

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juillet 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

U._____, à **W.**_____, recourant,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 6, 7, 8 LPGA

E n f a i t :

A. U._____, né en 1969, divorcé et père de trois enfants nés en 1991, 1997 et 2001 (ci-après : l'assuré ou le recourant), a travaillé en qualité de gestionnaire de dossier pour l'I._____, (ci-après : l'employeur) à compter du 1^{er} avril 2004. Le 23 décembre 2016, il a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en exposant qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 31 janvier 2012 en raison d'une atteinte à sa santé mentale existant depuis environ 1990 et d'un infarctus en mai 2009.

Figure au dossier une décision rendue le 16 avril 2016 par la Caisse de pensions de l'I._____ allouant à l'assuré une pension d'invalidité complète à compter du 1^{er} février 2013.

Dans un rapport du 18 février 2017, le Dr R._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail : un état dépressif chronique modéré existant depuis 2006, un status post tentamen médicamenteux le 11 novembre 2006, une cardiopathie ischémique avec un status post infarctus du myocarde (angioplastie coronaire transluminale percutanée avec stent actif le 12 mai 2009) ainsi qu'un diabète de type 2 insulino-requérant existant depuis le mois d'août 2016. Exposant qu'il suivait l'assuré à sa consultation depuis le 13 mars 2012, il a précisé que celui-ci présentait un état dépressif de longue date, aggravé par la survenue d'un infarctus et d'un diabète à l'origine d'un comportement auto-destructeur avec décompensations diabétiques itératives et qu'il se plaignait constamment d'une anhédonie, d'un manque d'énergie et de motivation, d'un sentiment d'inutilité et surtout de grand désespoir face à ses maladies chroniques. Le traitement consistait en une psychothérapie de soutien et en la prise de Venlafaxine 225 mg/j, Aspirine cardio 100 mg/j, Crestor 20 mg/j, Meto Zerok 200 mg/j,

Lisitril 5 mg/j, Metfin 1g/j et Xultophy 24 UI/j. Il proposait la poursuite dudit traitement avec intensification de la médication anti-dépresseur. Selon le Dr R._____, l'activité exercée dans le passé n'était plus exigible depuis le mois de mars 2012, l'assuré souffrant avant tout de troubles de la concentration et de l'attention ainsi que d'un ralentissement psychomoteur et d'une importante fatigabilité.

Le questionnaire pour l'employeur établi 15 mai 2017 indique que les rapports de travail ont été résiliés avec effet au 31 janvier 2013 par convention de départ au sens des art. 59 LPers et 145 RLpers.

Les 19 juillet et 19 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait sollicité le Dr J._____ et la Clinique G._____ afin qu'ils le renseignent sur son état de santé mais que ceux-ci n'avaient pas donné suite malgré plusieurs rappels. Il demandait à l'assuré d'intervenir auprès de ses médecins afin qu'ils lui adressent sans tarder le document demandé.

Dans un avis médical du 1^{er} mars 2019, le Dr Z._____ du Service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a relevé que les trois pathologies évoquées par l'assuré dans sa demande de prestations (psychiatrique, cardiologique et diabétique) étaient susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles, que malgré différents rappels, il n'avait pas été possible d'obtenir de rapports médicaux de la cardiologue et du psychiatre et qu'il y avait par conséquent lieu de demander au Dr R._____ des précisions sur l'évolution de l'état de santé mais aussi sur les possibles limitations fonctionnelles d'origine somatique.

Le 8 avril 2019, répondant au questionnaire de l'OAI, le Dr R._____ a indiqué que les troubles psychiques de l'assuré entraînaient une incapacité de travail de 100 %, que le diabète et la cardiopathie ischémique n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail, qu'il n'existait pas d'autre pathologie entraînant une incapacité de travail, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis son dernier rapport, que le suivi psychiatrique était assuré par le Dr J._____ et que les

limitations fonctionnelles d'ordre strictement psychiatrique consistaient en des troubles de l'attention et de la mémoire, en une anxiété sévère avec des attaques de panique, une irritabilité, une anhédonie et une fatigabilité. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré tant dans son activité habituelle d'employé de bureau que dans une activité adaptée était nulle.

Dans un avis SMR du 30 avril 2019, le Dr Z._____ a rappelé que l'assuré était en incapacité totale de travail continue depuis le 27 mars 2012 pour un épisode dépressif modéré dans un contexte de dépression chronique, de cardiopathie et de diabète insulino-nécessitant. Relevant qu'il n'y avait actuellement aucune diminution de la capacité de travail du fait des atteintes somatiques, il a considéré qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire. En ce qui concerne la pathologie psychiatrique, il a estimé qu'en l'absence de status et d'anamnèse et vu la modification du traitement médicamenteux annoncée par le médecin traitant (diminution de l'antidépresseur mais adjonction de Seroquel - médicament utilisé dans les schizophrénies et les troubles bipolaires -) qui lui paraissait incohérente avec le diagnostic posé, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et expert certifié SIM, assisté de la psychologue FSP V._____, a déposé son rapport d'expertise le 31 octobre 2019, lequel faisait suite à deux entretiens avec l'assuré, les 27 septembre et 2 octobre 2019. L'expert a rapporté les plaintes de l'assuré (spontanées : tristesse modérée surtout quand il ne prend pas ses médicaments et palpitations cardiaques ; sur demande : inappétence sans changement pondéral récent, faible estime de soi, isolement social partiel, idées noires passives sans désir de passage à l'acte, troubles de la concentration, fatigue, troubles du sommeil). Sur le plan anamnestique, l'assuré a exposé que ses parents s'étaient séparés quand il avait six ans. Ils vivent tous deux au Portugal. Il décrit son père comme une personne calme, avec qui il n'a pas une relation très ouverte. Quant à sa mère, elle a eu plusieurs épisodes dépressifs et est profondément anxieuse ; il est un peu plus proche d'elle. Il a six frères et sœurs, en Suisse et au Portugal, avec lesquels il entretient

peu ou pas de contacts. L'assuré a eu des relations conflictuelles pendant longtemps avec son ex-épouse mais actuellement, elles sont cordiales. Il entretient de très bonnes relations avec ses deux fils aînés. La relation avec sa fille est bonne mais parfois conflictuelle. Elle souffre d'épilepsie et les diagnostics de personnalité borderline et de syndrome de Münchhausen ont aussi été récemment posés. Pour le surplus, l'anamnèse de l'assuré ne révèle aucun traumatisme physique, psychique ou sexuel, ni de sentiments d'abandon ou de négligence. Il décrit son enfance comme assez solitaire et banale. Il a exercé plusieurs métiers (peintre en carrosserie, vendeur, employé de commerce). Quant à l'apparition et à l'évolution de ses troubles psychiques, il a expliqué que les premiers épisodes dépressifs étaient apparus il y a 30 ans ; au moins trois autres épisodes dépressifs ont eu lieu avant 2016. Depuis, l'évolution est stationnaire sous traitement antidépresseur, avec une tristesse et des troubles de la concentration fluctuants. Un épisode dépressif a nécessité une hospitalisation à la Clinique G. _____ pour une rééducation du 14 mai au 21 juin 2018. L'assuré vit seul et gère sans difficulté son quotidien (ménage, courses, administratif etc.). Il essaie d'avoir le moins de responsabilités et de stress possibles (il évite ainsi d'avoir des plantes vertes dont il devrait s'occuper). Il a quelques amis et membres de sa famille qui le soutiennent. Il rapporte un isolement social partiel mais pas total depuis 2016. Une journée type est décrite de la façon suivante : l'assuré se réveille vers 9 heures, prend un petit-déjeuner, fait l'ensemble du ménage. Il fait ses courses plusieurs fois par semaine, par petites quantités. Il marche beaucoup, lit les journaux et des articles sur la psychologie sur Internet, regarde des documentaires, les actualités et des matchs de football à la télévision. L'assuré prépare sans difficultés ses repas. Il voit régulièrement des amis et ses enfants pour partager un repas et il a quelques discussions téléphoniques avec ses parents. Il fait un peu de ski l'hiver, se déplace grâce aux transports en commun mais conduit parfois la voiture de son fils. Il est parti en vacances au Portugal une semaine en 2019. L'assuré a bénéficié d'un suivi psychiatrique mensuel par le Dr J. _____ de 2006 jusqu'au début de 2019. Actuellement, il voit son généraliste une fois par mois mais n'est plus suivi par un psychologue. Son traitement médicamenteux consiste en Venlafaxine 150 mg/j,

Seroquel entre 100 mg et 200 mg/j le soir pour dormir et en Lexotanil en réserve. Les résultats des tests sérologiques ont montré une efficacité du traitement supérieure à celle du placebo. L'assuré estime être en droit de recevoir une rente entière de l'assurance-invalidité car il ne se voit pas retravailler après une si longue « pause » et à son âge. Il se dit toutefois assez intéressé pour une réadaptation professionnelle avec l'aide de l'OAI, comme chauffeur de taxi ou maître socio-professionnel dans un atelier de l'AI. Cela étant, l'expert a procédé à l'analyse des indices de gravité des troubles dépressifs récurrents légers selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 8C_841/2016 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017) et a notamment indiqué ce qui suit (sic) :

« 1. Degré de gravité fonctionnelle

Selon le dossier asséurologique, les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un trouble dépressif récurrent moyen F33.11 puis léger F33.0 depuis janvier 2016 au présent sans changement dans un contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile.

Au moment de l'expertise et ce depuis janvier 2016 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques non significatives dans le sens d'une tristesse légère, d'une intolérance au stress avec impulsivité, des difficultés de concentration subjectives, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel et avec une impulsivité.

Cet indice est partiellement absent d'un point de vue psychiatrique **depuis janvier 2016 au présent.**

2. Atteinte à la santé

Cet indice de gravité est absent, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives objectivables.

3. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour un trouble dépressif récurrent moyen puis léger depuis janvier 2016 au présent.

4. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objectivons une évolution stationnaire des troubles dépressifs récurrents moyens puis légers dans la présence d'un traitement psychotrope à des taux sanguins significatifs, mais sans suivi psychiatrique. La motivation pour une réadaptation professionnelle

est ambivalente selon l'anamnèse en lien avec des avantages secondaires.

5. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées dans le sens des traits de la personnalité émotionnellement labile sont des troubles qui entraînent peu de limitations fonctionnelles significatives psychiatriques, car bien que présents depuis le début de l'âge adulte ils n'ont pas empêché un travail et une gestion du quotidien sans limitation et une formation, donc ce critère n'est pas rempli.

6. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assuré ne présente pas des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permet de ne pas retenir la présence d'un trouble de la personnalité.

Selon les critères diagnostiques de la CIM-10, nous retenons des traits de la **personnalité émotionnellement labile**, dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent moyen et puis léger. Soulignons que ces traits de la personnalité présents depuis le début de l'âge adulte n'ont pas empêché l'assuré à gérer son quotidien sans difficultés, ni à travailler dans le passé après avoir obtenu une formation.

7. Contexte social

Au moment de l'expertise l'assuré garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car il arrive à garder des bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et avec des amis, donc, nous ne retenons pas d'isolement social total, mais partiel. La diminution de la vie sociale date de janvier 2016, moment de l'éclosion des troubles dépressifs récurrents moyens et puis légers.

8. Cohérence

Nous avons objectivé une **bonne cohérence** entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue et le constat objectif, s'inscrivant dans un contexte de traits de la personnalité avec des **bénéfices primaires et secondaires, car l'assuré ne se dit pas plus qu'ambivalent pour une insertion professionnelle à son âge après une longue pause professionnelle.**

9. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise l'assuré garde des capacités et ressources personnelles suffisantes, car il arrive à gérer son quotidien sans difficultés, à avoir certains contacts sociaux, à gérer seul son administratif, à lire, à conduire la voiture, à partir en vacances, à se promener, etc. Nous retenons des limitations fonctionnelles non significatives et inexistantes d'une façon uniforme depuis janvier 2016 au présent. Cet indice est absent.

10. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assuré présente une motivation ambivalente pour une reprise professionnelle, dans un contexte de déconditionnement et une motivation nulle pour un suivi psychiatrique et bonne pour les psychotropes qui lui ont été proposés et dont les taux sanguins sont cliniques.

En conclusion les indices jurisprudentiels de gravité pour des troubles dépressifs récurrents moyens et légers de novembre 2017 avec traits de la personnalité ne sont pas remplis depuis janvier 2016 au présent, dans l'absence de limitations fonctionnelles objectivables. »

Dans un avis SMR du 11 novembre 2019, le Dr Z. _____ a indiqué que l'expertise était claire et convaincante.

Par projet de décision du 12 novembre 2019, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à des prestations d'invalidité pour le motif que, selon les renseignements médicaux en sa possession, l'intéressé ne présentait pas d'atteinte incapacitante durable à la santé au sens de la loi. A la suite de difficultés d'adressage, l'OAI a, par projet de décision du 22 janvier 2020 annulant et remplaçant celui du 12 novembre précédent, nié à l'assuré tout droit à des prestations d'invalidité pour les motifs indiqués dans son précédent projet.

Par courrier du 29 janvier 2020, l'assuré a contesté le projet de décision du 22 janvier précédent en faisant valoir en substance que l'expertise ne reflétait pas sa souffrance, tant mentale que somatique. Il a notamment relevé que l'infarctus du 12 mai 2009 avait été passé sous silence, que ses dépressions depuis 1991, qui avaient abouti à deux hospitalisations, n'avaient pas été prises en compte, pas plus que le grave accident lors duquel il avait subi une fracture du crâne. L'assuré a déploré que l'expertise n'ait comporté qu'un « historique de sa vie » avec une psychologue pendant une heure, une prise de sang, des tests écrits pendant quatre heures, un entretien avec un psychiatre pendant deux heures et un dernier entretien lors duquel on lui avait annoncé que sa demande de prestations allait être refusée tout en l'assurant qu'il était « très intelligent ». Il a dit ne pas comprendre en quoi cet élément était lié

à son état de santé. Par ailleurs, l'assuré s'est insurgé contre le refus « radical » de prestations en faisant valoir que sa caisse de pension lui avait reconnu une invalidité totale. Enfin, il s'est plaint du fait que ses médecins traitants, son généraliste, le Dr R._____, son psychiatre, le Dr J._____, et sa cardiologue, la Dre M._____, n'aient pas été contactés pour donner leur avis. Il a requis de l'OAI qu'il envoie à ses médecins le rapport d'expertise ainsi que les motifs de sa décision de refus.

En juillet 2020, l'assuré a produit les rapports médicaux établis le 3 juillet 2020 par le Dr R._____, le 16 juillet 2020 par le Dr J._____ et le 20 juillet 2020 par la Dre M._____. Dans un avis SMR du 25 septembre 2020, le Dr Z._____ a relevé que, sur le plan somatique, le dernier rapport de la cardiologue confirmait l'absence d'atteinte incapacitante, en rappelant que la convalescence d'un infarctus non compliqué est estimée à trois mois. En ce qui concerne le récent rapport du Dr R._____, il a considéré que celui-ci ne fournissait aucun élément objectif (augmentation notable de l'HbA1C par exemple) pouvant faire suspecter une péjoration de l'état somatique, étant rappelé qu'en avril 2019, le médecin traitant de l'assuré estimait qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle d'ordre somatique et que le diabète était peu déséquilibré. Le Dr Z._____ a ainsi considéré que le Dr R._____ évoquait surtout des facteurs de risques, par définition non incapacitants, et l'état psychique de son patient. Concernant celui-ci, il a relevé que le psychiatre, le Dr J._____, décrivait dans son dernier rapport un état dépressif moyen, alors que l'expert avait retenu un épisode dépressif léger, non incapacitant. Il a toutefois souligné que ce diagnostic s'appuyait sur le questionnaire de Beck rempli par son patient le 7 février 2020, questionnaire d'auto-évaluation, dont il est admis que les patients péjorent leurs réponses par rapport à une évaluation par un tiers. Il a finalement retenu que le traitement décrit était légèrement inférieur à celui décrit au moment de l'expertise, ce qui contredisait une péjoration. Cela étant, il a estimé que le rapport du Dr J._____ constituait une évaluation différente d'un même état de fait. Le Dr Z._____ a dès lors conclu que les rapports médicaux des médecins traitants de l'assuré n'apportaient aucun élément susceptible de modifier le projet de décision.

Par décision du 12 octobre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité déposée par l'assuré en considérant qu'il ressortait des renseignements médicaux en sa possession qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante durable au sens de la loi sur l'invalidité. Sa capacité de travail étant totale dans toute activité, il ne pouvait prétendre à des prestations d'invalidité, dont les conditions d'octroi n'étaient pas remplies.

B. Par acte du 12 novembre 2020, U. _____ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision de l'OAI du 12 octobre 2020 lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité. Il conclut à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une pleine rente d'invalidité lui est allouée. Il fait valoir en substance, d'une part que la décision de l'intimé va à l'encontre de celle de la Caisse de pensions de l'I. _____ qui lui a accordé une rente entière d'invalidité, d'autre part que l'expertise de 2019 sur laquelle l'intimé s'est fondé pour nier son droit à une rente est en contradiction avec les avis médicaux de ses médecins traitants.

Par réponse du 14 décembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il souligne que selon les renseignements qu'il a obtenus tant auprès des médecins traitants du recourant que ceux résultant de l'expertise mise en place en automne 2019, le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé ayant une répercussion durable sur sa capacité de travail. Il se réfère pour le surplus aux avis médicaux du SMR des 11 novembre 2019 et 25 septembre 2020 ainsi qu'à son propre courrier du 12 octobre 2020.

Dans sa réplique du 13 janvier 2021, le recourant reprend ses critiques à l'encontre de l'expertise mandatée par l'intimé à l'automne 2019, en rappelant son déroulement. Il expose ne pas comprendre pourquoi ce sont ses capacités intellectuelles qui ont été investiguées et non son état de santé psychique. Par ailleurs, il fait grief à l'intimé d'avoir passé sous silence ses atteintes somatiques, à savoir des problèmes de

diabète depuis dix ans, une hypertension artérielle et un cholestérol et surtout l'infarctus du myocarde du 12 mai 2009, pour lesquels il prend quotidiennement dix médicaments, et ce jusqu'à la fin de ses jours. Le recourant fait valoir qu'il ne cherche pas à se soustraire à une activité professionnelle quelle qu'elle soit mais que son état de santé est fragile depuis ses 20 ans. Enfin, il expose qu'il a subi un grave accident du travail à l'âge de 22 ans qui a dégradé fortement sa santé, avec commotion et fracture du crâne ayant entraîné un coma et un arrêt de travail prolongé. S'il a ensuite pu reprendre une activité professionnelle, il a dû réapprendre les gestes de base de la vie quotidienne, comme écrire, conduire etc.

Dans sa duplique du 25 janvier 2021, l'intimé, relevant que le recourant n'a amené aucun élément objectif susceptible de remettre en cause l'instruction médicale de la cause et en particulier les conclusions de l'expertise à laquelle il faut reconnaître une pleine valeur probante, a confirmé ses conclusions tendant au rejet du 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, le recourant contestant l'absence d'atteinte à la santé invalidante et en particulier la négation d'une quelconque incapacité de travail en toute activité comme retenu dans la décision litigieuse.

3. a) 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.

b) Selon l'art. 4 al. 2 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. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une

prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les arrêts cités).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 ; TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) 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. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) 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).

5. a) 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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).

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 asséculo-logique. 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).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés

dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

6. a) Le recourant conteste les conclusions de l'expertise ordonnée par l'intimé sur laquelle ce dernier s'est fondé pour lui nier tout droit à des prestations d'invalidité. Il fait valoir en substance qu'elle est en contradiction avec les avis médicaux de ses médecins traitants, qu'elle ne tient aucunement compte de ses atteintes somatiques et que l'expert n'a pas évalué son état de santé psychique mais uniquement ses capacités intellectuelles. Enfin, il relève qu'elle est également en contradiction avec la décision de sa caisse de pension du 16 avril 2016 qui lui a alloué une pleine rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2013. Quant à l'intimé, il considère que l'expertise psychiatrique a pleine valeur probante et que ses conclusions sont convaincantes. Quant à l'état de santé somatique du recourant, il relève qu'aucun élément objectif au dossier ne permet de conclure à une atteinte somatique invalidante.

b) En l'espèce, la Cour de céans constate que l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr F._____ assisté par la psychologue FSP V._____ (cf. rapport du 31 octobre 2019) répond aux réquisits jurisprudentiels tant en la matière : l'expert a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen (F33.11), puis léger (F33.0) dès le mois de janvier 2016 dans un contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile en pleine connaissance de cause comme cela ressort de l'exposé méthodique de l'anamnèse du recourant. Dans le cadre de son expertise, il a tenu compte des plaintes de celui-ci et a détaillé les raisons pour lesquelles il retenait des limitations fonctionnelles psychiatriques non significatives dans le sens d'une tristesse légère, d'une intolérance au stress avec impulsivité, des difficultés de concentration et une fatigue subjectives, sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie

ni isolement social total, mais seulement partiel. Ainsi, selon l'expert il n'y a pas d'indice de gravité. En ce qui concerne les comorbidités, l'expert a expliqué les motifs qui l'amenaient à ne pas retenir de trouble de la personnalité borderline (mais seulement des traits de personnalité émotionnellement labile), à savoir que l'assuré ne présente pas de comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs de son fonctionnement. L'expert a également relevé que l'évolution des troubles dépressifs récurrents d'abord moyens puis légers était stationnaire au moment de l'expertise « en présence d'un traitement psychotrope à des taux sanguins significatifs, mais sans suivi psychiatrique ». La motivation pour une réadaptation professionnelle est également ambivalente chez un assuré qui garde de bonnes capacités et ressources personnelles, puisqu'il parvient à gérer seul son quotidien et à garder de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et ses amis. Si globalement, la cohérence est bonne entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, il existe un décalage entre la fatigue et le constat objectif, décalage qui s'inscrit dans un contexte de traits de la personnalité avec des bénéfices primaires et secondaires. Enfin l'expert a insisté sur le fait que le recourant gardait des ressources et capacités suffisantes puisqu'il gère seul son quotidien, sans difficultés (ménage, courses, repas, administratif), a gardé certains contacts sociaux, lit, se promène, peut conduire une voiture, partir en vacances etc. L'expert en a conclu que les indices jurisprudentiels de gravité pour des troubles dépressifs récurrents moyens et légers depuis 2016 avec des traits de la personnalité ne sont pas remplis, en l'absence de limitations fonctionnelles objectivables.

Au vu de ce qui précède, et en l'absence d'avis médical objectif contradictoire, la Cour de céans s'en tient aux conclusions claires et convaincantes de l'expert quant à l'inexistence d'un trouble psychiatrique d'une gravité telle qu'il entraînerait une incapacité de travail et reconnaît de ce fait une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique incriminée. A cet égard, il y a lieu de relever que le rapport du Dr J._____ du 20 juillet 2020 n'est guère convaincant, ce d'autant que de l'aveu même du recourant, il ne suit plus de thérapie chez lui

depuis début 2019. Tout au plus peut on considérer qu'il s'agit d'une lecture différente d'une situation médicale similaire. Il n'est pas inutile d'exposer que, contrairement à ce que semble croire le recourant, ce ne sont pas ses capacités intellectuelles qui ont été testées lors de l'expertise mais ses capacités de concentration et de fatigabilité notamment eu égard à ses plaintes. Par ailleurs, comme il s'agissait d'une expertise psychiatrique, l'expert n'avait ni le mandat ni l'autorité pour évaluer ses atteintes à la santé de nature somatique. A cet égard, on peut se référer à ce que son médecin traitant, le Dr R._____, a indiqué dans son rapport du 8 avril 2019, à savoir que ni le diabète ni la cardiopathie ischémique n'avaient de répercussion sur la capacité de travail du recourant. On peut également renvoyer à ce que le Dr Z._____ du SMR a relevé dans l'avis du 25 septembre 2020 établi après réception des rapports médicaux des Drs R._____, J._____ et M._____.

En résumé, il y a lieu de retenir qu'il ressort des renseignements médicaux obtenus que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Sur le plan physique, le Dr R._____ a confirmé le 10 avril 2019 l'absence de retentissement du diabète et de la cardiopathie ischémique sur la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, l'expertise du Dr F._____, qui - on vient de le voir - a pleine valeur probante, retient un trouble dépressif récurrent avec épisode moyen puis léger depuis 2016. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles que ce soit au niveau professionnel ou dans les tâches quotidiennes et l'assuré dispose de ressources et de capacités suffisantes pour vivre de façon autonome. Ainsi, la capacité de travail du recourant est totale depuis janvier 2016, ce qui légitime la décision de refus de prestations de l'intimé.

c) Enfin, il convient de relever que si, selon la jurisprudence en matière de prévoyance obligatoire et de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force

contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (ATF 143 V 434 consid. 2.2), l'inverse n'est pas vrai, surtout comme en l'espèce, lorsque l'institution de prévoyance professionnelle prévoit une prévoyance plus étendue couvrant l'invalidité de fonction. En effet, l'art. 59 du règlement des prestations de la Caisse de pensions de l'I._____ prévoit qu'est définitivement invalide l'assuré qui est durablement incapable, ensuite de maladie ou d'accident, de remplir tout ou partie de son emploi ou d'un autre emploi de substitution et dont le salaire est réduit ou supprimé à titre définitif. La notion d'invalidité de la Caisse de pensions de l'I._____ est donc plus large que celle de l'assurance-invalidité. Le recourant ne peut donc tirer aucun argument du fait que sa caisse de pension lui aurait reconnu le droit à une rente d'invalidité LPP à 100 %.

7. a) En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 20 octobre 2020 par l'OAI confirmée.

b) Le présent arrêt est rendu sans frais judiciaires (art. 50 LPA-VD). Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGGA).

**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 12 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- U._____, à W._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :