

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 août 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

C. _____, à [...] (FR), recourant,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] [...] 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'immeubles au sein de diverses sociétés immobilières jusqu'en 2012.

Par demande du 21 août 2017, l'assuré 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 présenter une incapacité totale de travail depuis le 13 août 2012 en raison d'un *burn-out*/dépression.

L'OAI a recueilli des informations et documents auprès du médecin traitant de l'assuré, ainsi que son dossier auprès de son assureur perte de gain. Par rapport du 13 décembre 2012, le Dr P. _____, médecin traitant, avait 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 avait alors mis en œuvre une expertise. Le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et en psychiatrie et psychothérapie, avait rendu son rapport d'expertise le 22 janvier 2013. Après avoir notamment indiqué ne pas avoir pu joindre le Dr P. _____, médecin traitant de l'intéressé, le Dr W. _____ avait essentiellement analysé le conflit de travail entre l'assuré et son employeur et ses conséquences immédiates. Il avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en forte rémission (F 43.22) et avait considéré que le « taux d'incapacité actuelle [était] 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 ».

Dans un rapport du 30 octobre 2017, consécutif à la demande de prestations de l'assuré, le Dr P._____ 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, 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 J._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que le Dr P._____ 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 P._____ 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 J._____ du SMR a considéré que les éléments versés au dossier n'étaient pas aptes à changer son appréciation du dossier, dans la mesure où une expertise psychiatrique appuyait les décisions prises jusqu'alors.

Dans un rapport du 29 octobre 2018, les Drs V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G._____, tous deux médecins au Centre de psychiatrie et de psychothérapie B._____ (ci-après : B._____), 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 V._____ et G._____ ont retenu que l'assuré 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 (maladie grave de son fils). Ses limitations étaient également en lien avec son état de santé (cancer avec déformation du visage et altération de l'image de soi, ce qui avait provoqué une fragilité psychique et une dépression grave), et avec sa situation socio-économique (licenciement, perte du statut social avec vente de sa propriété et départ du canton de Vaud). La capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le mois d'août 2012. Toutefois, il y avait une possibilité que M. C._____ puisse travailler à 40 % dans un milieu protégé. Sa capacité de travail allait peut-être pouvoir s'améliorer, grâce à la psychothérapie hebdomadaire et aux médicaments antidépresseurs.

Par décision du 2 novembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 mars 2018. Il a rejeté la demande de prestations de l'assuré du 21 août 2017, estimant que celui-ci présentait une capacité de travail totale dans toute activité. Cette décision était fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique du 22 janvier 2013 du Dr W._____.

Aux termes d'un avis du 20 novembre 2018, le Dr J._____ du SMR a estimé que le rapport des Drs V._____ et G._____ ne contenait

pas de description de la journée type de l'assuré ni d'argumentation convaincante qui permettaient de s'éloigner des positions défendues par « les experts psychiatres en 2013 et 2015 ». Le Dr J. _____ du SMR a ainsi conclu à l'absence d'une détérioration récente de l'état de santé de l'assuré, puisque seule une appréciation différente de son état de santé était constatée, et au fait que la position de l'OAI était toujours valable.

b) Saisie d'un recours du 30 novembre 2018 de l'assuré, complété par un mémoire ampliatif du 15 mai 2019 de Me Antoine Campiche, alors conseil de l'assuré - lequel a principalement conclu à ce que la décision litigieuse soit réformée en ce sens que l'assuré ait droit à une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} février 2018 -, la Cour de céans a, par arrêt du 16 janvier 2020 (AI 376/18 - 13/2020), admis le recours précité, annulé la décision rendue le 2 novembre 2018 par l'OAI et renvoyé la cause à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. La Cour de céans a notamment considéré ce qui suit :

« **5.** [...] »

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 W. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ 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 W._____ et ne permettent au demeurant pas de suppléer aux carences susmentionnées.

Il apparaît ainsi que le Dr W._____ 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 V._____, i, psychiatre, et G._____ 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 W._____ 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 W._____ 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 P._____ 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 V._____ et G._____ 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 W._____, selon lequel le pronostic était favorable. Les médecins B._____ 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 W._____ - 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 ».

B. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a désigné comme expert le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a remis son rapport d'expertise psychiatrique le 15 juin 2020 faisant suite à un examen clinique du 10 juin 2020. L'expert a retenu le diagnostic de « trouble dépressif récurrent épisode actuel en rémission partielle », précisant qu'au moment de l'expertise, il était passé à un degré léger. Il a ajouté que ledit épisode avait débuté au moins entre la fin de l'année 2017 et le début de l'année 2018, période pendant laquelle l'assuré avait appris que sa maison allait être vendue aux enchères en avril 2018. Le premier épisode de l'assuré était daté de 2012 et était réactionnel à la perte de son emploi, mais également probablement à une situation financière précaire due à une mauvaise gestion de l'argent par l'assuré, dont le salaire faisait déjà l'objet de saisies avant son licenciement. Cet épisode était probablement de degré moyen et s'était résolu spontanément sans traitement médicamenteux ni psychothérapie, remplacé par une dysthymie résiduelle. L'expert a dès lors retenu une incapacité de travail totale transitoire de janvier 2018 à juin 2020, soit depuis la manifestation de l'épisode dépressif moyen déclenché par la vente aux enchères de la maison de l'intéressé jusqu'à l'expertise. Une capacité de travail résiduelle de 50% pouvait désormais être retenue, dans l'activité habituelle ou dans toute autre activité adaptée.

Par avis médical du 30 juin 2020, le Dr J._____ du SMR a indiqué que l'estimation rétroactive de l'exigibilité était discutée au point 7 du rapport d'expertise avec une reconstruction très détaillée des événements médicaux et de vie de l'assuré qui fondaient de façon convaincante les conclusions de l'expert et les points de divergence avec les précédents intervenants.

Par projet de décision du 6 juillet 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer, dès le 1^{er} janvier 2019, une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 100 %.

Il ressort de la fiche d'« examen du droit à la rente » de l'OAI que l'assuré touche une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) depuis le 1^{er} mai 2019. Au moment de l'amélioration de sa capacité de travail selon l'expert L._____, soit dès le 10 juin 2020 (date de l'examen clinique de l'expert), l'assuré était déjà en âge de retraite, raison pour laquelle la date de l'amélioration n'était pas déterminante.

Le 29 novembre 2020, l'assuré a contesté le projet de décision du 6 juillet 2020, faisant valoir que l'arrêt du 16 janvier 2020 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal mentionnait « une rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2018 ».

Par décision du 16 février 2021, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2019 au 30 avril 2020 d'un montant mensuel de 1'731 fr., soit une somme de 7'523 fr. après compensation de rentes vieillesse et prestations complémentaires. La motivation de la décision précitée figurait dans un courrier séparé du 8 décembre 2020 et indiquait notamment que l'expertise retenait que l'assuré présentait une incapacité de travail depuis janvier 2018. En tenant compte du délai de carence d'une année applicable selon la loi, le droit à la rente s'ouvrait le 1^{er} janvier 2019.

C. Par acte du 16 mars 2021 (date du timbre postal), C._____ a recouru contre la décision du 16 février 2021 et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2018 « comme stipulé à la page 10 » de l'arrêt précité de la Cour de céans du 16 janvier 2020. Il a rappelé qu'il était en incapacité de travail depuis le 13 août 2012 et qu'il était sans revenu depuis le 1^{er} décembre 2012, ce qui avait engendré de grandes difficultés financières avec comme corollaire la vente de sa maison par l'Office des poursuites. Il pensait que les services sociaux avaient fait le

nécessaire auprès de l'assurance-invalidité en 2013, et ce n'était qu'en 2015, après que son épouse avait pris contact avec les différents services concernés, qu'il avait constaté que l'AI n'avait jamais eu connaissance de sa demande.

Dans sa réponse du 4 mai 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a rappelé que la juridiction cantonale avait précisé que le litige portait sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} février 2018, mais n'avait pas retenu que l'intéressé avait droit à cette prestation, renvoyant la cause à l'intimé et ajoutant qu'il était prématuré de se prononcer sur la rente d'invalidité réclamée. Le rapport d'expertise du Dr L. _____ du 15 juin 2020 retenait que le recourant avait présenté une incapacité totale de travail à partir du mois de janvier 2018, puis à 50% dès juin 2020. L'intimé considérait que ce rapport avait pleine valeur probante.

À la demande du recourant du 18 juin 2021, une copie du rapport d'expertise psychiatrique du Dr L. _____ lui a été transmise.

Dans sa réplique du 28 juin 2021, le recourant a requis que la Cour de céans examine la possibilité d'un remboursement rétroactif depuis 2013. Il convenait ainsi de ne pas juger cette affaire sur le fond et la forme mais en tenant compte de facteurs humains (maladie et licenciements). Le recourant a produit un lot de pièces. Le 30 juin 2021, il a en outre transmis une liste de témoins.

Dans sa duplique du 12 juillet 2021, l'intimé a estimé que le dossier était complet sur le plan médical et qu'une audience d'instruction n'était pas nécessaire.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] ; art. 55 et 69 al. 1 let. a LAI *cum* art. 40 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le présent arrêt fait suite à un arrêt de renvoi de la Cour de céans (AI 376/18 - 13/2020), qui a défini l'objet du litige : il porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans son arrêt du 16 janvier 2020, la Cour de céans a constaté que le rapport d'expertise du 22 janvier 2013 du Dr W. _____ ne remplissait pas les exigences établies par le Tribunal fédéral en matière d'évaluation du droit à une rente en cas de troubles psychiques, de sorte qu'une valeur probante ne pouvait lui être reconnue. En effet, les éléments réunis par le Dr W. _____ n'étaient pas suffisants pour se positionner quant à l'ensemble des indicateurs posés par la jurisprudence, faute pour le spécialiste de s'être notamment déterminé sur les ressources mobilisables du recourant. Par ailleurs, l'expert W. _____ s'était 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 de ses limitations psychiques dans les différents domaines de la vie. En outre, les éléments traitants du contexte social étaient peu développés. Les autres rapports médicaux au dossier

confirmaient le caractère lacunaire de l'expertise du Dr W._____ et ne permettaient au demeurant pas de suppléer aux carences susmentionnées, raison pour laquelle l'intimé devait procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique avant de rendre une nouvelle décision. Dès lors que la cause devait être renvoyée à l'intimé, la Cour de céans a estimé qu'il était prématuré de se prononcer sur la rente d'invalidité réclamée, étant rappelé que la conclusion principale de Me Campiche, alors conseil de l'assuré, dans son mémoire ampliatif du 15 mai 2019, était l'octroi d'une rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2018 en faveur du recourant, raison pour laquelle il y a été fait référence.

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

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. En l'occurrence, la décision attaquée du 16 février 2021 repose sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr L. _____ du 15 juin 2020. Sans véritablement critiquer les conclusions dudit rapport, le recourant fait valoir qu'il présente depuis le 13 août 2012 une incapacité de travail totale, qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente rétroactive depuis 2013 et qu'il convient de ne pas juger cette affaire sur le fond et la forme mais en tenant compte de facteurs humains (maladie et licenciements).

a) Force est de constater que le rapport d'expertise du Dr L. _____ du 15 juin 2020, qui tient compte des plaintes de l'assuré, pose des diagnostics clairs, contient une appréciation étayée, des conclusions motivées, et respecte en tous points les critères posés par la jurisprudence pour lui accorder une pleine valeur probante. Ses conclusions sont en outre étayées par une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré selon la mini CIF-TAPP (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, un instrument de mesure des aptitudes psychiques). L'expert L. _____ a en outre procédé à un examen méticuleux et détaillé des événements personnels et médicaux de l'assuré depuis 2004 afin de déterminer durant quelle période il avait présenté une incapacité de travail. Il a également analysé les appréciations divergentes des différents médecins consultés par l'assuré. Il a expliqué de manière circonstanciée les motifs pour lesquels il estimait invraisemblable l'hypothèse retenue par le rapport médical B. _____ du 29 octobre 2018 établi par la Dre G. _____, selon laquelle l'assuré présentait depuis 2012 un épisode dépressif sévère d'une durée ininterrompue de six ans en raison des limitations fonctionnelles suivantes : fragilité narcissique due aux conséquences des événements à caractère traumatique qu'il a subis au niveau familial (maladie grave de son fils), au niveau de sa santé (cancer avec déformation du visage et altération de l'image de soi provoquant une dépression grave) et au niveau socio-économique (licenciement, perte du statut social avec vente de sa propriété et départ du canton de Vaud). Confrontant les dates des événements précités avec l'extrait du compte individuel de l'assuré, ainsi qu'avec les données relatives à l'anamnèse professionnelle, l'expert L. _____ a relevé plusieurs contradictions flagrantes. Il a ainsi constaté que l'opération chirurgicale qui avait modifié la morphologie du visage du recourant s'était déroulée en 2004, année à partir de laquelle ses revenus avaient commencé à augmenter de manière notable ; dite opération n'avait dès lors eu aucun impact sur sa capacité de travail. S'agissant de la décompensation psychotique de son fils début 2008, l'expert L. _____ n'a constaté aucune diminution des revenus ou influence directe de cet événement potentiellement traumatique sur la capacité de travail de

l'intéressé. L'assuré a en effet indiqué à l'expert qu'il avait changé d'emploi avec pour objectif de devenir adjoint à la direction et avoir la possibilité d'engager son fils dans cette même entreprise, car il semblait avoir de l'intérêt pour le travail de son père. Toutefois, cet objectif ne s'est pas réalisé, car le fils du recourant avait préféré faire partie d'une communauté évangélique dans laquelle il se trouvait encore. Comme l'expert W._____, le Dr L._____ a estimé que le conflit avec son employeur, que le recourant estimait abusif, avait été l'élément déclencheur principal du premier épisode dépressif en 2012, et qui lui a provoqué dans la nuit du 13 août 2012 d'importants saignements de nez, entraînant une brève hospitalisation. Le Dr L._____ a au demeurant relevé que le salaire de l'assuré était déjà saisi avant son licenciement. D'après les explications fournies par l'assuré, ce dernier avait un train de vie bien supérieur à ses possibilités réelles, sans que ses proches n'en soient informés. L'expert L._____ a également retenu que le rapport B._____ ne contenait aucun statut psychopathologique, ni liste des symptômes objectivement observés, ajoutant que l'échelle MADRS avait été complétée selon les plaintes subjectives de l'assuré et rappelant qu'un épisode dépressif sévère ne pouvait pas durer six ans sans hospitalisation, sans traitement, sans geste suicidaire, avec un traitement psychotrope très léger, prescrit mais jamais assumé. L'assuré a expliqué qu'il concevait la psychiatrie d'une façon qui ne lui permettait pas d'y faire appel, comme si - selon l'expert - le fait de devoir être aidé pour gérer ses difficultés le diminuait sur le plan narcissique. S'agissant de ce premier épisode dépressif apparu en 2012, l'expert a présenté ses conclusions de manière prudente, propres à permettre d'évaluer la situation sous l'angle psychiatrique selon un degré de vraisemblance prépondérante, soit un épisode dépressif moyen à sévère sans traitement psychothérapeutique, ni médicamenteux, qui s'est résolu spontanément un an au maximum après son déclenchement, soit le 21 août 2013. Le Dr L._____ a estimé que par la suite, le déconditionnement s'était installé et que l'assuré avait récupéré de l'énergie en entamant une querelle avec E._____ SA s'agissant de ses indemnités pour perte de gain, ce qui n'était pas forcément compatible avec les symptômes d'une dépression sévère. Dans son examen psychiatrique du 21 janvier 2013, l'expert W._____ exposait

que son licenciement avait été difficilement supportable pour l'assuré, raison pour laquelle il avait présenté des troubles émotionnels qui avaient entraîné des perturbations tensionnelles, avec hémorragie nasale, qui s'étaient ensuite traduits par des troubles anxieux et dépressifs, avec troubles du sommeil et altération de l'élan vital. L'expert a toutefois constaté que les troubles réactionnels étaient en forte rémission le jour de l'expertise et permettaient d'envisager une reprise d'activité, le pronostic étant favorable.

b) L'expert L. _____ a estimé vraisemblable que la nouvelle de la vente aux enchères de sa maison en avril 2018, à laquelle l'assuré était sentimentalement attaché, a eu un effet délétère sur le psychisme de ce dernier, entraînant un second épisode dépressif entre la fin de l'année 2017 et le début de l'année 2018, ce qui coïncidait avec la date de la demande de prestations AI. Le tableau clinique relaté par l'assuré était compatible avec un épisode dépressif moyen non traité dans les règles de l'art – soit sur les plans pharmacologique, psychiatrique et psychothérapeutique – qui aurait pu se résorber en six mois. Toujours sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, l'expert a retenu de manière rétroactive une incapacité de travail totale de janvier 2018 jusqu'à la date de l'expertise, le 10 juin 2020. À la date précitée, cet épisode était en voie de résolution, ce qui coïncidait avec le déménagement du recourant dans le canton de Fribourg, d'où sa famille était originaire, ce qui lui évitait les questions ou les jugements des anciens voisins sur sa situation socio-professionnelle. L'expert a dès lors retenu un épisode dépressif en rémission partielle d'intensité légère caractérisé par des troubles du sommeil, des ruminations dépressives, des idées de culpabilité et une certaine fatigabilité physique. L'épisode dépressif était compatible avec une capacité de travail de 50 % qui pouvait être augmentée à 80 % dans un délai de trois mois, dans le marché libre, pour autant qu'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique soit mis en place. L'expert a cependant relevé que l'assuré avait atteint l'âge de la retraite et que la question de sa capacité de travail n'avait plus de sens, même s'il retenait à la date de l'expertise

une capacité de travail de 50 %, que l'assuré avait le choix d'exploiter ou non.

c) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que l'intimé a retenu à juste titre que le recourant avait présenté une incapacité totale de travail à compter du 1^{er} janvier 2018 et qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2019 (soit à l'issue du délai d'attente d'un an ; art. 28 al. 1 LAI). Le recourant ayant atteint l'âge de la retraite en avril 2020, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant la question de l'amélioration de l'état de santé retenue par l'expert L. _____ le jour de l'expertise, soit le 10 juin 2020. Enfin, la première demande de prestations ayant été déposée le 23 août 2017, aucune rente d'invalidité ne peut être versée « dès 2013 » comme le demande le recourant (art. 29 LAI et 29 al. 1 LPGA). Il n'est pas décisif en l'espèce que le recourant ait commis une « grave erreur en croyant que le Service social [...] faisait suivre [son] dossier à l'AI suite à l'entretien avec ledit Service en été 2012 », dès lors que l'expert L. _____ a en tout état de cause conclu à une incapacité de travail totale limitée à un an, soit d'août 2012 à août 2013, ce qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a/ii *supra*). Il en va de même des plaintes somatiques du recourant, lequel a fait valoir que les quatre médicaments qu'il prend depuis plus de dix ans contre l'hypertension et le diabète engendrent fatigue et lenteur (cf. réplique du 28 juin 2021), dès lors qu'une incapacité totale de travail a en tout état de cause été reconnue dès le 1^{er} janvier 2018 et que la demande de prestations AI n'a été déposée qu'en août 2017.

5. Le dossier est en l'occurrence complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant - à savoir, l'audition de plusieurs témoins (cf. liste produite le 30 juin 2021) - doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la

conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

**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 16 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge de C._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. C. _____,
- 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 :