

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2023

Composition : M. NEU, président
Mmes Silva et Rondi, assesseures
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat auprès
d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 21 al. 4 LPGA ; art. 7 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'un CFC d'employé de commerce. Il a travaillé entre les mois d'octobre 1998 et de décembre 2018 en qualité de contrôleur de données pour le compte de la société [...] SA à [...].

Le 7 août 2019, l'assuré a déposé, par l'intermédiaire de son assureur perte de gain maladie, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant souffrir de dépression et d'un burn-out depuis le mois de janvier 2019.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a recueilli le dossier de l'assureur perte de gain, qui contenait notamment :

- un rapport du 17 juin 2019 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, lequel faisait état du diagnostic d'état anxio-dépressif depuis début janvier 2019 et d'une capacité de travail nulle du 28 janvier au 30 juin 2019 dans l'activité habituelle ;
- un rapport du 11 juillet 2019 de la Dre U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel mettait en évidence les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladie] F41.2) et de probable burn-out (CIM-10 Z73) depuis 2018 environ.

Dans un rapport non daté, reçu le 26 novembre 2019 par l'OAI, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué que les tâches accomplies par ce dernier dans son activité de contrôleur de données consistaient à paramétrer des données de base, à contrôler leur pertinence, à fournir l'information aux collègues et à tester les flux en base. Ces tâches exigeaient de grandes capacités de concentration, d'endurance et de soin ainsi qu'une faculté d'interprétation moyenne.

Le 30 janvier 2020, l'assureur perte de gain de l'assuré a transmis à l'OAI un rapport d'expertise établi - à sa demande - le 30 octobre 2019 par la Dre X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il en ressortait en substance qu'actuellement, aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail ne pouvait être retenu. L'assuré souffrait d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22), et d'un burn-out (CIM-10 Z73.0), lesquels étaient en rémission. Sa capacité de travail était nulle entre le 28 janvier et le 23 octobre 2019, puis pleine dès le 24 octobre 2019, date de l'examen clinique.

Par rapport du 17 février 2020 à l'OAI, le Dr A.D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a relevé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (CIM-10 F43.23), de modification gênante de la personnalité (CIM-10 F61.1), de difficultés dans les rapports avec les parents et les beaux-parents (CIM-10 Z63.1 ; le patient avait été élevé par ses grands-parents et son père biologique ne l'avait pas reconnu à la naissance) et de burn-out (CIM-10 Z73.0). Il n'a en revanche pas été en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré.

Le 14 mai 2020, le Dr P._____ a communiqué à l'OAI un rapport du 8 mai 2020 du Dr A.D._____, lequel faisait état des mêmes diagnostics posés dans son rapport du 17 février 2020 et d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 1^{er} octobre 2019, ainsi qu'un rapport du 29 avril 2020 du Dr H._____, spécialiste en cardiologie, lequel notait le diagnostic de fuite aortique modérée à importante (2-3/4) sur une très probable bicuspidie aortique.

Le 27 mai 2020, le Dr H._____ a réalisé une IRM (imagerie par résonance magnétique) cardiaque, laquelle a mis en lumière un ventricule gauche hypertrophié, non dilaté et de fonction systolique normale, de même qu'une fuite aortique excentrique importante à sévère (3/4) avec une fraction régurgitée de 33 %.

Par avis du 2 février 2021, la Dre J._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé nécessaire de réinterroger les Drs A.D._____ et H._____ sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Par rapport du 8 mars 2021 à l'OAI, le Dr H._____ a exposé que l'assuré souffrait d'une valvulopathie aortique avec fuite aortique importante à sévère évaluée à 3/4 sans répercussion au niveau des cavités cardiaques et avec une évolution clinique stable. Sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle ainsi que dans une activité physique régulière non-intense et n'exigeant pas de soulever des charges supérieures à 5 kg.

Par rapport du 15 avril 2021 à l'OAI, la Dre B.D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie - laquelle avait remplacé le Dr A.D._____ à la suite de son décès -, a déclaré que l'état de santé de l'assuré ne s'améliorait pas. Les diagnostics listés par l'ancien psychiatre traitant dans ses rapports des 8 mai et 17 février 2020 restaient valables. L'assuré était toujours incapable de travailler depuis le début de son traitement. La situation s'était par ailleurs aggravée en raison de la survenance des problèmes au niveau cardiaque principalement.

Par avis du 21 avril 2021, la Dre J._____, du SMR, a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au vu de la discordance entre les différentes évaluations des médecins sur ce plan.

Le 23 août 2021, l'assuré a été examiné par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 27 août 2021, celui-ci a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2). Il a attesté une capacité de travail nulle depuis le 18 (recte : 28) janvier 2019 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « [u]n état de fatigue, un évitement de toute demande de la part d'un tiers, évitement du contact interpersonnel, des ruminations à propos de [l]a situation actuelle et de [l']avenir professionnel, une perte d'énergie, une

perte de confiance en [l]a capacité à travailler ». Dans la mesure où la symptomatologie n'était pas traitée, l'introduction, en sus de la psychothérapie déjà en place, d'un traitement médicamenteux adapté, tel que celui prescrit à l'époque par la Dre U._____, devait toutefois permettre à l'assuré de récupérer une pleine capacité de travail au terme d'un délai de trois mois.

Par avis du 22 septembre 2021, la Dre J._____, du SMR, a adhéré aux conclusions de l'expertise précitée, précisant que la situation médicale devait être réévaluée une année plus tard.

Le 27 septembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2022 (*recte* : 1^{er} février 2020). Il l'a néanmoins enjoint de suivre un traitement psychotrope approprié dans le dessein d'améliorer son état de santé et, par conséquent, sa capacité de travail et de gain, sous peine de voir ses prestations refusées ou réduites.

Le 28 octobre 2021, l'assuré a répondu à l'OAI qu'il refusait de se soumettre au traitement indiqué. Il a en substance expliqué craindre les effets de ce dernier, dès lors que des membres de sa famille ayant pris par le passé ce type de médication souffraient aujourd'hui de la maladie d'Alzheimer.

Le 5 novembre 2021, l'OAI a rappelé à l'assuré que s'il s'opposait au traitement demandé, la sanction consisterait à lui refuser la prestation, de sorte que son droit à la rente serait limité à la date de sa réponse négative. Un nouveau délai lui a donc été imparti pour faire part de sa position.

Le 15 novembre 2021, l'assuré a confirmé sa volonté de ne pas se soumettre au traitement psychotrope requis.

Par décision du 8 février 2022 confirmant un projet de décision du 16 novembre 2021, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière

d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} février 2020 au 30 novembre 2021.

B. Le 10 mars 2022, L. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant à sa réforme en ce sens que le droit à une rentière d'invalidité – non limitée dans le temps – lui soit reconnu dès le 1^{er} février 2020. Il a dans l'essentiel soutenu que le traitement pharmacologique n'aurait pu débuter que dans le courant du mois de septembre 2021, sa psychiatre traitante ayant reçu le rapport d'expertise du Dr R. _____ à ce moment-là. Aussi, l'intimé aurait dû attendre, conformément à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), une période de trois mois après la constatation de l'amélioration de son état de santé pour mettre un terme au droit à la rente, soit au plus tôt au 31 mars 2022.

Par réponse du 25 avril 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 8 février 2022.

Le 15 juin 2022, le recourant a joint à sa réplique un rapport du 17 mai 2022 de la Dre B.D. _____, laquelle a exposé que plusieurs traitements antidépresseurs avaient précédemment été instaurés par le Dr P. _____, puis par le Dr A.D. _____ ; ces derniers ne s'étaient cependant pas montrés concluants en raison d'une mauvaise compliance et d'une peur vis-à-vis des effets secondaires.

Par duplique du 7 juillet 2022, l'intimé – s'appuyant sur un avis du 5 juillet 2022 de la Dre J. _____, du SMR – a défendu que la Dre B.D. _____ ne proposait aucun argument médical autre que la non-compliance de son patient pour contre-indiquer le traitement psychotrope demandé, si bien que ses propos n'étaient pas à même de remettre en doute les conclusions du rapport d'expertise du 27 août 2021.

Le 5 septembre 2022, le recourant a communiqué à la Cour de céans un rapport établi le 29 août 2022 par la Dre B.D. _____, laquelle

contestait les conclusions du Dr R. _____ quant à la pertinence de donner à son patient un traitement antidépresseur.

Le 11 octobre 2022, l'intimé a produit un rapport du 10 octobre 2022 de la Dre J. _____, du SMR, laquelle a relevé que la mise en place d'un traitement antidépresseur avait jadis permis une évaluation favorable de l'état de santé du recourant ; le Dr A.D. _____ avait par ailleurs continué de le prescrire sans qu'aucun signe d'intolérance n'ait été mis en évidence ; c'était en définitive le recourant qui avait décidé de son propre chef d'arrêter son traitement, ce pour des motifs non justifiés sur le plan médical.

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) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité pour la période au-delà du 30 novembre 2021.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition

transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'espèce, par décision du 8 février 2022, l'intimé a accordé au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2020 au 30 novembre 2021. Ce dernier a recouru contre cette décision, concluant à ce que le versement de cette prestation ne soit pas limité dans le temps. Ainsi, dans la mesure où la date de la naissance du droit à la rente est antérieure au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) 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).

4. 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

5. a) Selon un principe général en droit des assurances sociales, concrétisé à l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de sa part pour réduire la durée et l'étendue

de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (obligation de diminuer le dommage). Il doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels) ; il s'agit en particulier : de mesures d'intervention précoce (art. 7 al. 2 let. a LAI), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 7 al. 2 let. b LAI), de mesures d'ordre professionnel (art. 7 al. 2 let. c LAI), de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal ([loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] ; art. 7 al. 2 let. d LAI) ou de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente au sens de l'art. 8a al. 2 LAI (art. 7 al. 2 let. e LAI).

b) Les traitements médicaux visés par l'art. 7 al. 2 let. d LAI englobent toute mesure diagnostique ou thérapeutique, ambulatoire ou stationnaire, de même que des soins de longue durée, dont on peut raisonnablement espérer, au stade de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la personne assurée et, par conséquent, de sa capacité de travail. La perception subjective, par la personne assurée, de l'utilité du traitement n'est pas pertinente. La preuve de l'amélioration que le traitement aurait pu apporter n'a pas à être rapportée strictement, mais doit être démontrée avec une certaine vraisemblance. Le degré de vraisemblance exigé dépend de l'ampleur de l'atteinte aux droits de la personnalité causée par le traitement (Anne-Sylvie Dupont, in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 54 *ad* art. 21 LPGA).

c) En vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle

possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références).

6. a) En l'espèce, sur le plan somatique, le recourant présente une valvulopathie aortique avec fuite aortique importante à sévère. Cette atteinte à la santé n'entraîne toutefois aucune répercussion sur sa capacité de travail, comme l'a attesté le Dr H. _____ dans son rapport du 8 mars 2021. La conclusion de ce spécialiste n'est à cet égard remise en cause ni pas une autre pièce au dossier ni par l'assuré dans ses écritures.

b) aa) Dès lors, faute d'atteinte invalidante d'un point de vue physique, la problématique réside dans la seule appréciation des affections psychiques dont souffre le recourant. Dans ce cadre, l'intimé s'est appuyé sur le rapport d'expertise du 27 août 2021 du Dr R. _____ - lequel a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et précisé que la capacité de travail était nulle depuis le 28 janvier 2019 dans toute activité, mais pouvait être rétablie au terme d'un délai de trois mois après l'introduction d'un traitement médicamenteux adapté en sus de la psychothérapie déjà en place - pour reconnaître à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps.

bb) Aussi, il ressort de ce rapport que l'expert psychiatre a procédé à une étude circonstanciée des points litigieux. Il s'est à cet effet prononcé sur les raisons l'ayant conduit à écarter le diagnostic de

modification gênante de la personnalité (CIM-10 F61.1) retenu par la psychiatre traitante, spécifiant ne pas avoir d'argument suffisant pour attester que les modes habituels de perception interne et de conduite étaient déviés, dans leur ensemble, des attitudes culturellement attendues et acceptées (normes). Son rapport s'est en outre reposé sur des examens psychiatriques complets, une analyse des aptitudes de l'assuré ayant d'ailleurs été réalisée à l'aune de la Mini CIF-APP. Les plaintes exprimées par le recourant, en particulier celles relatives à ses angoisses et au stress ont également été prises en considération. Le rapport d'expertise a au demeurant été établi en pleine connaissance des multiples rapports des médecins et psychiatres traitants ainsi que du rapport d'expertise du 30 octobre 2019 de la Dre X._____. Enfin, le Dr R._____ a décrit et apprécié la situation médicale avec clarté et précision et fait part de conclusions motivées quant à l'estimation de la capacité de travail et à l'exigibilité d'un traitement psychotrope afin de la rétablir dans un délai de trois mois. Sur ce point, il a indiqué que la symptomatologie anxieuse-dépressive ne faisait actuellement pas l'objet d'une thérapie médicamenteuse, ce qui causait à l'assuré un état de stress l'empêchant de mobiliser ses ressources comme par le passé. La mise en œuvre d'un tel traitement était de ce fait susceptible d'améliorer son état de santé avec un pronostic de succès quasi-total, ce type de médication ayant déjà été prescrite, avec succès, au début de la prise en charge, en 2019. La capacité de travail a de surcroît été évaluée au regard du catalogue d'indicateurs (cf. *supra* consid. 3d), l'expert ayant à ce titre mis notamment en évidence un trouble d'une certaine gravité, des fragilités personnelles sur le plan narcissique, des difficultés à entretenir des relations harmonieuses au niveau familial et affectives sur le plan sentimental de même qu'un investissement légèrement diminué dans les loisirs et les activités sociales.

Partant, au vu de ce qui précède, il apparaît que le rapport d'expertise du 27 août 2021 du Dr R._____ satisfait à l'ensemble des exigences jurisprudentielles en matière d'appréciation des pièces médicales (cf. *supra* consid. 4b), de sorte qu'il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante. C'est donc à juste titre que l'intimé a accordé

au recourant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, tout en l'invitant à se soumettre - conformément à son obligation de limiter le dommage - à un traitement psychotrope adapté, dans la mesure où ce dernier permettait de rétablir sa capacité de travail avec un degré de prévisibilité quasi-total.

cc) Les rapports des 17 mai et 29 août 2022 de la Dre B.D. _____ ne sauraient mettre en doute l'avis de l'expert psychiatre, dès lors que cette spécialiste y expose que seule la non-compliance de l'assuré face aux précédents traitements antidépresseurs était à l'origine de leur échec. Elle n'explique en outre pas en quoi le suivi d'une thérapie médicamenteuse adaptée ne pourrait être exigé, le Dr R. _____ ayant d'ailleurs déclaré à ce sujet qu'aucune pathologie somatique ou comorbidité contre-indiquait son introduction et que le recourant disposait de suffisamment de ressources cognitives pour comprendre l'importance de se voir prescrire un tel traitement. Au demeurant, l'assuré plaide en vain qu'il serait en droit de refuser un traitement psychotrope en raison des effets secondaires engendrés par ce dernier, ceux-ci n'étant qu'hypothétiques. Il échoue en conséquence à apporter la preuve - dont le fardeau lui incombe (cf. TF 8C_741/2018 du 22 mai 2019 consid. 3.3) - de l'inexigibilité de cette mesure thérapeutique.

c) Sur le plan formel, l'intimé a envoyé, le 27 septembre 2021, une première missive au recourant, afin de l'enjoindre à suivre le traitement exigible, tout en le rendant attentif aux conséquences d'un refus. À la suite de sa réponse négative, une seconde mise en demeure lui a été communiquée le 5 novembre 2021 et un nouveau délai de réflexion lui a été imparti. Ainsi, au vu de ces démarches, il apparaît que cette autorité s'est conformée aux exigences découlant de l'art. 21 al. 4 LPGA avant de rendre sa décision du 8 février 2022.

d) Cela dit, le recourant n'ayant été invité par l'intimé à se soumettre au traitement antidépresseur préconisé qu'à la fin du mois de septembre 2021, cette mesure n'aurait donc pu être introduite - en cas

d'accord de sa part – qu'à ce moment-là, si bien que sa capacité de travail n'aurait pu être rétablie qu'à la fin du mois de décembre 2021, trois mois après. Etant donné que la réduction ou le refus des prestations doit prendre effet à partir du mois au cours duquel la ou les mesures demandées auraient entraîné une amélioration de l'invalidité qui aurait permis de réduire ou supprimer le droit à la prestation (cf. OFAS, Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], état au 1^{er} février 2023, ch. 5055), l'intimé n'était pas justifié à mettre un terme au droit à la rente au 30 novembre 2021, en se fondant sur la date à laquelle le recourant lui a définitivement fait part de son intention de ne pas se soumettre audit traitement. Au contraire, le droit à la rente doit être supprimé trois mois après la première mise en demeure, soit au 31 décembre 2021. Le délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI ne trouve à cet égard pas application, dans la mesure où, à l'issue de la période de trois mois arrêtée par le Dr R. _____, il était déjà vraisemblablement attendu que le rétablissement de la capacité de travail de l'assuré se maintienne durant une assez longue période (cf. TF 8C_36/2019 du 30 avril 2019 consid. 5 ; TF 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.1).

7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 8 février 2022 par l'intimé réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} février 2020 au 31 décembre 2021.

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. 1^{bis} LAI). Vu l'issue du litige, à savoir une admission très partielle du recours, il convient de les répartir à raison de deux tiers pour la partie recourante et d'un tiers pour l'intimé. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont dès lors mis à la charge de la partie recourante par 400 fr. et à la charge de l'intimé par 200 francs.

c) La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette

indemnité réduite à 300 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 la partie intimée.

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Hichri peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1000 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 700 fr. (1'000 fr. - 300 fr.), sera provisoirement supporté par le canton.

e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 8 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est renformée en ce sens que L._____ a droit à une rentière entière d'invalidité entre le 1^{er} février 2020 et le 31 décembre 2021.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud par 200 fr. (deux cents francs).

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 300 fr. (trois cents francs) à titre de dépens réduits.

- V.** L'indemnité d'office de Me Karim Hichri, conseil d'office de L._____, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 700 fr. (sept cents francs), débours et TVA compris.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :