

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 janvier 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

K. _____, à [...] (FR), recourant, représenté par Me Antoine Campiche,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et titulaire d'un certificat fédéral de capacité de dessinateur en bâtiment, a travaillé dans son domaine d'activité, puis en qualité de gérant d'immeuble au sein de diverses sociétés immobilières jusqu'en 2012.

Par demande du 21 août 2017, il a sollicité des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 13 août 2012 en raison d'un burn-out/dépression.

En parallèle, par rapport du 13 décembre 2012, le Dr B._____, médecin traitant, a posé le diagnostic d'état dépressif type « Burn out » et indiqué que l'assuré était en incapacité de travail totale dès le 13 août 2012.

L'assureur perte de gain de l'assuré a mis en œuvre une expertise. Le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise le 22 janvier 2013. Après avoir notamment indiqué n'avoir pas pu joindre le Dr B._____, médecin traitant de l'intéressé, le Dr P._____ a considéré ce qui suit (*sic*) :

« I. ANAMNESE

L'expertisé est né en [...] à [...]. Il ne signale pas d'antécédents de maladies dans ses ascendants, mais signale qu'un de ses fils souffre de psychose.

L'expertisé a été victime dans l'enfance d'un accident, avec fracture du fémur, qui a nécessité 9 mois et demi d'hospitalisation. Son développement psychomoteur a cependant été tout à fait dans la norme.

L'expertisé a effectué ses études primaires et secondaires, puis s'est orienté dans le domaine du dessin en bâtiment. Il a obtenu son CFC, puis a travaillé dans son domaine d'activité jusqu'en 1978. L'expertisé a par la suite changé d'orientation professionnelle et

exercé comme gérant d'immeubles dans différentes sociétés, jusqu'à la période actuelle.

M. K. _____ est marié depuis [...]. Le couple a deux enfants, nés en [...] et [...].

M. K. _____ a été confronté à un diagnostic de cancer de la bouche en 2004. Il a subi une intervention chirurgicale et garde des séquelles cicatricielles au niveau de l'hémi-mâchoire droite.

L'expertisé a été engagé par l'entreprise [...] SA en juillet 2009. Il signale avoir accepté une baisse de son salaire en échange d'une position de sociétaire.

M. K. _____ explique avoir travaillé à satisfaction au début de son engagement dans cette société. Cependant, en 2011, le dirigeant de la société a engagé son amie à titre de collaboratrice. Selon M. K. _____, il a été astreint à obéir à celle-ci, beaucoup plus jeune que lui et, selon lui, peu pertinente dans son travail. Différents conflits ont éclaté et l'expertisé pense avoir été victime de harcèlement. Finalement, il a été informé fin juin 2012 de son licenciement prévu pour le 31 août 2012.

Dans la nuit du 13 août 2012, l'expertisé a présenté d'importants saignements de nez. Il a été brièvement hospitalisé, puis pris en charge par son médecin traitant. Celui-ci a prononcé un arrêt de travail à 100 %. Par la suite, l'état psychique de l'expertisé s'est dégradé. Il a présenté des insomnies et une importante perte de motivation et d'intérêt. Il s'est senti angoissé, fatigué et incapable de reprendre son activité. Son arrêt de travail a été prolongé et son médecin traitant a prescrit un traitement antidépresseur et anxiolytique.

Actuellement, l'expertisé est toujours en arrêt de travail à 100 %. La date de licenciement définitif semble être le 31 novembre 2012, mais l'expertisé dit ne pas être informé.

II. STATUS PSYCHIATRIQUE

a) Mes constatations durant l'examen

L'expertisé est un homme de presque [...] ans, de présentation sans particularités, qui arrive à l'heure à l'examen et y participe volontiers.

L'expertisé présente une déviation de la bouche et une cicatrice séquellaire de son intervention chirurgicale de 2004. Il s'exprime avec calme et clarté.

Les facultés intellectuelles apparaissent conservées dans leurs différentes modalités. Je n'ai pas constaté de ralentissement du cours de la pensée. La mémoire est conservée, tant pour le court que pour le long terme.

La mimique et l'attitude sont révélatrices d'une certaine tension psychique, en particulier lorsque l'expertisé explique sa situation

professionnelle. Je n'ai pas constaté de labilité émotionnelle majeure, mais l'expertisé est très ému en évoquant ses problèmes.

Le contenu du discours est adapté et l'expertisé se montre réservé vis-à-vis de son entreprise. On peut cependant observer un net ressenti par rapport à la tournure des événements.

L'humeur apparaît légèrement abaissée, mais sans atteinte majeure de l'estime de soi et sans idées de mort ni de suicide.

Absence de symptômes de la lignée psychotique.

b) Les plaintes de l'expertisé

M. K. _____ se plaint principalement d'un manque de motivation et d'une difficulté à agir. Il décrit une tendance à la procrastination et à la passivité. Il ressent un manque de dynamisme et d'intérêt.

L'expertisé ne signale pas d'angoisses majeures ni d'attaques de panique.

Il ne se plaint pas de douleurs somatoformes ni d'idées de mort ou de suicide.

Le sommeil est décrit comme amélioré depuis quelques semaines, avec cependant nécessité parfois de prendre un somnifère. L'appétit est décrit comme faible, sans amaigrissement notoire.

c) Sur questions de ma part

Interrogé sur ses activités, l'expertisé dit qu'il fait de la lecture et du bricolage. Il passe un certain temps à se reposer ou à faire de la marche.

d) Traitement actuel : - Venlafaxine 75 mg/jour.
- Zolpidem 10 mg/jour.

III. DIAGNOSTIC SELON LA CLASSIFICATION CIM 10

- Trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en forte rémission (F 43.22) :

IV. DISCUSSION

a) Diagnostic actuel exact

Il s'agit d'un homme de [...] ans, sans antécédents psychiatriques notoires. L'expertisé avait accepté, en 2009, une baisse de son salaire pour pouvoir s'investir dans un nouveau poste pour lequel il avait beaucoup d'espoir. Il a été très déçu de l'attitude de son responsable et l'annonce de son licenciement lui a été difficilement supportable. Il a présenté des troubles émotionnels qui ont entraîné des perturbations tensionnelles, avec hémorragie nasale et qui, ensuite, se sont traduits par des troubles anxieux et dépressifs, avec troubles du sommeil et altération de l'élan vital.

Après plusieurs mois de repos et un traitement régulièrement suivi, l'état de l'expertisé s'est nettement amélioré. Actuellement, les troubles réactionnels sont en forte rémission.

b) Capacité de travail actuelle et future dans la profession actuelle

L'amélioration de l'état de l'expertisé est de nature à permettre d'envisager une reprise d'activité. Cependant, la reprise de son travail dans son poste habituel, durant la période de préavis de licenciement, aurait entraîné la confrontation avec une situation conflictuelle et anxiogène. Une rechute aurait été fortement à craindre.

L'incapacité de travail devra donc être considérée comme nulle dès la dissolution des rapports de travail, soit au 1^{er} décembre 2012.

L'état de l'expertisé serait compatible avec des mesures de réinsertion de l'Assurance Invalidité. Celles-ci pourraient être bénéfiques au regard de l'âge de l'expertisé et de sa situation socio-professionnelle.

c) Proposition de traitement et pronostic

Le traitement médicamenteux actuel est adapté à l'état de l'expertisé. Une prise en charge psychothérapeutique n'apparaît pas nécessaire au regard de l'évolution favorable de la pathologie.

Le pronostic, vu l'amélioration actuelle et l'absence d'antécédents, est plutôt favorable.

V. REPONSES AUX QUESTIONS

1. Le diagnostic actuel exact ?

Trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en forte rémission.

2. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle ?

Le taux d'incapacité actuelle est nul dans une profession équivalente à la dernière profession exercée depuis la résolution des relations de travail avec le dernier employeur, soit le 1^{er} décembre 2012.

3. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans une profession adaptée à l'handicap ? citer svp quel(s) types(s) de profession ?

4. Des mesures de réinsertion de l'A.I. (selon 14 a LAI) vous semblent-elles compatibles avec l'état de l'assuré (être capable d'assumer un temps de présence professionnelle d'au moins 2h/j pendant 4j/sem) et seraient-elles bénéfiques ?

Des mesures de réinsertion de l'Assurance Invalidité seraient compatibles avec l'état de l'expertisé et pourraient être bénéfiques.

5. En cas de reprise du travail, avez-vous avisé l'assuré/son médecin traitant de vos conclusions ?

Oui, j'ai avisé l'assuré de mes conclusions.

6. Votre pronostic ?

Le pronostic est plutôt favorable.

7. Votre proposition de traitement ?

Le traitement actuel est adapté à l'état de l'expertisé.

8. L'assuré a-t-il déjà été soigné pour cette maladie ? Dans l'affirmative, quand ?

Non, selon mes informations, l'assuré n'a jamais été soigné pour cette maladie auparavant. »

Le 23 juin 2015, l'assureur perte de gain a expliqué à l'assuré que le Dr B._____ n'avait fourni aucune indication justifiant de se distancier des conclusions de l'expertise de janvier 2013. En particulier, le Dr B._____ ne mentionnait aucune limitation fonctionnelle, aucun nouveau diagnostic, ni ne signalait une aggravation. Il refusait dès lors d'entrer en matière et maintenait sa position ressortant de sa correspondance du 31 janvier 2013, à savoir une reprise de travail à 100 % dès le 1^{er} décembre 2012.

Dans un rapport du 30 octobre 2017, le Dr B._____ a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif (type burn-out) depuis le printemps 2012. L'évolution était défavorable avec une péjoration de la situation psycho-sociale. L'état anxio-dépressif s'était aggravé en raison de l'impossibilité de retrouver du travail, compte tenu de l'âge de l'intéressé et de la situation actuelle du marché du travail, et d'une situation financière catastrophique. L'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 13 août 2012.

Par avis du 6 mars 2018, le Dr M._____, spécialiste en anesthésiologie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que le Dr B._____ ne donnait pas,

dans son rapport du 30 octobre 2017, de raisons médicales qui rendraient plausible une aggravation, les éléments mentionnés étant d'ordre extra-médical.

Dans un projet de décision du 9 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Se référant à l'avis du médecin du SMR, il a considéré que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte incapacitante et que sa capacité de travail était donc totale dans toute activité.

Le 28 mai 2018, l'assuré a formulé des objections à l'encontre de ce projet.

Le 16 juin 2018, le Dr B. _____ a confirmé son rapport du 30 octobre 2017, estimant qu'une évaluation spécialisée par un psychiatre était nécessaire.

Par rapport du 27 juin 2018, le Dr Z. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a certifié que l'assuré, ensuite d'un carcinome épidermoïde invasif de la joue gauche opéré en 2004, avait subi des conséquences aussi bien fonctionnelles que psychiques, qui ne lui permettaient plus de reprendre une activité professionnelle.

Aux termes d'un avis du 17 octobre 2018, le Dr M. _____ a considéré que les éléments versés au dossier n'étaient pas aptes à changer les décisions prises dans la mesure où ils disposaient d'une expertise psychiatrique qui les argumentaient.

Dans un rapport du 29 octobre 2018, les Drs R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J. _____, tous deux médecins au Centre D. _____ (ci-après : les D. _____), ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère (F32.2), de lichen plan en 1991, de carcinome épidermoïde de la mâchoire en 2004, d'hypertension artérielle et de diabète de type 2. Était annexé un test de l'échelle « Montgomery and Asberg Depression Rating Scale » (MADRS), duquel il ressortait un

résultat pour l'assuré de 44/60, le seuil de dépression étant fixé à 15. Les Drs R. _____ et J. _____ ont considéré notamment ce qui suit :

« [...]

3. Anamnèse actuelle

[...]

Une expertise mandatée début 2013 par l'assurance et réalisée par le Dr P. _____ a déterminé que M. K. _____ était apte au travail. Son état mental et sa situation économique se sont dégradés, aboutissant à une incapacité totale du patient à s'investir dans la réalité avec un manque d'estime de soi, un effondrement narcissique, des insomnies, etc. [...]

4. Limitations fonctionnelles

M. K. _____ présente des limitations psychiques en raison de sa fragilité narcissique due aux conséquences des événements à caractère traumatique qu'il a subis au niveau familial (maladie grave de son fils). Ses limitations sont également en lien avec son état de santé (cancer avec déformation du visage et altération de l'image de soi, ce qui a provoqué une fragilité psychique et une dépression grave), et avec sa situation socio-économique (licenciement, perte du status social avec vente de la propriété et départ du canton de Vaud).

5. Capacité de travail

La capacité de travail est nulle depuis le mois d'août 2012. Toutefois, il y aurait actuellement une possibilité que M. K. _____ puisse travailler à 40% dans un milieu protégé. La capacité de travail va peut-être pouvoir s'améliorer, grâce à la psychothérapie hebdomadaire et aux médicaments antidépresseurs.

M. K. _____ présente un état dépressif, avec une insécurité psychique due à l'âge, aux nombreuses années sans travail et à l'altération de l'image de soi provoquée par son intervention chirurgicale (image nécessaire dans le domaine professionnel de la vente).

[...] »

Par décision du 2 novembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 mars 2018.

Aux termes d'un avis du 20 novembre 2018, le Dr M. _____ a estimé que le rapport des Drs R. _____ et J. _____ ne contenait pas de description de la journée type ni d'argumentation convaincante qui permettraient de s'éloigner des positions défendues par « les experts

psychiatres en 2013 et 2015 ». Le Dr M._____ a ainsi conclu à l'absence d'une détérioration de l'état de santé récente, seule une appréciation différente de l'état de santé étant constatée, et au fait que la position de l'OAI était toujours valable.

B. Par acte du 30 novembre 2018, K._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, en indiquant que son état de santé actuel n'était pas satisfaisant tant sur les plans physique, psychique et intellectuel.

Le 29 janvier 2019, l'intimé a répondu et conclu au rejet du recours, en se référant au rapport d'expertise du Dr P._____ et aux avis du médecin du SMR.

Aux termes d'une décision du 4 avril 2019, la juge instructrice a accordé à l'intéressé le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 novembre 2018, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Antoine Campiche.

Dans un « mémoire ampliatif » du 15 mai 2019, le recourant, représenté par Me Campiche, a conclu à ce que la décision litigieuse soit principalement réformée en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} février 2018, subsidiairement annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr P._____ était contredit par les rapports des Drs B._____, Z._____, R._____ et J._____, en tout cas s'agissant de la prétendue rémission et du pronostic favorable. En outre, le rapport du Dr P._____, et par conséquent les rapports du médecin du SMR, étaient dénués de valeur probante. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Il a produit plusieurs documents, dont notamment un courrier du 30 avril 2019 de la Caisse de compensation du canton de Fribourg, duquel il ressortait qu'il percevait une rente mensuelle AVS depuis le 1^{er} mai 2019.

Le 6 juin 2019, l'intimé a confirmé sa position. Il a produit un avis du 4 juin 2019, par lequel le Dr M. _____ a estimé que le recourant n'avait pas amené de nouveaux éléments médicaux, de sorte qu'il maintenait les conclusions retenues jusqu'alors.

Le 25 septembre 2019, Me Campiche a produit la liste de ses opérations, ainsi qu'une attestation du 23 septembre 2019, par laquelle le Dr B. _____ a indiqué que l'intéressé était à l'arrêt de travail à 100 % depuis le 13 août 2012 et qu'il voyait le recourant à une fréquence mensuelle à bimestrielle depuis cette date. Selon le Dr B. _____, l'intéressé manquait d'entrain et se fatiguait très vite lorsqu'il entreprenait une action.

E n d r o i t :

1. 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de

recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} février 2018.

3. a/i) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

ii) 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). 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/i) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

ii) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

iii) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments

pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à

une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

iv) 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 oeuvre 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).

En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Compte tenu du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à cette méthode d'administration des preuves, lorsque, vu le besoin concret de preuves, une telle administration ne s'avère ni nécessaire, ni adéquate (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3).

4. 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).

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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations du recourant du 21 août 2017, estimant que celui-ci présentait une capacité de travail totale dans toute activité. Cette décision est fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique du 22 janvier 2013 du Dr P._____. Le recourant allègue que cette expertise n'a aucune valeur probante.

a) Il convient de relever que ledit rapport d'expertise a été rendu le 22 janvier 2013, soit avant la modification par le Tribunal fédéral de sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente en cas de troubles psychiques, introduisant un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs (cf. consid. 3b *supra*). Si ce rapport d'expertise n'a par conséquent pas pu être établi selon les nouveaux standards, il convient encore de déterminer s'il permet néanmoins une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants.

Or, force est de constater que les éléments réunis par le Dr P._____ ne sont pas suffisants pour se positionner quant à l'ensemble des indicateurs posés par la jurisprudence, faute de s'être notamment déterminé sur les ressources mobilisables du recourant. Par ailleurs, le Dr P._____ s'est contenté d'analyser le conflit de travail entre le recourant et son employeur et ses conséquences immédiates, sans procéder à une appréciation globale de la personnalité du recourant, à l'analyse de ses ressources mobilisables, ainsi qu'à une comparaison de la

cohérence des limitations psychiques dans les différents domaines de la vie. Enfin, les éléments traitants du contexte social sont peu développés.

Partant, au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise du Dr P._____ ne remplit pas les exigences établies par le Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques, de sorte qu'une valeur probante ne saurait, à ce stade, lui être reconnue.

b) Les autres rapports médicaux au dossier confirment le caractère lacunaire de l'expertise du Dr P._____ et ne permettent au demeurant pas de suppléer aux carences susmentionnées.

Il apparaît ainsi que le Dr P._____ n'a pas établi de manière complète l'anamnèse de l'intéressé. A cet égard, le Dr Z._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a certifié que le recourant, ensuite d'un carcinome épidermoïde invasif de la joue gauche opéré en 2004, avait subi des conséquences aussi bien fonctionnelles que psychiques, qui ne lui permettaient plus de reprendre une activité professionnelle (cf. rapport du 27 juin 2018). Les Drs R._____, psychiatre, et J._____ ont également indiqué que les limitations de l'intéressé étaient notamment en lien avec son état de santé, mentionnant le cancer avec déformation du visage et altération de l'image de soi, ce qui avait provoqué une fragilité psychique et une dépression grave (cf. rapport du 29 octobre 2018). Ces médecins ont en outre précisé que le recourant présentait des limitations psychiques en raison de sa fragilité narcissique due aux conséquences des événements à caractère traumatique qu'il avait subis au niveau familial, faisant référence à la maladie grave de son fils (cf. rapport du 29 octobre 2018). Or, le Dr P._____ a mentionné brièvement et de manière quasiment anecdotique la psychose du fils de l'intéressé et l'intervention chirurgicale, laquelle avait entraîné des séquelles cicatricielles au niveau de l'hémi-mâchoire droite (cf. rapport du 22 janvier 2013), sans expliquer pour quelle(s) raison(s) ces éléments n'étaient pas déterminants. Dans ce contexte, le diagnostic posé par l'expert est pour le moins critiquable, dès lors que ce dernier s'est limité à

investiguer et analyser la question des tensions du recourant avec son employeur.

En outre, sans grand développement, le Dr P._____ a estimé que les troubles réactionnels du recourant étaient en forte rémission et a retenu une capacité de travail entière dès le 1^{er} décembre 2012. Aucun médecin consulté par l'intéressé n'a toutefois confirmé cette rémission. Le Dr B._____ a maintenu que la capacité de travail du recourant était nulle (cf. rapports des 6 mars et 28 mai 2018 et du 23 septembre 2019). Par ailleurs, les Drs R._____ et J._____ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, se référant notamment à un test de l'échelle « Montgomery and Asberg Depression Rating Scale », duquel il ressortait un résultat pour l'intéressé de 44/60, le seuil de dépression étant fixé à 15 (cf. rapport du 29 octobre 2018). Le seul résultat de ce test constitue un élément médicalement objectif suffisant pour mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise du Dr P._____, selon lequel le pronostic était favorable. Les médecins des D._____ ont d'ailleurs indiqué que l'état mental du recourant s'était dégradé depuis l'expertise de 2013. Selon ces médecins, la capacité de travail était nulle depuis le mois d'août 2012, une possibilité d'amélioration n'étant toutefois pas écartée.

c) A considérer l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladie psychique, le rapport d'expertise du Dr P._____ - laquelle a été mise en œuvre il y a plus de sept ans par l'assureur perte de gain - ne permet pas d'appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants, de sorte qu'il n'emporte pas la conviction de la Cour de céans.

d) Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). L'intimé devra ainsi procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique avant de rendre

une nouvelle décision. La cause étant renvoyée à l'intimé, il est prématuré de se prononcer sur la rente d'invalidité réclamée.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, à savoir sous la forme d'une expertise psychiatrique, puis nouvelle décision.

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 de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (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 qui succombe.

d) Le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient encore de fixer l'indemnité d'office de Me Campiche.

De la liste des opérations qu'il a produite, il ressort une activité de sa part d'une heure 54, de Me Maryam Kohler, avocate, de 25 heures 35 et de Me Jessica Goeldi, avocate-stagiaire, de 4 heures 12, soit un total de 38 heures 41. Cette durée paraît en l'état disproportionnée au vu de la complexité de l'affaire et du nombre d'interventions du conseil. En effet, l'essentiel du travail a consisté en un mémoire ampliatif du 15 mai 2019 de 18 pages, dont - outre la page de garde et celle des

conclusions – neuf pages concernaient l'état de fait, trois pages la théorie juridique et quatre pages l'argumentation. Or, il est constaté cinq postes relatifs à la préparation de ce mémoire pour un total de 11 heures 45 effectuées par Me Kohler. Il est précisé que ces postes contiennent également un courrier au recourant et un courrier à la Cour de céans. Il appartenait cependant à Me Campiche de distinguer clairement la durée pour chaque opération. Faute pour celui-ci de l'avoir fait, il sera ainsi effectivement considéré qu'il indique une durée de 11 heures 45 pour la rédaction du mémoire ampliatif. Cette durée est excessive et doit être ramenée à 6 heures. En outre, il est également constaté onze postes relatifs à des recherches et à l'examen du dossier. A nouveau, ces postes portant sur ces opérations mais également sur d'autres, leur durée sera comptabilisée en totalité en tant que recherches et examen du dossier, faute de distinctions opérées. Ainsi, à ce titre, Mes Campiche et Kohler ont effectué 10 heures 58, qu'il convient de réduire à 5 heures, et Me Goeldi 2 heures. Partant, compte tenu de ce qui précède, le temps consacré par Mes Campiche et Kohler à la présente affaire doit être réduit de 11 heures 43 ([11 heures 45 - 6 heures] + [10 heures 58 - 5 heures]). Il est par conséquent retenu que ces avocats ont effectué un total de 13 heures 52 (25 heures 35 - 11 heures 43] et Me Goeldi de 4 heures 12. Dès lors, le montant des honoraires correspondant doit être arrêté à 2'958 fr. 60 ($13.87 * 180 + 4.20 * 110$; cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Les débours, fixés forfaitairement à 5 % du montant de 2'958 fr. 60 (cf. art. 3bis al. 1 RAJ), sont de 147 fr. 95, portant par conséquent le total à 3'106 fr. 55 (2'958 fr. 60 + 147 fr. 95). L'indemnité d'office totale est donc de 3'345 fr. 75, TVA à 7.7 % compris. Après déduction des dépens arrêtés ci-dessus à 2'000 fr., Me Campiche a ainsi encore droit à une indemnité d'office de 1'345 fr. 75, débours et TVA compris.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser, dès qu'il est en mesure de le faire, l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au

Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 2 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, 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 K._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Antoine Campiche, conseil de K._____, est arrêtée à 1'345 fr. 75 (mille trois cent quarante-cinq francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'État.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Antoine Campiche (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).

Le greffier :