

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'assurance
de protection juridique SA,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI ; 87, 88a al. 2
RAI**

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, a travaillé dès 1989 pour A._____ SA en tant que conseiller à la clientèle internationale. En raison de ses difficultés à gérer le stress lié à son travail à partir de 2008/2009, son employeur lui a proposé plusieurs changements de poste avec maintien de son salaire, avant de le libérer de son obligation de travailler dès fin novembre 2012 et de le licencier pour fin mai 2013.

Une incapacité de travail totale a été attestée dès le 8 mai 2013 et des indemnités journalières de l'assurance perte de gain en cas de maladie de son employeur ont été versées une fois le droit au salaire épuisé.

L'assuré a déposé une demande de détection précoce le 23 septembre 2013, suivie d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 5 novembre 2013. Il a fait état d'une dépression présente depuis 2008.

Dans un rapport du 23 décembre 2013, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), existant depuis 2012. L'assuré présentait un état de fatigue et d'épuisement marqué tant sur le plan physique que psychique, des troubles cognitifs avec des déficits d'attention et de mémoire, une tristesse marquée, une perte de confiance en lui, en l'avenir et en d'éventuels futurs employeurs, ainsi que des troubles du sommeil, en lien avec des difficultés rencontrées dans son travail avec remise en cause de ses compétences. Le pronostic était réservé à court et moyen terme, l'intéressé n'étant pas prêt à intensifier sa psychothérapie et présentant un début de chronicisation des symptômes. Dans l'annexe, le psychiatre a mentionné les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles ressenties par le sujet, difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme, difficultés liées

aux tâches administratives, difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, hypersensibilité au stress, apparitions périodiques de phases de décompensation et gestion du stress difficile. L'ensemble des capacités cognitives étaient limitées et aucune activité n'était encore possible.

A la suggestion du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès des Drs M. _____ et N. _____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 4 juin 2015, les experts ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) depuis fin 2012 et de personnalité dépendante (F60.7). Dans l'appréciation du cas, les experts ont noté que l'assuré s'était souvent réfugié dans le « cocon familial » rassurant pour affronter ses difficultés professionnelles et que son épouse, à qui il déléguait toute prise décisionnelle, constituait une « figure soutenance ». Le cancer de son épouse en 2009, ainsi que des accidents subis successivement par ses deux fils l'avaient fragilisé, le rendant moins tolérant aux stressseurs externes et diminuant ses capacités adaptatives. L'épisode dépressif, sévère sans symptômes psychotiques en 2012, avait évolué défavorablement jusqu'en mai 2013 puis le traitement mis en place par le Dr P. _____ avait amené une amélioration de l'état thymique dès février 2015, l'assuré restant encore fragile. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit :

« M. V. _____ présente toutefois des limitations fonctionnelles mentales et psychiques qui sont liées à son état dépressif, actuellement léger et à sa personnalité dépendante. Elles sont liées à une humeur dépressive, une anhédonie partielle, une baisse de son estime de soi, une perte de confiance à ses capacités, une fatigue importante, un sentiment d'inquiétude excessive pour son avenir ainsi qu'à des angoisses quotidiennes, d'intensité fluctuante mais aussi à sa difficulté de fond à affronter des situations de stress et de mise sous pression. Elles sont également liées à des troubles cognitifs tels qu'une baisse de l'attention et la concentration et des troubles exécutifs qui sont surtout rapportés par son entourage et qui seraient liés à son état dépressif.

Les limitations psychiques et mentales mentionnées plus haut entraînent également des limitations sur le plan social, car

l'expertisé s'enferme chez lui, il évite les contacts sociaux et a de la peine à se mobiliser.

