de déceler une conjugopathie ainsi que des idées de jalousie développées dernièrement par le patient, qui filtrent avec le délire, mais que le patient parvient à critiquer par moments.

Enfin, devant le tableau décrit, nous envisageons [d']organiser un bilan psychologique et neuropsychologique, dont nous vous tiendrons au courant dès que nous aurons des résultats.

3. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?*  
50% depuis septembre 2015.
4. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*  
Cf. ci-dessus
5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*  
Troubles cognitifs suspectés associés à une symptomatologie dépressive légère qui persiste.
6. *Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*  
01.09.2015 jusqu'à présent à 50 %.
7. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*  
Traitement psychiatrique intégré fait de séances régulières, avec des entretiens de couple éventuellement.  
Médication : Remeron 45 mg le soir, Seroquel 25 mg 1-0-1, Zolpidem 10 mg 1 cp le soir en réserve, Temesta 1 mg 1 cp en réserve/24 heures. La compliance est bonne.
8. *Autres remarques*  
Nihil."

Le 29 juin 2017, les Drs V. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ont répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

- "1. *Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ? Quelle est la date de sa dernière consultation ?*  
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0)  
Troubles mentaux du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstiné (F10.20) avec persistance des troubles cognitifs.
2. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*  
Traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré fait d'un suivi régulier avec la Dre M. \_\_\_\_\_. Médication :

Mirtazapine 45 mg 1 cpr. le soir, Zolpiderm 10 mg 1 cpr. le soir en réserve, Temesta 1 mg en réserve sous 24 heures, Seroquel 25 mg 1cpr. le matin et 1 cpr. le soir. Le patient prend sa médication 1x/semaine en pharmacie avec semainier.

3. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ? Notamment des angoisses concernant une éventuelle reprise professionnelle ?*  
En novembre 2016, on assiste à l'échec d'une tentative de reprise d'activité dans le cadre du chômage avec rechute anxieuse et dépressive sévère. Nous avons dû donc certifier une incapacité totale de travail. Par la suite il resterait relativement psychiquement stable, notamment car il n'y a plus de pression pour une reprise d'activité. Ce mode de fonctionnement a été constaté depuis le début de la prise en charge : devant toute tentative de reprise d'activité, malgré sa motivation, M. A.\_\_\_\_\_ décompense régulièrement sur un mode anxieux dépressif.
4. *Dans votre rapport de juin 2016, vous mentionnez que vous envisagez de faire un bilan neuropsychologique, pouvez-vous nous communiquer les résultats de ces investigations ?*  
Nous avons fait le nécessaire pour organiser ledit bilan mais la barrière linguistique a empêché de mener à bien ces investigations.
5. *Vous évoquez une dépendance à l'alcool (F10.2), est-elle toujours d'actualité ? Cette consommation d'alcool est-elle secondaire aux troubles dépressifs ou anxieux ? Un sevrage est-il exigible pour restaurer une capacité de travail ?*  
Actuellement, M. A.\_\_\_\_\_ reste abstinente à l'alcool. La consommation précède les troubles dépressifs ou anxieux. Il n'y a pas de nécessité d'un sevrage pour l'heure.
6. *Quels sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement psychiatrique ?*  
Patient qui demeure avec peu de ressources psychiques et intellectuelles y compris la suspicion de troubles cognitifs, le tout motivant une incapacité de travail durable, ce qui se manifeste par des décompensations anxieuses et dépressives devant toute tentative de reprise d'activité (confrontation à ses difficultés).
7. *Pourrait-il bénéficier de mesures de réinsertion à savoir 2 heures par jour, 4 jours par semaine, sans exigence de rendement avec une augmentation progressive adaptée à la charge de travail jusqu'à un taux de 50 % ?*  
Non.
8. *Dans votre rapport du 17.06.2016, vous estimez sa capacité de travail à 50% au 01.09.2015. Quelle est, actuellement, sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ?*  
En effet, l'idée d'une reprise d'activité à 50 % a été discutée à l'époque avec le patient, qui était motivé, mais dans la pratique on a vu par la suite qu'il était incapable de reprendre une activité malgré sa volonté. Pour l'heure, nous reconnaissons une incapacité totale de travail."

Après avoir requis l'avis du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur les renseignements médicaux recueillis (avis du 12 juillet 2017), l'OAI a confié une expertise psychiatrique de l'assuré au Dr N.\_\_\_\_\_, qui a établi son rapport le 21 juin 2018 sans retenir de diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode actuellement subclinique (F33.0). Il a estimé la capacité de travail totale dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Il a expliqué que l'échec de la mesure de réinsertion professionnelle en novembre 2015 ne se justifiait pas sur le plan psychiatrique et que, contrairement aux éléments avancés par les psychiatres traitants pour étayer leurs estimations d'une capacité de travail de 50 %, l'expertisé, non compliant et désormais abstinent à l'alcool, disposait de ressources suffisantes pour retrouver une capacité de travail entière et sans baisse de rendement. En annexe à l'expertise, en sus de résultats d'examen sanguins paracliniques, figure un rapport du 7 mai 2018 adressé à l'expert par les Drs S.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et R.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, du Service de Psychiatrie et Psychothérapie Communautaire de la Q.\_\_\_\_\_ à [...] ; il en ressort notamment l'absence de trouble de la personnalité au sens de la Classification internationale des maladies dans sa dixième version ([CIM-10] ; Rép. 4) ainsi qu'une abstinence à l'alcool depuis plus d'un an (Rép. 6).

Aux termes d'un rapport médical du 5 juillet 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 15 octobre 2014, puis nulle dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015 dans toute activité, conformément aux constatations et conclusions de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 30 juillet 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Selon ses constatations, à l'échéance de délai légal d'attente d'une année, en l'occurrence le 1<sup>er</sup> octobre 2015, l'intéressé bénéficiait d'une capacité de

travail entière, ce qui lui excluait le droit à la rente ainsi qu'aux mesures professionnelles.

A l'appui de ses objections du 4 septembre 2018 à l'encontre de ce préavis, l'assuré a transmis une liasse de certificats médicaux de ses psychiatres attestant d'incapacités de travail variant de 50 à 100 % pour la période courant depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Informant être toujours suivi par les médecins de la Q.\_\_\_\_\_, il demandait à l'OAI un réexamen de son cas.

Par décision du 25 septembre 2018, dont la motivation est identique à celle de son projet du 30 juillet 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assuré. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son préavis reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

**B.** A.\_\_\_\_\_, représenté par Procap Suisse, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 25 octobre 2018 en concluant à sa réforme, en ce sens qu'il a droit aux « prestations légales découlant de la LAI ». Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical ; contestant la valeur probante de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, il se plaignait de la non-prise en compte des avis divergents de ses psychiatres traitants. Annonçant la production d'un « rapport médical détaillé sur son état de santé », il a contesté la capacité de travail entière retenue depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

Dans sa réponse du 4 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise confiée au Dr N.\_\_\_\_\_, estimant que cet

avis expertal tenait en particulier compte de l'évolution dans le temps de la situation médicale ainsi que de son incidence sur la capacité de travail du recourant.

Le 2 mai 2019, en réplique, confirmant ses précédentes conclusions, le recourant a produit un rapport du 18 avril 2019 adressé à son conseil par les Drs S.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. Ce rapport est rédigé en ces termes :

“Maître,

Faisant suite à votre demande de rapport dans le cadre de la procédure concernant le droit aux prestations AI de l'intéressé susmentionné nous nous positionnons comme suit :

Concernant le diagnostic, nous retenons actuellement le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel subclinique, nous notons perte d'énergie, fatigabilité, des troubles de concentration et de mémoire, perte de confiance en soi et une vision pessimiste de l'avenir. Il est vrai, comme le soutient le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son expertise que les deux critères de la lettre B au terme de la CIM-10 ne peuvent être retenus mais nous nous devons de faire remarquer que cette stabilisation de l'état psychique ne peut être retenue qu'en dehors de facteurs de stress exogènes.

En effet, devant toute confrontation à des difficultés nous observons toujours une péjoration de cette symptomatologie comme cela a été le cas lors des tentatives de reprise d'activités dans le passé ou, encore récemment, suite à la perte de son véhicule en raison de problèmes mécaniques. Dès lors nous notons la résurgence d'une symptomatologie anxio-dépressive avec une aboulie, une perte d'énergie avec fatigabilité, des ruminations anxieuses, des difficultés de concentration et de la mémoire, une bradypsychie, des plainte[s] somatiques sous forme de douleurs diffuses essentiellement aux membres inférieurs, une perte de confiance en soi et une vision pessimiste de l'avenir avec réapparition d'idées suicidaires actuellement sans scénario établi.

Pour ce qui est des activités du quotidien à domicile il a été identifié qu'en raison de ses troubles mnésiques M. A.\_\_\_\_\_ ne peut pas remplir ses tâches seul, il rapporte notamment des oublis d'aliments sur le feu, une désorientation lors de sorties même dans des lieux connus, des oublis après peu de temps des courses à ramener et des oublis du lieu où il se rendait. Il est difficile d'associer cela à la symptomatologie dépressive ou à des séquelles de consommation ancienne d'alcool, dès lors nous pouvons imaginer une origine mixte à cela. En 2016 des tests des capacités cognitives et de mémoire ont été planifié[s] au Centre Mémoire de l'Est Vaudois mais ceux-ci n'ont pu aboutir en raison de la barrière linguistique.

Concernant la probable non compliance à la médication relevée lors de l'expertise, il a pu être identifié, depuis, qu'une mauvaise compréhension du semainier par le patient a abouti durant une période longue à la non prise de la médication antidépressive, ce qui a pu être corrigé. Une amélioration transitoire de la symptomatologie a été observée.

Pour ce qui est de l'évaluation fonctionnelle du patient, malgré sa meilleure compliance, nous notons et nous appuyant sur la CIF-Tapp, que M. A. \_\_\_\_\_ est apte à respecter les horaires mais seulement avec le rappel de son entourage familial, que lorsqu'il a plusieurs tâches à effectuer il lui est difficile de les organiser et il aura tendance à se désorganiser et à les oublier, et enfin qu'il présente toujours des difficultés importantes en terme de flexibilité et d'adaptation ainsi qu'une endurance abaissée et des difficultés dans ses déplacements.

Nous notons dès lors que, malgré sa volonté importante de reprendre le travail, il a dans le passé été attesté que, face aux conditions requises pour un emploi sur le premier marché du travail, M. A. \_\_\_\_\_ présentait une péjoration de la symptomatologie anxio-dépressive dans le cadre de son trouble et que nous retenons dès lors une incapacité de travail."

Dans sa duplique du 28 mai 2019, produisant un avis du 23 mai précédant du Dr C. \_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Par acte du 16 août 2019, le recourant a confirmé ses précédentes 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 des prestations d'assurance-invalidité (rente et/ou mesures professionnelles), en particulier l'existence controversée d'une atteinte à la santé invalidante.

**3. a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**b)** 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 (art. 28 al. 1 let. c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**c)** 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).

**d)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, ceci au terme du délai d'attente d'une année, soit le 1<sup>er</sup> octobre 2015, et ne justifie aucune incapacité de travail de longue durée. Cette décision se fonde sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 21 juin 2018 du Dr N. \_\_\_\_\_ (cf. rapport médical du 5 juillet 2018 du Dr C. \_\_\_\_\_).

De son côté, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il fait valoir que les rapports de ses médecins traitants de la Q. \_\_\_\_\_ valent contre-expertise.

La solution du litige revient ainsi à éprouver le caractère probant d'une expertise dont les conclusions fondent la décision entreprise.

**a)** L'expertise psychiatrique confiée au Dr N. \_\_\_\_\_ par l'OAI dans le premier semestre de 2018 n'a pas retenu de diagnostic incapacitant ; sans effet sur la capacité de travail, ce médecin a diagnostiqué un trouble dépressif majeur, épisode actuellement subclinique (F33.0). Ce diagnostic se confondait avec celui retenu trois ans auparavant par le même spécialiste dans le cadre de l'expertise confiée par l'assureur perte de gain B. \_\_\_\_\_, confirmant la bonne évolution observée à l'époque, puis en 2016 par les psychiatres traitants de la Q. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 17 juin 2016). Pour l'expert, l'assuré présentait une capacité de travail totale dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Dans son appréciation de la situation, le Dr N. \_\_\_\_\_ a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise psychiatrique du 21 juin 2018 p. 16 s.) :

"5. DISCUSSION

[...]

5.2. Appréciation diagnostique

D'un point de vue psychopathologique, le dossier en notre possession comprend les diagnostics de *trouble dépressif récurrent, épisode actuellement léger (F33.0)*, *troubles mentaux du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome d'une dépendance (F10.2)* avec suspicion de troubles cognitifs secondaires.

### 5.2.1 Dépression

#### Trouble dépressif

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des *troubles de l'humeur* qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les *troubles bipolaires* et les *troubles dépressifs majeurs* sont les maladies les plus graves. La *dysthymie* et la *cyclothymie* caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules.

La CIM-10 et le DSM-IV-TR ont des critères diagnostiques superposables. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique.

La lettre B mentionne une première catégorie de symptômes. Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3).

A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6) et de la modification de l'appétit (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère.

L'épisode *léger* suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes cités à la lettre B et d'au moins un des symptômes cités à la lettre C pour atteindre au moins quatre symptômes.

L'épisode dépressif *moyen* suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes des critères B et la présence de plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes.

L'épisode dépressif *sévère* requiert la présence des trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes.

La recherche de phases maniaques et hypomaniaques a été particulièrement approfondie, car une bipolarité entraine dans le diagnostic différentiel. Il n'y a pourtant pas d'arguments en ce sens. En l'état, on doit par conséquent réfuter le trouble bipolaire et le trouble bipolaire de type II en particulier.

A terme de notre appréciation, nous nous retrouvons face à un assuré de bon commandement, avec lequel l'entretien se déroule dans un climat convivial. Actuellement, il n'y a pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme, l'assuré investissant sa vie familiale, sociale. Monsieur A.\_\_\_\_\_ a aussi de nombreuses activités extra-professionnelles, autrement dit les loisirs. Le sommeil s'est globalement normalisé, l'appétit s'est stabilisé, il n'y a plus d'anxiété flottante. Nous n'avons pas d'indice en faveur de pensées suicidaires, même non scénarisées. En d'autres termes, nous confirmons la bonne évolution, puisqu'il est évoqué un *épisode dépressif sévère, voire un trouble de l'adaptation* en 2014, depuis l'annonce de son licenciement, puis un *trouble dépressif récurrent léger* en 2016. De notre point de vue, nous n'avons pas d'argument en faveur de la récurrence, en l'absence d'épisode dépressif antérieur. La recherche de phase maniaque et hypomaniaque n'a pas été contributive. Un trouble bipolaire est écarté.

Nous concluons donc à un trouble dépressif majeur, épisode actuellement subclinique (F33.0).

Dans leur rapport du 07.05.2018 des Docteurs S.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant de la Q.\_\_\_\_\_ à [...], il est indiqué que *Monsieur A.\_\_\_\_\_ est abstinent depuis plus d'une année quant à sa consommation d'alcool*, ce qui semble être confirmé par nos examens paracliniques. Autrement dit, le diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool peut être alors récusé et on parle dans ce cas-là d'un trouble de l'alcool en rémission. Les troubles cognitifs relevés antérieurement, lorsqu'il consommait de l'alcool, ne sont actuellement plus au premier plan.

Enfin, nos examens paracliniques indiquent que l'observance au traitement, en l'occurrence, la Mirtazapine 45 mg / jour, est probablement mauvaise, car les valeurs plasmatiques donnent des taux à la limite de la détection.

### 5.3. Analyse de la cohérence

Il existe une bonne cohérence avec l'ensemble du dossier médical, puisqu'en 2016, la symptomatologie dépressive est décrite comme légère. Actuellement, elle est à peine subclinique. Les problèmes d'alcool sont actuellement résolus, comme le confirme le rapport du 07.05.2018 de la consultation psychiatrique de la Q.\_\_\_\_\_. Comme eux, nous ne relevons pas de trouble de la personnalité au sens du CIM-10. Il est évoqué une *efficacité clinique modérée*, qui contraste avec le rapport de 2016. Nous notons néanmoins que Monsieur A.\_\_\_\_\_ a probablement une observance au traitement très relative, peut-être parce qu'actuellement il se sent mieux.

### 5.4. Appréciation de la capacité de travail sur le plan de la médecine des assurances

Au terme de notre appréciation, nous retenons le diagnostic de trouble dépressif majeur actuellement subclinique, sans autre comorbidité psychiatrique, en particulier de trouble de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Retenons que Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne présente pas de critère d'évolution défavorable, autrement dit l'environnement familial et social paraît bon, stable et investi. Il n'y a pas de conflit de couple, ni trouble de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale qui, en général, est un facteur pouvant compliquer l'évolution des troubles psychiques.

La problématique éthylique est aussi résolue, ce qui a certainement contribué à l'amélioration que nous constatons à l'heure actuelle.

En appliquant la Mini CIF-TAPP, qui tend à devenir une référence en la matière, on devrait retenir les capacités et les incapacités ci-après.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne présente manifestement aucune diminution de son endurance, il ne manque pas de capacités adaptatives, gérant toutes ses activités quotidiennes de manière tout à fait adaptée, pouvant restituer son histoire personnelle de façon organisée. Il ne tend d'ailleurs pas à s'isoler. L'assuré n'a aucune difficulté à prendre des initiatives, au vu des informations qu'il donne et qui sont observées lors de cette évaluation. Il développe pleinement des activités sociales et de loisirs dans le monde extra-professionnel.

En d'autres termes, Monsieur A. \_\_\_\_\_ a des ressources conséquentes. Il est donc apte à s'adapter aux règles et routines de sa profession. Rien n'indique qu'il ne soit pas à même de planifier, structurer et organiser son travail au vu de ce qu'il rapporte à ce sujet. L'assuré est donc capable d'apprécier une situation et de prendre des décisions en conséquence. Il n'y a pas de trouble de l'affirmation. Il est autonome, peut se déplacer en voiture. Monsieur A. \_\_\_\_\_ gère tous ses soins quotidiens sans aucune difficulté.

Sa capacité de travail est donc entière. Au vu des documents en notre possession, celle-ci était estimée à 50% dès le 01.09.2015, mais au motif d'une symptomatologie dépressive légère. Notre expertise à la B. \_\_\_\_\_ démontrait à cette période une pleine capacité de travail. La justification, à ce moment-là, d'une baisse de la capacité de travail de 50% n'était pas justifiée par les quelques symptômes qui sont mentionnés : une certaine tristesse, ralentissement psychomoteur, fatigabilité et baisse de la concentration dans le cadre d'une consommation parfois excessive d'alcool, certainement favorisé[e] par l'oisiveté. Depuis lors, l'évolution s'est consolidée par la suite avec l'obtention de l'abstinence éthylique, confirmée par nos examens cliniques.

Dès le 01.09.2015, la capacité de travail est donc entière et sans baisse de rendement.

## 5.5 Proposition de traitement

Au niveau médical, nous n'avons pas de recommandation. Monsieur A.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un soutien mensuel. Retenons que l'observance au traitement est probablement relative et qu'elle devrait être discutée dans le cadre de la relation médecin-malade."

**b)** La manière de procéder de l'expert N.\_\_\_\_\_ s'avère conforme à la jurisprudence récente selon laquelle 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).

Fondant son anamnèse sur l'ensemble du dossier et en particulier sur son expertise de juillet 2015 à la demande de l'assureur perte de gain, il a dressé le constat d'une évolution qui s'est confirmée par la suite, avec une abstinence éthylique. L'expert a dûment motivé ses conclusions, lesquelles sont cohérentes et en parfaite adéquation avec les éléments du dossier. Il a pris le soin particulier de discuter des avis divergents des médecins traitants, alors même que ceux-ci sont peu structurés, fondés sur les plaintes et sans expliciter les facteurs déterminants qui se rapportent pourtant au même diagnostic. S'en tenant à son rôle d'expert, il a distingué les éléments subjectifs de ses propres observations cliniques pour évaluer la capacité de travail. Concluant à l'absence d'atteinte significative à la santé psychique, sans que le diagnostic retenu n'entraîne de limitation fonctionnelle et n'interfère donc avec la capacité de travail, l'expertise ne souffre ni de contradictions ni de défauts manifestes de motivation.

**c)** Le rapport du 18 avril 2019 des psychiatres traitants de la Q.\_\_\_\_\_ établi postérieurement à l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ ne permet pas de mettre en doute les conclusions de celle-ci.

Non structuré autour d'une anamnèse détaillée, ce rapport s'accorde avec l'expert pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel subclinique. De leur côté, les psychiatres traitants fondent leur propre évaluation divergente de la situation sur quelques péjorations ponctuelles de cette affection causées par des facteurs de stress exogènes. Ils ne précisent toutefois ni la fréquence, ni la

durée, ni l'intensité de ces péjorations, pas plus que les moyens thérapeutiques mis en œuvre pour y remédier. De plus, ils n'indiquent pas le cadre nosologique auquel rattacher de tels épisodes. Or, l'anamnèse détaillée de l'expertise de juin 2018 ne met en évidence aucun épisode de décompensations significatives, montrant au contraire une amélioration du status depuis la précédente expertise de l'été 2015. A l'instar de ses confrères de la Q.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 7 mai 2018, l'expert a en outre exclu un trouble de la personnalité susceptible d'expliquer une quelconque fragilité psychique ou une hypersensibilité au stress. Quant aux troubles cognitifs relevés antérieurement, soit à l'époque où l'assuré avait développé une dépendance à l'alcool, ceux-ci ne sont pour l'expert N.\_\_\_\_\_ plus au premier plan. En plus, la résolution de la problématique de l'addiction, comme l'ont eux-mêmes confirmé les Drs S.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 7 mai 2018, constitue un argument supplémentaire pour cette appréciation. N'apportant aucun élément nouveau au regard de ceux ressortant déjà des précédents documents médicaux de la Q.\_\_\_\_\_ et posant à son tour le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel subclinique, l'avis divergent d'avril 2019 des Drs S.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, vraisemblablement enclins à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. consid. 3e supra), paraît procéder d'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical. A l'exception de ses propres allégations, l'intéressé ne fait par ailleurs mention d'aucun élément objectivement vérifiable, ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour étayer ses allégations.

**d)** Des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 21 juin 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_, il ressort qu'affecté d'un trouble dépressif majeur, épisode actuellement subclinique (F33.0), sans autre comorbidité psychiatrique, le recourant bénéficie d'une capacité de travail totale, sans diminution de rendement, ceci dans toute activité, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. En l'absence d'atteinte à la santé incapacitante au terme du délai d'attente légal d'un an, en l'occurrence le 1<sup>er</sup> octobre 2015, c'est donc à juste titre que l'OAI a refusé toute prestation.

**5. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 25 septembre 2018 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 d'A.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap Suisse (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :