

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2016

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche, juge, et Mme Silva, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Stefano Fabbro, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 à 8, 17 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955 et titulaire d'un diplômes d'ingénieur HES en électronique, travaillait en qualité d'informaticien à 60 % auprès de la société X._____ SA, le reste de son temps étant consacré à des mandats d'enseignement dans différentes écoles. X._____ SA a résilié son contrat de travail pour le 31 mars 2008 suite à une restructuration de l'entreprise.

Souffrant depuis l'année 2006 de dépression, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à 50 % dès le mois d'août 2007, puis à 70 % depuis octobre 2007 selon les certificats médicaux de son psychiatre traitant, la Dresse D._____.

Le 6 mai 2008, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans son rapport médical du 26 mai 2008, la Dresse D._____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Suite à un événement de vie douloureux, le patient avait développé un épisode dépressif grave avec idéations suicidaires ; la symptomatologie dépressive s'était atténuée depuis lors, mais l'assuré avait progressivement présenté des symptômes déficitaires avec perte importante de motivation et de fonctionnalité, une dépendance importante à l'entourage ainsi qu'une perte d'initiative, qui permettaient l'exercice de son activité habituelle à 30 % seulement depuis le 1^{er} octobre 2007.

Une expertise psychiatrique a été diligentée par l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'assuré. Dans son rapport du 5 mai 2008, la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé comme diagnostic un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), entraînant une perte de rendement de l'ordre de 20 à 30 % dans un emploi à plein temps.

Le médecin traitant de l'assuré, le Dr W._____, a indiqué dans un rapport du 8 juin 2008, que celui-ci présentait un état dépressif moyen (F32.21) avec trouble panique (F41.0) depuis avril 2006.

L'OAI a mis en place une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un entraînement à l'endurance du 1^{er} juillet au 1^{er} octobre 2008.

Dans un rapport médical du 20 mars 2009, la Dresse D._____ indiquait que l'assuré présentait des troubles de l'humeur persistants (F34), un trouble de la personnalité de type dépendant (F60.7) et des troubles liés à l'entourage immédiat (Z63.5). Il avait pu reprendre une activité professionnelle à environ 50 % depuis décembre 2008 et une reprise à 60 % dans les six mois était envisagée, l'assuré étant toutefois limité dans sa capacité de concentration, d'adaptation et de résistance.

Par communication du 6 avril 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était alors possible en raison de son état de santé.

Dans un avis du 6 avril 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a jugé opportun d'instruire davantage la situation médicale compte tenu des avis médicaux divergents, avant de se raviser le 30 avril 2009 et d'estimer, sur la base de l'expertise psychiatrique du 5 mai 2008, que l'assuré avait présenté une capacité de travail de 30 % dès le 1^{er} octobre 2007 et présentait une pleine capacité de travail depuis le 6 mai 2008 avec une baisse de rendement de 30 %.

Le 23 juin 2009, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. Suite aux objections de l'assuré, qui estimait que son cas nécessitait des investigations médicales supplémentaires, l'OAI a repris l'instruction de la demande.

Dans un avis du 11 février 2010, le SMR a admis une aggravation de l'état de l'assuré depuis l'expertise, compte tenu du rapport médical de la Dresse D. _____ du 20 mars 2009. L'incapacité de travail s'élevait donc à 30 % du 6 mai 2008 à novembre 2008, à 50 % de décembre 2008 au 20 septembre 2009 et à 40 % depuis le 20 septembre 2009.

Par courriers des 17 juin 2009 et 5 juillet 2010, l'assuré a communiqué à l'OAI un extrait de l'inscription, en date du 11 mars 2008, de son entreprise individuelle au registre du commerce ; il a indiqué travailler en qualité d'indépendant et effectuer quelques heures d'enseignement chaque mois.

Le 15 mars 2012, la Dresse D. _____ a mentionné que l'état de l'assuré restait fluctuant et permettait une activité lucrative à 70 %. Il présentait des difficultés relationnelles et dans la gestion de ses émotions, un pragmatisme, des difficultés liées aux tâches administratives ainsi que pour maintenir l'hygiène personnelle. Il lui était difficile d'être autonome dans les autres activités de la vie quotidienne, de maintenir un rythme diurne/nocturne et d'organiser son temps. Des phases de décompensation apparaissaient périodiquement. Ses capacités de concentration, d'organisation et d'adaptation au changement étaient limitées et il ne pouvait exercer une activité exigeant une grande autonomie.

Dans un rapport complémentaire du 13 août 2012, la Dresse D. _____ précisait que la capacité de travail de l'assuré avait évolué de 50 à 70 % de septembre 2009 à ce jour, que son état de santé était demeuré inchangé depuis mars 2012 et qu'il exerçait désormais uniquement une activité indépendante. Elle estimait qu'avant sa maladie, il travaillait à 130 %.

L'OAI a établi un rapport d'enquête économique le 18 juin 2013, dans lequel il a constaté l'impossibilité, d'une part, de comparer les revenus de salarié de l'assuré avec ceux d'indépendant, dès lors que les

modes de rémunérations n'étaient pas identiques, et, d'autre part, de chiffrer un revenu d'indépendant sans atteinte à la santé. Il en concluait que l'approche la plus pragmatique était de considérer que les incapacités de travail se confondaient, dans la situation de l'assuré, avec l'invalidité.

Dans un projet de décision du 22 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui allouer un quart de rente du 1^{er} juin au 31 août 2009, une demi-rente du 1^{er} septembre au 31 décembre 2009 et un quart de rente du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2012.

En réponse à ce projet, l'assuré a produit deux rapports médicaux de son psychiatre traitant, la Dresse D._____, datés des 2 septembre 2013 et 22 janvier 2014, dans lesquels celle-ci confirmait le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.1) et estimait que la capacité de travail de l'assuré évoluait entre 30 et 60 % de sa capacité antérieure. Son état restait fluctuant, avec une rechute en février 2013, lors de laquelle il avait présenté une anhédonie sévère, des idées de mort, un sentiment de culpabilité et une mauvaise estime de lui-même, en plus de troubles du sommeil constants. Il avait alors presque complètement cessé son activité professionnelle. Globalement, sa situation s'était aggravée entre août 2012 et août 2013, avec une négligence de sa propre santé, de ses affaires administratives et professionnelles, atteignant la quasi faillite personnelle.

Dans un avis médical du 7 février 2014, le SMR retenait ce qui suit :

Bien que le psychiatre de l'assuré écrive dans ses RM [rapports médicaux] des 2 septembre 2013 et 22 janvier 2014 que l'état de santé s'est aggravé et que la CT [capacité de travail] théorique fluctue depuis lors entre 30 % et 60 %, il atteste de façon constante une IT [incapacité de travail] de 50 % à l'APG [assurance perte de gain] (25 juin 2009 et 14 octobre 2013).

Il n'y a donc aucun élément médical objectif nous permettant de retenir une aggravation durable de l'état de santé psychique en février 2013. Il semble donc que nous soyons dans un cas d'appréciation différente d'une situation similaire.

Un avis juriste de l'OAI du 20 février 2014 retenait au contraire qu'on ne pouvait soutenir qu'il n'y avait pas d'élément médical objectif en

faveur d'une aggravation sur la seule base de la « contradiction » avec l'incapacité de travail attestée pour la perte de gain.

Eu égard à ces éléments, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 7 octobre 2014, l'expert a retenu le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.0), et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de personnalité dépendante (F60.7) ; il a estimé que l'incapacité de travail s'élevait depuis le mois de juin 2012 à 20 % et que la concentration et les troubles de la mémoire de l'assuré, plutôt légers, pouvaient provoquer des difficultés au niveau de l'apprentissage. Il a notamment mentionné ce qui suit :

Relevons que lors de l'examen, l'assuré ne s'est pas montré collaborant, présentant une certaine méfiance envers l'expert et ne comprenant pas non plus l'attitude de l'AI. Il s'est énervé à plusieurs reprises quand j'ai voulu en savoir davantage sur ses activités journalières. Il n'a pas voulu entrer dans les détails et je suis resté sans savoir exactement ce qu'il fait. Il dit ne pas pouvoir se concentrer et avoir des troubles de la mémoire, mais il a tout de même été capable de venir en voiture depuis [...], il arrive quand même à regarder la télévision et à aller chez les clients, mais j'insiste sur le fait que je n'ai pas réussi à connaître le pourcentage de son activité ni ce qu'il fait en dehors de son travail, car il a carrément refusé de me répondre.

Au moment de l'entretien, j'ai retenu des difficultés au niveau de la concentration et de la mémoire récente, d'un degré plutôt léger, qui n'empêchent pas l'assuré de conduire, ni d'avoir un discours cohérent et de suivre le fil de la conversation.

J'aurais souhaité en savoir davantage sur le suivi psychiatrique effectué depuis quelques années par la psychiatre qui voit l'assuré une fois tous les quinze jours, mais elle n'a pas vraiment répondu à mes questions, me renvoyant le dernier rapport qu'elle avait adressé à l'OAI.

J'aurais souhaité savoir quelle était l'évolution de la symptomatologie dépressive depuis quelques années, car un trouble dépressif est mentionné, mais sans préciser les signes et symptômes cliniques.

J'ai eu le soupçon pendant l'entretien d'une consommation d'alcool qui pourrait être responsable des légères difficultés au niveau de la concentration et de la mémoire, mais selon le dosage plasmatique, les enzymes hépatiques sont dans la norme et la CDT (Carbohydrat Deficient Transferrin) est à 1,07. Signalons qu'il faut un résultat de >

2,50 pour signifier une consommation de plus de 60 grammes d'éthanol par jour durant plus de deux semaines. L'éthanol était également négatif.

Soulignons que dans le dosage plasmatique, le *Cipralex* est dans l'intervalle thérapeutique, ce qui montre que l'assuré est compliant.

En tenant compte des documents médicaux figurant au dossier médical, du fait que pendant l'entretien j'ai retenu une tristesse et une humeur plutôt légèrement dépressive, avec des troubles de la concentration et de la mémoire des faits récents plutôt légers, ainsi que des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, et tenant compte aussi de l'évolution de ces symptômes, j'ai retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent mais plutôt léger. Signalons que selon la CIM-10, le trouble dépressif récurrent est un trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et de l'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie.
[...]

Bien qu'il soit difficile de pouvoir dire avec exactitude quelle était l'exigibilité médico-théorique de l'assuré depuis la décision du 30.06.2012, compte tenu des éléments figurant dans le dossier et des dires de l'assuré, ainsi que de l'impression clinique de l'expert, nous pouvons dire que les signes et symptômes d'un trouble dépressif récurrent étaient présents, mais à un degré plutôt léger. A signaler que depuis 2013, l'assuré a fait appel à un comptable qui l'aide dans ses finances.

Les signes et symptômes d'un trouble dépressif présentés depuis juin 2012 semblent correspondre à une incapacité de travail de 20 %.

Signalons que l'assuré présente une personnalité dépendante. Rappelons que selon la CIM-10 la personnalité dépendante se caractérise par :

- Le fait d'autoriser ou d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place.
- Une subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont on dépend et une soumission exagérée à leur volonté.
- Une réticence à faire des demandes, même justifiées, aux personnes dont on dépend.
- Un sentiment d'impuissance lorsque la personne est seule en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seule.

J'ai cru comprendre que l'assuré vit seul et qu'il vit mal sa solitude et la séparation d'avec sa dernière compagne, ces facteurs pouvant expliquer la persistance de signes et symptômes d'un trouble dépressif.

Le pronostic reste réservé étant donné la présence du trouble dépressif depuis quelques années et l'âge du patient.

Suite aux questions complémentaires du SMR, le Dr R. _____ a précisé, le 18 novembre 2014, qu'il aurait été plus exact de mettre le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger sous la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Il expliquait s'être éloigné des conclusions du médecin traitant de l'assuré car son appréciation clinique était différente et qu'il n'avait pas pu objectiver des signes cliniques d'une aggravation depuis 2012.

Dans un avis médical du 26 janvier 2015, le SMR a estimé ne pas avoir de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise.

Dans un courrier adressé à l'assuré le 5 mai 2015, l'OAI a considéré qu'il n'existait aucune aggravation de l'atteinte à la santé de l'assuré et que son incapacité de travail était de 20 % depuis juin 2012.

L'assuré a répondu, en date du 22 mai 2015, que son psychiatre traitant avait envoyé un rapport médical complet en désaccord avec le rapport d'expertise.

Par décision du 18 septembre 2015, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision, à savoir que l'assuré avait droit à un quart de rente du 1^{er} juin 2009 au 31 août 2009, à une demi-rente du 1^{er} septembre 2009 au 31 décembre 2009 et à un quart de rente du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2012, la rente étant supprimée dès cette dernière date. Il retenait les éléments suivants :

Depuis le 1^{er} octobre 2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 1^{er} octobre 2008, vous présentiez une incapacité de travail et de gain de 30 %.

Le degré d'invalidité de 30 % n'ouvrait pas le droit à la rente.

Suite à l'aggravation de votre état de santé, dès le 1^{er} décembre 2008, vous avez présenté une incapacité de travail et de gain de 50 % dans toute activité jusqu'au 20 septembre 2009.

Le degré d'invalidité antérieur de 30 % nous permet de procéder à un calcul d'invalidité moyenne. En tenant compte de 6 mois à 30 % et de 6 mois à 50 %, nous constatons que vous présentiez une invalidité moyenne de 40 % dès le 1^{er} juin 2009.

Le droit à un quart de rente est donc ouvert dès cette date.

Trois mois après l'octroi du quart de rente soit dès le 1^{er} septembre 2009, le degré d'invalidité s'élevait à 50 %.

En raison d'une amélioration de votre état de santé dès le 20 septembre 2009, vous présentiez une incapacité de travail et de gain de 40 % dans toute activité.

Trois mois après l'amélioration du 20 septembre 2009, soit au 1^{er} janvier 2010, le degré d'invalidité s'élevait à 40 %.

A partir du 15 mars 2012, suite à une nouvelle amélioration de votre état de santé, vous présentez une incapacité de travail et de gain de 30 %.

Ce degré d'invalidité n'ouvre plus le droit à une rente.

Enfin, et conformément à la dernière expertise réalisée, votre degré d'invalidité n'est plus que de 20 % dès le mois de juin 2012.

B. Par acte adressé à l'OAI le 9 octobre 2015, transmis au Tribunal cantonal le 15 décembre 2015 et complété en date du 12 janvier 2016, l'assuré a formé recours devant la Cour de céans, en concluant principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2012 et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire. A l'appui de son recours, l'assuré a estimé qu'il convenait de nier toute valeur probante à l'expertise du Dr R. _____ et, partant, de se référer aux constatations rapportées par la Dresse D. _____, selon lesquelles il avait toujours été en incapacité de travail d'au moins 50 % depuis l'été 2012. Il a produit trois rapports médicaux de son psychiatre traitant :

- un rapport daté du 14 août 2012, dans lequel elle indiquait que l'assuré présentait des épisodes dépressifs une à deux fois par an et que l'incapacité de gain était de 50 % depuis 2010 ;
- une « carte maladie » adressée à l'assureur perte de gain, attestant d'une incapacité de travail à 50 % du 1^{er} janvier 2012 au 22 avril 2015 ;
- un rapport médical du 19 août 2015, dans lequel elle mentionnait que l'assuré subissait un épisode de rechute dépressive environ une fois par année et que son incapacité de travail s'élevait à environ 50 %.

Dans sa réponse du 15 février 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, estimant que les documents produits n'étaient que de brefs certificats et rapports médicaux.

Le 9 mars 2016, le recourant a maintenu les conclusions de son recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve des dérogations expresses prévues (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'occurrence, le recours a été interjeté dans le respect du délai légal auprès de l'OAI, qui l'a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence. Dans la mesure où il a été complété par mémoire du 12 janvier 2016, dans le délai imparti par le juge instructeur, il respecte également les autres conditions

de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} juillet 2012, singulièrement le degré d'invalidité qu'il présente depuis cette date. Le recourant ne conteste en revanche pas son droit à la rente, respectivement son degré d'invalidité, pour la période antérieure.

3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. également ATF 133 V 545) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et les références ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence).

c) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

4. En l'occurrence, le recourant reproche à l'office intimé d'avoir privilégié les conclusions de l'expertise du Dr R._____ par rapport à l'appréciation de son psychiatre traitant, la Dresse D._____.

a) Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Dr R._____, au motif que ladite expertise consiste majoritairement en un

résumé de son dossier AI, qu'elle expose brièvement ses plaintes sans les détailler et que l'entretien avec l'expert n'a duré qu'une quinzaine de minutes. On ne saurait reprocher à l'expert d'avoir mentionné les éléments principaux du dossier AI de l'assuré dans son rapport d'expertise puisqu'il était précisément censé se prononcer en pleine connaissance du dossier. S'agissant des plaintes de l'expertisé, celles-ci sont mentionnées sous le chiffre 2 et l'expert relève également la tristesse exprimée par le recourant, ainsi que ses fluctuations, dans la partie concernant le statut clinique. Le recourant se plaint d'une absence de détails à cet égard, mais n'indique toutefois pas quels éléments n'auraient pas été pris en compte. En outre, il sied de relever le manque de collaboration dont il a fait preuve durant l'entretien, relevé à plusieurs reprises par l'expert, lequel a indiqué que le recourant ne répondait pas toujours à ses questions d'une manière claire et refusait d'entrer dans les détails. Ayant lui-même contribué à écourter l'entretien, le recourant est malvenu de critiquer la durée de celui-ci. En outre, le rapport d'expertise ne mentionne pas le temps consacré à l'entretien avec le patient et il appartenait en tous les cas à l'expert de déterminer le temps qui lui était nécessaire pour recueillir les éléments dont il avait besoin pour se prononcer.

Le recourant estime également que le statut clinique de l'expertise est peu précis, qu'il y est fait mention de sa capacité de conduire, laquelle n'est pas pertinente, ainsi que de nombreux symptômes étrangers à la pathologie dont il souffre. Selon lui, l'expert retient un diagnostic sur la base d'informations très sommaires et ne motive pas ses conclusions. Il faut cependant relever que l'expert s'est référé à la capacité de conduire du recourant en relation avec sa capacité de concentration et que l'ensemble des symptômes retenus, respectivement absents, ont permis à l'expert de poser un diagnostic, lequel s'est d'ailleurs révélé être identique à celui du médecin traitant. Quant à la motivation des conclusions, force est de constater que l'expert expose précisément les éléments pris en compte dans son appréciation, sous chiffre 5. Il apparaît effectivement que certaines informations n'ont pas pu être recueillies, mais ceci en raison du manque de collaboration du

recourant, de sorte que ce dernier ne saurait valablement reprocher quoi que ce soit à l'expert à ce sujet.

Par ailleurs, le fait que le SMR a interpellé l'expert au sujet de ses conclusions - qui s'éloignent de l'avis du médecin traitant - n'est pas un élément susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise, d'autant moins que le Dr R. _____ a expliqué, dans sa note du 18 novembre 2014, que son appréciation clinique était différente de celle du médecin traitant et qu'il n'avait pas pu objectiver des signes cliniques d'une aggravation depuis 2012. On peut encore rappeler à cet égard la difficulté que l'expert a eue pour réaliser l'expertise compte tenu du manque de collaboration du recourant.

Les critiques formulées par le recourant à l'encontre de l'expertise sont dès lors mal fondées. L'expert s'est prononcé de manière circonstanciée sur les points litigieux importants et a décrit clairement le contexte et l'appréciation médicale, de sorte que son rapport d'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels en matière probante.

b) Les rapports établis par la Dresse D. _____ ne permettent pas de remettre en cause le point de vue de l'expert. Ceux-ci sont en effet sommaires et peu précis, voire contradictoires. Dans son rapport du 13 août 2012, elle fait état d'une évolution de l'ordre de 50 à 70 % de la capacité de travail du recourant depuis septembre 2009 et d'une capacité de travail inchangée depuis son dernier rapport de mars 2012, dans lequel elle la fixait à 70 %. Or, dans son rapport médical du 14 août 2012, adressé à l'assureur perte de gain, elle indique que l'incapacité de gain est de 50 % depuis 2010. Dans ses rapports des 2 septembre 2013 et 22 janvier 2014, la psychiatre traitant mentionne une rechute dépressive survenue en février 2013, ayant entraîné chez le recourant la cessation presque complète de son activité professionnelle, ainsi qu'une aggravation de la situation en août 2013, atteignant la quasi faillite personnelle. Néanmoins, dans les « cartes maladie » adressées en mai 2013 et avril 2015 à l'assureur perte de gain, elle atteste d'une incapacité de travail de 50 % depuis janvier 2012, incapacité notamment confirmée en dates des 6

et 19 février 2013 ainsi que du 20 mars 2013. Par ailleurs, la Dresse D. _____ a refusé de répondre aux questions posées par l'expert et ne s'est à aucun moment exprimée sur la teneur de l'expertise.

c) Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise, selon lesquelles la capacité de travail du recourant n'est restreinte que de 20 % depuis le mois de juin 2012. Ce constat rend par ailleurs superflue la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, telle que requise par le recourant.

5. a) En conséquence, le recours 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. 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 18 septembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Stefano Fabbro (pour le recourant),
- 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 :