Ces limitations diminuent partiellement sa capacité de travail. »

Les experts ont précisé que la capacité de travail était nulle dans l'activité exercée jusqu'en 2012, laquelle n'était plus exigible, mais de 70 % dans une activité adaptée à ses difficultés psychiques. L'activité adaptée devait être « loin du domaine bancaire » et consister en des tâches plutôt simples à accomplir, qui n'exposaient pas l'assuré à des facteurs de stress importants ; le lieu de travail devait en outre respecter sa fragilité psychique, ses difficultés à affronter des situations de stress et ses troubles de l'attention et de concentration. La poursuite du traitement actuel était nécessaire et une intensification de la prise en charge pourrait contribuer à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un rapport du 16 juin 2015, se ralliant aux conclusions de l'expertise, le SMR a constaté que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis novembre 2012 dans l'activité habituelle et qu'elle était de 70 % dans une activité adaptée depuis mars 2015, ce qui permettait la mise en place de mesures de réadaptation. Le SMR retenait les limitations fonctionnelles suivantes : anhédonie partielle, baisse de l'estime de soi, perte de confiance, fatigue et sentiment d'inquiétude pour l'avenir, avec des angoisses récurrentes, une baisse de la concentration et de l'attention ainsi qu'une peur des contacts sociaux.

Par communication du 17 juin 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle. Celle-ci a débouché sur la mise en place d'une mesure de reclassement professionnel sous la forme d'un réentrainement au travail comme assistant administratif à 50 % du 16 novembre 2015 au 19 février 2016, prolongée à plusieurs reprises jusqu'au 30 avril 2017 dans la perspective d'une consolidation et d'une augmentation progressive du taux de présence à 70 % (cf. communications des 19 octobre 2015, 9 février, 11 mai, 6 septembre 2016, 12 décembre 2016 et 24 janvier 2017). La dernière prolongation a été octroyée à la suite d'une intervention du Dr P. _____, qui a signalé dans un rapport du 17 janvier 2017 une exacerbation de la

symptomatologie anxio-dépressive chez l'assuré à l'approche de la fin de la mesure de réadaptation en cours, une rechute avec des symptômes invalidants entraînant des absences et une réduction de son rendement, et a sollicité que la situation de son patient soit rapidement réévaluée dans le sens d'une prolongation de la mesure ou de l'octroi d'une rente, son engagement dans une recherche d'emploi ne paraissant en l'état pas réaliste au vu du status clinique.

Répondant le 3 mai 2017 à des questions complémentaires du SMR, le Dr P. _____ a indiqué que son patient était compliant à la prise en charge proposée et que la mesure de réadaptation suivie jusqu'au 30 avril 2017 lui avait été bénéfique. Toutefois, depuis la fin de la mesure, l'assuré se retrouvait à nouveau prostré chez lui, à ruminer des idées noires et d'échec de sa vie, perdant peu à peu ses « habitudes saines » et peinant à maintenir une bonne hygiène de vie. Le médecin évaluait la capacité de travail dans une activité adaptée entre 60 et 75 %, avec un rendement réduit à 75 %, et préconisait la mise en place d'un coaching professionnel.

Dans un rapport du 30 octobre 2017, le Dr P. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique (F33.11), de trouble anxieux (F41.0), de cachexie, de consommation nocive pour la santé d'alcool (F10.0) et d'asthme bronchique. Le médecin faisait part d'un pronostic réservé et demandait une réponse rapide sur la demande de prestations de son patient, décrivant comme suit l'évolution de celui-ci depuis son précédent rapport :

« Le patient présente toujours une symptomatologie anxio-dépressive marquée. Il est très inquiet en raison de sa situation psycho-sociale, il n'arrive pas à trouver d'emploi et est toujours inscrit à la caisse de chômage. Il craint l'avenir et se dit très inquiet et en perte de confiance par rapport à l'aide dont il pourrait éventuellement bénéficier. Il se trouve de plus en plus en retrait social, ce qui aggrave la situation. Il consomme davantage d'alcool pour oublier ses soucis financiers, mais cela constitue un facteur de mauvais pronostic. Une stabilisation sur le plan de l'emploi permettra, si cela se réalise, un amendement de ce comportement de consommation. Il présente depuis plusieurs mois une perte

pondérale inquiétante et un début de cachexie, qu'il attribue au manque d'appétit en rapport avec le trouble anxio-dépressif. Cela contribue à le faire renoncer à prendre des initiatives et à se sentir fatigué et cela de manière de plus en plus invalidante. »

A la suggestion du SMR, un complément d'expertise psychiatrique a été mis en œuvre. Dans leur rapport du 25 août 2018, le Dr N._____ et la psychologue T._____ ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) dès 2009, de dysthymie (F34.1) dès 2017 et d'autres troubles anxieux (F41) dès 2017, ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F11.2) dès 2012. Ils observaient une péjoration du tableau clinique depuis 2015, dans le sens d'une chronicisation des affects dépressifs sous forme d'une dysthymie et l'apparition d'une symptomatologie anxieuse polymorphe avec des éléments d'anxiété généralisée, d'attaques de panique et d'agoraphobie. Ces symptômes étaient largement conditionnés par les difficultés financières et le sentiment d'impasse, mais aussi par la dégradation de la situation conjugale de l'assuré et devaient être vus comme « des conséquences de l'impasse sociale qui [était] la sienne après l'arrêt de la mesure ». Il s'agissait d'une évolution « prévisible chez une personnalité dépendante ». La capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle, mais de 50 % sans réduction de la performance dans une activité adaptée telle que celle d'assistant administratif exercée durant la mesure de réadaptation. Elle pourrait en outre augmenter à 70 % dans un laps de temps de six mois, étant précisé que l'enjeu était la pérennisation du poste. La reprise d'une mesure de réadaptation telle que celle déjà effectuée était exigible au taux de 50 %.

Dans son avis du 14 novembre 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts et a retenu que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % depuis mi 2017, avec une augmentation possible de 70 % dans un délai de six mois avec un suivi psychiatrique et psychothérapeutique.

Par décision du 21 août 2019, confirmant un projet de décision du 7 février 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2014, une demi-rente dès le 1^{er} juin 2015 et trois-quarts de rente dès le 1^{er} mai 2017, ainsi qu'une rente liée en faveur de sa fille née en [...]. Il a retenu l'existence d'une incapacité de travail totale ininterrompue depuis le 27 novembre 2012, puis une amélioration dès le 1^{er} mars 2015 dans le sens d'une augmentation de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 70 %, les limitations fonctionnelles étant l'anhédonie partielle, la baisse de l'estime de soi, la perte de confiance, la fatigue, le sentiment d'inquiétude pour l'avenir, les angoisses récurrentes, une baisse de la concentration et de l'attention ainsi qu'une peur des contacts sociaux. Se fondant sur les statistiques de 2014 indexées à 2015, l'OAI a tenu compte d'un revenu sans invalidité de 99'186 fr. 64 dans une activité d'employé de banque à 100 % et d'un revenu avec invalidité de 43'257 fr. pour une activité administrative du domaine de la production et des services à 70 % avec un abattement supplémentaire de 5 % pour tenir compte des désavantages liés aux limitations fonctionnelle et au taux d'activité ; le degré d'invalidité s'établissait ainsi à 56.39 %. Une aggravation de l'état de santé à partir du 1^{er} mai 2017 avec une capacité de travail réduite à 50 % dans une activité adaptée entraînait un nouveau calcul du préjudice économique sur la base des statistiques de 2016 indexées à 2017. Le revenu sans atteinte à la santé s'établissait à 97'076 fr. 55 et le revenu avec invalidité à 30'838 fr. 35, soit un degré d'invalidité de 68.23 %. L'OAI prenait par ailleurs note du fait que l'assuré acceptait de suivre un traitement médical approprié auprès du Dr P._____.

B. Le 26 août 2019, le Dr P._____ a adressé un rapport à l'OAI signalant que son patient présentait une exacerbation de la souffrance psychologique et était « clairement en incapacité de travail », depuis la découverte d'un cancer chez son épouse et la mise en place d'un traitement. Il sollicitait par conséquent la réévaluation de la situation de son patient en vue de l'octroi d'une rente entière.

L'assuré a rempli le questionnaire pour la révision de rente le 18 septembre 2019, en indiquant que son état de santé s'était aggravé depuis qu'un cancer du pancréas avait été détecté chez son épouse, en juin 2019.

Répondant le 6 décembre 2019 à un questionnaire de l'OAI, le Dr P._____ a indiqué qu'aucune activité professionnelle n'était exigible de son patient et que celui-ci ne présentait « aucune chance de réinsertion », en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive sévère entraînant notamment attaques de panique, troubles cognitifs, ralentissement psychomoteur et perte d'appétit. Le pronostic était « très défavorable », la perte de poids accentuant le manque d'énergie, la faiblesse, la perte d'équilibre et les vertiges. Il précisait que son patient était très inquiet et déstabilisé par le cancer de son épouse, dont la situation oncologique était grave.

L'épouse de l'assuré est décédée le [...] 2020, des suites de son cancer du pancréas.

Dans un avis médical du 17 septembre 2020, le SMR a relevé que le Dr P._____ faisait état d'un traitement anxiolytique, mais non d'un traitement antidépresseur, et décrivait les limitations fonctionnelles déjà connues. Il existait dès lors une discordance entre l'aggravation de l'état de santé signalée par le psychiatre traitant et le traitement, nécessitant de réinterroger le Dr P._____.

Le 30 novembre 2020, le Dr P._____ a répondu comme suit aux questions complémentaires du SMR :

« 1. Evolution depuis le dernier rapport :

L'évolution n'est pas favorable. Le patient est en deuil, son épouse est décédée le [...]2020. Le patient ne s'en sort pas sur le plan psychiatrique, il y a une nette exacerbation de la symptomatologie anxieuse et dépressive, le patient perd ses moyens et devient encore davantage dépendant de son entourage pour la gestion des tâches administratives et les [actes de la vie quotidienne]. Le patient a malheureusement recours à l'alcool pour soulager sa douleur et sa tristesse. Il présente un retrait social marqué, ne s'alimente pas

régulièrement et perd du poids, il se trouve actuellement dans un état de cachexie. Je retiens actuellement les diagnostics suivants :

Diagnostics :

- Modification durable de la personnalité, suite à de nombreux traumatismes (deuil pathologique, à un trouble dépressif récurrent et à un licenciement qu'il considère comme abusif qui la fortement déstabilisé et désinséré socialement) F 62)
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F33.2
- Trouble anxieux avec trouble panique F41
- Syndrome de dépendance à l'alcool, en consommation continue F10.2
- Cachexie

2. Limitations fonctionnelles psychiatriques :

Asthénie et fatigue, résistance fortement limitée en raison de la cachexie, du déconditionnement et du trouble dépressif. Le patient présente des troubles cognitifs, oublie ses rendez-vous, a des troubles de la concentration et de l'attention. L'humeur est très triste, il présente une aboulie et une clinophilie, avec une anhédonie. Le patient décrit des troubles de l'appétit. L'anxiété de fond et les pics d'angoisse lui font perdre ses moyens, il a totalement perdu confiance en lui et en ses compétences.

3. Evolution de la capacité de travail : depuis le dernier rapport, le patient est toujours en incapacité de travail de 100 %, et cela de manière très certainement définitive. Comme cela fait maintenant des années qu'il est en retrait social et ne travaille plus, il est devenu dépendant pour les tâches administratives et il est apragmatique, il n'est plus capable de se gérer pour effectuer les [actes de la vie quotidienne] et a besoin du soutien de ses proches pour cela. Il présente des pics d'anxiété et un trouble panique qui l'empêchent d'envisager une recherche d'emploi.

4. Le patient ne veut pas se faire hospitaliser. Il a déjà bénéficié par le passé de prises en charge hospitalières mais cela n'a apporté qu'à court terme des bénéfices, avec la reprise de bonnes habitudes de vie. Dès son retour à domicile, le patient se retrouve très rapidement dans un état d'apragmatisme et d'aboulie, avec un évitement des contacts sociaux. Le patient ne voit que ses enfants.

5. Traitement :

Médicaments : (...)

Concernant la psychothérapie, le patient a de la peine à maintenir un suivi, il se montre évitant et oublie ses rendez-vous, ceci en partie en raison de ses troubles cognitifs. Il y a un rendez-vous

chaque 2 mois environ, mais parfois davantage en fonction des difficultés rencontrées.

6. Autres remarques : le pronostic est défavorable en ce qui concerne la capacité de travail, en raison de ses troubles psychiatriques qui sont désormais chroniques et marqués dans sa personnalité. Une rente à 100 % me semble justifiée au vu de la situation dramatique et irréversible. Les soucis financiers causent une exacerbation de son anxiété et le poussent à consommer davantage pour se soulager. Nous n'avons pu établir de stratégie capable d'apporter une aide à moyen terme à sa situation médicale et sociale. »

Dans un avis du 22 décembre 2020, le SMR a relevé que le dernier rapport du Dr P._____ mentionnait les mêmes limitations fonctionnelles depuis 2017, une absence de changement de traitement qui restait basé sur les anxiolytiques, en partie à la demande, un traitement pour diminuer la consommation de l'alcool, une absence de traitement antidépresseur et une psychothérapie tous les deux mois environ, chez un assuré qui refuse un traitement adapté. Le SMR constatait ainsi l'absence d'élément médical justifiant une aggravation et l'absence d'un traitement adapté.

Le 13 janvier 2021, l'OAI a rendu un projet de décision refusant d'augmenter la rente d'invalidité, vu l'absence de limitations fonctionnelles nouvelles, de nouveau diagnostic ou d'aggravation avérée de la situation déjà connue.

Par courriers des 1^{er}, 8 et 19 février 2021, l'assuré a contesté le projet de décision. Décrivant son ressenti face à la maladie de son épouse et depuis le décès de celle-ci, il renvoyait pour le surplus aux rapports de son psychiatre traitant.

Dans un rapport du 5 mars 2021, le Dr P._____ a exposé que son patient présentait une évolution particulièrement défavorable depuis avril 2020, tant sur le plan psychiatrique que physique, car il vivait prostré à domicile, ne sortait plus en raison d'une très forte anxiété et d'une fatigue invalidante, avait de la peine à gérer ses activités de la vie quotidienne et ses tâches administratives. Les limitations physiques et mentales étaient : aboulie, difficulté à focaliser ses pensées, anxiété

sociale et comportement d'évitement des situations où il pourrait rencontrer des gens, perte de l'appétit et perte de poids causant une importante faiblesse et de la fatigue, état de dénutrition, faible estime de soi, faible résistance au stress, humeur très triste et labilité émotionnelle, ralentissement psychique, ralentissement moteur, rétrécissement de la pensée autour du deuil de son épouse, ruminations anxieuses envahissantes, trouble de la mémoire, troubles de la concentration et troubles du sommeil invalidants. D'autres limitations s'y ajoutaient en relation avec l'ancienne activité professionnelle. Le Dr P._____ émettait un pronostic « sombre » sur le plan de la capacité de travail.

Dans son avis médical du 22 mars 2021, le SMR a constaté l'absence d'éléments médicaux nouveaux.

Par décision du 26 avril 2021, reprenant les motifs développés dans son projet, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente de l'assuré.

C. V._____, désormais représenté par CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée par acte du 20 mai 2021, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée. Il a fait valoir, d'une part, que sa situation médicale n'avait pas été suffisamment instruite, une expertise psychiatrique étant nécessaire pour évaluer sa capacité de travail, et, d'autre part, qu'il fallait tenir compte de son âge, proche de la retraite, pour évaluer l'exigibilité d'exercer une activité professionnelle.

Dans sa réponse du 28 juin 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Reprenant et développant l'argumentation de sa décision, il relevait que l'écoulement du temps, respectivement l'approche de l'âge de la retraite, n'étaient pas des éléments susceptibles de justifier une augmentation de rente.

Répliquant le 11 août 2021, le recourant a relevé, s'agissant de la discordance relevée entre l'aggravation alléguée et le traitement suivi, que son psychiatre traitant n'avait pas estimé opportun de lui prescrire un anti-dépresseur en raison de sa dépendance à l'alcool. Cependant, le rapport d'expertise du 25 août 2018 retenait à titre de mesures médicales raisonnablement exigibles uniquement la mise en place d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique, auquel il s'était plié, sans mention de la nécessité d'une médication comprenant un anti-dépresseur. Le recourant a par ailleurs produit un rapport établi le 6 août 2021 par le Dr P. _____, posant le nouveau diagnostic d'état de stress post traumatique F43.1, qui venait s'ajouter aux diagnostics déjà signalés de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F33.2, de trouble anxieux avec trouble panique F41, de syndrome de dépendance à l'alcool en consommation continue F10.2 et de cachexie. Il précisait que le nouveau diagnostic, qui résultait de l'évolution du recourant depuis l'agonie et le décès de son épouse en avril 2020, permettait une meilleure compréhension de l'état de santé de son patient et expliquait la mauvaise réponse aux thérapies. La prise en charge avait été modifiée en conséquence et un traitement neuroleptique introduit, adaptations auxquelles le recourant se conformait.

Par duplique du 8 septembre 2021, l'intimé s'est rallié à l'avis rendu le même jour par le SMR, selon lequel le nouveau diagnostic posé et la modification du traitement qui s'ensuivait rendaient nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin d'évaluer de façon objective l'état de santé du recourant.

E n d r o i t :

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse, rendue le 26 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dans le cadre d'une demande d'augmentation de rente.

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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 LPGGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la

décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

4. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) Pour 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI. Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique.

Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en septembre 2019. Il a toutefois conclu que l'aggravation de l'état psychique alléguée depuis sa décision, rendue en août 2019, n'était pas démontrée par des éléments objectifs, dès lors que le psychiatre traitant de l'assuré ne mentionnait pas de nouvelles limitations fonctionnelles et n'avait pas modifié sa prise en charge. Le recourant conteste cette appréciation et a produit, en procédure de recours, un nouveau rapport de son psychiatre traitant posant un nouveau diagnostic.

Il y a lieu de relever préliminairement qu'il s'agit de comparer la situation médicale telle qu'elle se présentait au moment de la décision du 21 août 2019, avec celle qui prévalait au moment de la nouvelle décision, en avril 2021. Pour rendre sa décision en août 2019, l'intimé s'est fondé principalement sur les conclusions d'une expertise psychiatrique déposée en 2015 et complétée en 2018, à laquelle le SMR s'est entièrement rallié. La décision elle-même reprend intégralement l'argumentation développée dans le projet du 7 février 2019, l'assuré n'ayant pas réagi à ce projet et aucun rapport médical supplémentaire n'était parvenu à l'intimé dans l'intervalle.

Aucun des deux rapports d'expertise ne comporte une analyse des ressources du recourant, pourtant essentielle en matière d'évaluation de l'invalidité en cas d'atteintes psychique (cf. notamment ATF 145 V 215). Néanmoins, les auteurs du rapport du 4 juin 2015 avaient relevé

chez le recourant une difficulté de longue date à prendre des initiatives seul, un besoin de se soumettre à la volonté des autres, une « peur d'être abandonné par les personnes avec qui il avait des relations proches », qu'il a « souvent autorisées à prendre des décisions à sa place » (ch. 5, p. 9). Ils notaient que le mariage de l'expertisé avait une fonction stabilisante et renforçait ses capacités d'adaptation dans des situations de stress, l'épouse représentant une « figure soutenante » qui avait contribué à la création d'un « cocon familial » rassurant, dans lequel l'assuré s'était souvent réfugié pour affronter ses difficultés professionnelles. Le premier épisode dépressif sévère était intervenu dans un contexte où l'intégrité du noyau familial était menacée (cancer de l'épouse en 2009 et accidents des fils), rendant le recourant « moins tolérant aux stressseurs externes et diminuant ses capacités adaptatives », en l'occurrence lorsque ses compétences professionnelles ont été remises en cause. Puis, le complément d'expertise du 25 août 2018 présentait le status suivant, s'agissant du trouble dépressif (ch. 4, p. 11) :

« La thymie est triste sans fixation de la tonalité au pôle dépressif. Vision pessimiste et amère de sa trajectoire et de l'absence d'aide de la part du milieu bancaire, projection négative, voire impossible, dans l'avenir. Athymhormie au premier plan sans anhédonie ni aboulie. Légère baisse de l'élan vital. Vécu de dévalorisation et de perte de valeur sans sentiment de culpabilité. Absence de distorsions cognitives de la lignée dépressive. Absence d'idées noires ou d'idéations suicidaires lors de l'entretien. Troubles du sommeil et perte de l'appétit. Anxiété situationnelle manifeste avec tension interne et sentiment de malaise diffus. Mention de nombreux symptômes anxieux somatiques (pointe au cœur, palpitations, maux de ventre), avec éléments d'agoraphobie (hésite [à] quitter son domicile et se rend rarement dans les grandes surfaces), et des attaques de panique occasionnelles. »

Les auteurs de ce second rapport d'expertise ont ensuite fait état d'un fonctionnement de personnalité « basé sur les besoins de dépendance au premier plan avec recherche d'un Moi auxiliaire (en l'occurrence l'AI), une faible ouverture à l'expérience avec recherche d'une routine sécurisante, un fort sentiment d'insuffisance existentielle, une difficulté à rendre des décisions quelconques avec un locus de contrôle externe, une gestion défailante des pulsions agressives qui sont refoulées pour faire irruption à travers la passivité ou des rares crises clastiques ». Le tableau clinique était complété par « la sensibilité à la

critique et les tendances projectives quant aux raisons des échecs ». A propos de l'interaction des diagnostics (ch. 6.3, p. 13), les experts de 2018 ont relevé que les symptômes dépressifs étaient « largement conditionnés par les difficultés financières et le sentiment d'impasse, mais aussi par la dégradation de sa situation conjugale », ce qui était « une évolution prévisible chez une personnalité dépendante après l'arrêt de la mesure professionnelle qui le soutenait ». Quant à l'évolution de l'état psychique du recourant depuis 2015 (ch. 7.1, pp. 13s), ils ont exposé ce qui suit :

« L'évolution de l'expertisé après 2015 a été en dents de scie. Content de l'intégration dans une mesure, mais très dépendant de l'environnement, il a manifesté une péjoration de sa thymie et de ses symptômes après avoir pris conscience de la difficulté de trouver un emploi à la fin de la mesure. Dès lors (mi-2017) on assiste à la manifestation d'une dysthymie avec vision pessimiste de l'avenir, somatisation du registre dépressif et installation dans une attitude passive à la recherche d'un sauveur externe. Le trouble de la personnalité conditionne cette réaction qui est accompagnée de symptômes anxieux polymorphes qui correspondent à l'effondrement des capacités adaptatives du Moi. Il est important de signaler l'absence de suivi psychiatrique et le désintérêt de l'expertisé qui se montre réticent à toute remise en question de sa situation. Ainsi, il est pratiquement dans l'impossibilité d'avancer vers un amendement des symptômes, sa demande essentielle étant une aide externe qui lui permettra de gérer les problèmes financiers. La dépendance à l'alcool est évidemment secondaire à sa problématique psychiatrique, constitue une manière aisée de gérer l'anxiété, mais n'est pas invalidante sur le plan professionnel. »

Il est ainsi mis en exergue dans les deux rapports d'expertise, non seulement une forte dépendance de l'état psychique du recourant à son environnement social, mais également le rôle central de son épouse dans le maintien de son équilibre. Autrement dit, les experts sont unanimes pour dire que le recourant est particulièrement démuni en cas de changement dans son environnement psychosocial et que son épouse constitue sa principale ressource. Or, ces éléments ne semblent pas avoir été pris en compte par le SMR lorsqu'il a examiné les rapports médicaux établis par le Dr P. _____ à l'appui de la nouvelle demande du recourant, alors que ce médecin signalait d'emblée une exacerbation des symptômes en lien avec le cancer découvert chez son épouse en mai 2019, puis après le décès de celle-ci. En regard des deux rapports d'expertise au dossier, il est manifeste que le cancer de l'épouse entraînait une sérieuse remise en question de la principale ressource du recourant, et constituait par

conséquent un changement notable des circonstances, susceptible d'avoir un impact sur le degré d'invalidité.

Il apparaît en outre que, dans ses avis de septembre 2020 et de mars 2021 sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rejeter la nouvelle demande, le SMR a retenu l'absence d'éléments médicaux nouveaux dans les rapports transmis par le Dr P._____, ce qui est inexact. En effet, alors que ce médecin avait signalé, fin 2017, un début de cachexie, cet élément n'avait pas été repris par les auteurs du rapport d'expertise du 25 août 2018, où il était seulement question de perte d'appétit dans un contexte de stabilisation du trouble dépressif. Cependant, dans son rapport du 6 décembre 2019, le Dr P._____ a mentionné à nouveau la cachexie et précisé à cet égard que son patient présentait une inappétence, une fonte musculaire avec un poids inférieur à 60 kg, une dyspnée, des tremblements importants au point de ne plus pouvoir faire les mouvements fins. Il relevait aussi l'apparition de nouveaux symptômes, à savoir des troubles cognitifs, un ralentissement psychomoteur, une hypersomnie et une clinophilie, éléments qui n'étaient pas présents dans ses précédents rapports. Puis, invité à établir un rapport plus précis à la demande du SMR, le Dr P._____ a encore signalé dans son rapport du 30 novembre 2020 le diagnostic de cachexie, en précisant au chapitre des limitations fonctionnelle qu'elle induisait une résistance fortement limitée. Il a par ailleurs constaté, dans ce même rapport, une modification durable de la personnalité en lien avec un deuil pathologique et un trouble dépressif récurrent, en précisant que l'épouse du recourant était décédée en avril 2020. Ces éléments étaient toujours présents dans le rapport du 5 mars 2021, où le Dr P._____ a évoqué une fatigue invalidante et mentionné dans les limitations fonctionnelles, entre autres, l'aboulie, la perte de l'appétit et perte de poids entraînant une importante faiblesse et de la fatigue, un état de dénutrition et un rétrécissement de la pensée autour du deuil de son épouse. Ainsi, dès son rapport de décembre 2019, le psychiatre traitant a signalé un ensemble d'éléments médicaux objectifs qui n'existaient pas lorsque la première décision a été rendue.

Finalement, le SMR a vu, dans le rapport du Dr P. _____ du 6 août 2021, de nouveaux éléments d'ordre médical susceptibles de modifier son appréciation, à savoir le nouveau diagnostic posé et la modification du traitement en conséquence, mais a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour évaluer de façon objective l'évolution de l'état de santé. Compte tenu des conclusions des précédentes expertises et des éléments d'ordre médical rapportés par le psychiatre traitant, un tel examen complémentaire paraît toutefois superflu. On ne discerne du reste pas ce qu'une expertise psychiatrique, diligentée alors que le recourant aura presque atteint l'âge de la retraite, pourrait apporter. La première décision retenait déjà une invalidité importante en raison de plusieurs atteintes d'ordre psychique et le recourant a rendu vraisemblable, dès le dépôt de sa nouvelle demande, une aggravation de son état de santé. A cet égard, le psychiatre traitant a fourni suffisamment d'éléments permettant d'admettre objectivement une péjoration progressive de ses troubles psychiatriques depuis la découverte du cancer du pancréas chez son épouse. En conséquence, il y a lieu de s'écarter des avis du SMR et de retenir une aggravation notable de l'état de santé du recourant, justifiant de retenir une incapacité de travail totale depuis le décès de son épouse, soit dès avril 2020. Cette incapacité de travail est durable, la persistance des symptômes présentés par le recourant ayant amené le médecin à évoquer une modification durable de la personnalité dès novembre 2020 en lien avec le décès de l'épouse, avant de retenir l'existence d'une nouvelle atteinte, avec le diagnostic d'état de stress post-traumatique, en août 2021.

La modification durable de l'état de santé conduisant à une incapacité totale de travail induit le droit à une rente entière trois mois après le début de l'aggravation, soit dès le 1^{er} août 2020.

7. A titre de mesure d'instruction, le recourant a dans un premier temps demandé l'audition des parties. Il y a cependant implicitement renoncé dans sa réplique, en sollicitant une dispense de comparution personnelle. Il a cependant maintenu ses réquisitions tendant à l'audition du Dr P. _____ en qualité de témoin, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une

expertise psychiatrique. L'intimé a pour sa part fait valoir, dans sa duplique, qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir de tels compléments d'instruction. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite aux requêtes des parties. 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 certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens qu'une rente entière est octroyée au recourant dès le 1^{er} août 2020.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat d'une assurance de protection juridique, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 800 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 la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que V._____ a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} août 2020.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 V._____ un montant de 800.- (huit cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA (pour V._____),
- 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 :