

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 décembre 2023

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Durussel, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffier : M. Genilloud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**I.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Quentin Beausire, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 ; 4 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse originaire du [...], né le [...], marié et père d'une fille née en [...], titulaire d'une licence universitaire en science économique obtenue à l'Université d' [...] ([...]), aide cuisinier, a déposé le 4 novembre 2020 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant être suivi pour un trouble dépressif et un problème de dos, à l'origine d'une incapacité totale de travail à compter du 2 juin 2020.

Selon l'extrait de son compte individuel, l'intéressé avait notamment travaillé pour le compte de la Fondation M. \_\_\_\_\_ d'octobre 2013 à mai 2014, auprès de la Fondation T. \_\_\_\_\_ de février à novembre 2017, et durant le mois d'octobre 2018 pour W. \_\_\_\_\_ SA. En dehors de ces périodes, il était inscrit en qualité de personne sans activité lucrative depuis 2013.

Dans un rapport du 7 décembre 2020, le Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué des lombosciatalgies depuis 2010 ainsi que des migraines avec aura depuis 2009. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était entière, sous réserve de pouvoir alterner la position assise et debout deux à trois fois par heure et de ne pas devoir porter des charges supérieures à cinq kilos. Il a indiqué qu'il avait attesté des incapacités de travail pour les périodes du 20 au 22 mars 2017 ainsi que du 16 au 29 mars 2020.

Dans un rapport du 17 décembre 2020, les Drs C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G. \_\_\_\_\_, médecins au [...], ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), survenu en mars 2020 dans un contexte de deuil, soit la perte de son beau-frère. Ces médecins ont émis des réserves s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, précisant que ce dernier présentait des symptômes dépressifs envahissants qui ne lui permettaient pas de

répondre aux exigences d'une activité professionnelle. Ils ont estimé que l'assuré ne pouvait travailler plus deux heures et demie par jour, tant dans son ancienne activité que dans une activité adaptée, précisant qu'ils pouvaient espérer une reprise progressive du travail à hauteur de 30 %. En raison de ces troubles psychiques, l'assuré était en incapacité totale de travail à compter du 25 juin 2020.

Dans un avis médical du 15 octobre 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin au SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité), a pris position sur les deux rapports précités. Il a relevé que sur le plan somatique, le Dr Y.\_\_\_\_\_ exprimait une capacité de travail totale avec quelques limitations fonctionnelles en raison des lombalgies, lesquelles n'étaient pas décrites ni étayées. Sur le plan psychique, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé que les médecins des [...] rendaient crédible l'atteinte thymique actuelle mais pas le trouble dépressif récurrent, le Dr L.\_\_\_\_\_ évoquant un trouble de l'adaptation survenant dans le cadre d'un deuil pathologique plutôt qu'à une atteinte structurelle. Le SMR a demandé aux [...] un nouveau rapport afin de connaître l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Dans leur rapport du 18 novembre 2021, les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G.\_\_\_\_\_, des [...], ont exposé qu'ils avaient constaté une augmentation de la symptomatologie anxio-dépressive, avec une expression somatique. Ils ont estimé que le patient était totalement incapable de travailler, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, en particulier en raison de la décompensation accompagnée de symptômes dépressifs envahissants, qui ne lui permettaient pas de répondre aux exigences d'une activité professionnelle à 100 %. Ils ont précisé que l'état de santé psychique de l'assuré justifiait une incapacité totale de travail du 26 juin 2020 au 30 novembre 2021.

Par avis médical du 16 décembre 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le rapport du 18 novembre 2021 des [...] était assez peu cohérent, ce dernier, sans évoquer d'aggravation, faisant état d'une

capacité de travail nulle alors que leur dernier rapport du 17 décembre 2020 mentionnait une capacité de travail de 30 %. Il a dès lors préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Ladite expertise a été diligentée par la Dre N.\_\_\_\_\_, sous la supervision du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins au Service des spécialités psychiatriques des [...] ([...]), lesquels ont rendu leur rapport le 20 avril 2022. Les experts ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen, actuellement en rémission (F32.1), tout en excluant le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr G.\_\_\_\_\_, compte tenu de l'absence d'antécédent d'épisode dépressif avéré chez l'assuré et du fait que son état psychiatrique d'alors ne répondait pas aux critères pour un épisode dépressif, même léger. Les experts ont considéré que l'assuré souffrait actuellement de symptômes anxieux légers qui ne constituaient pas un diagnostic psychiatrique et qui ne provoquaient pas d'altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, ils l'ont estimé complète dans son activité habituelle, préconisant toutefois, au vu de la période d'arrêt de travail prolongé depuis juin 2020, soit vingt-et-un mois, une reprise progressive du travail dans un contexte de mesures de réinsertion professionnelle, en débutant par une reprise à 50 %, avec une capacité de travail totale après quatre semaines, sans réduction de la performance pendant ce temps de présence.

Dans son avis médical du 11 mai 2022, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise et a fait siennes les conclusions qu'elle contenait. Il a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % de mars 2020 au 27 mars 2022 et de 0 % depuis le 28 mars 2022. S'agissant de la capacité de travail exigible, elle était de 100 %, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, précisant qu'aucune limitation fonctionnelle n'était retenue.

Par projet de décision du 31 mai 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2021 au 30 juin 2022.

Dans ses observations du 13 juin 2022, l'assuré a contesté le projet de décision, demandant de lui octroyer « une prolongation de délais qui va au-delà du 30 juin 2022 », faisant valoir que son état de santé était toujours le même.

Dans leur rapport du 7 septembre 2022, les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G.\_\_\_\_\_, des [...], ont estimé que l'assuré remplissait les critères compatibles avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et ont constaté la persistance de symptômes résiduels. Selon eux, l'évolution était toujours réservée et une reprise du travail demeurerait compliquée à cet instant, précisant que l'assuré bénéficiait d'un traitement psychothérapeutique et psychiatrique intégré avec des entretiens mensuels réguliers auprès du Dr G.\_\_\_\_\_. A l'instar des experts, ils ont recommandé une reprise progressive du travail via une mesure de réinsertion professionnelle avec, dans un premier temps, un taux d'activité de 50 % qui pouvait être réévalué par la suite.

Dans son avis médical du 10 novembre 2022, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a maintenu sa position. Selon lui, le rapport du 7 septembre 2022 des [...] ne faisait état d'aucune aggravation, de sorte qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait. En l'absence des trois critères majeurs (anhédonie, perte d'énergie et attitude triste), la dépression pouvait être considérée comme en rémission.

Dans une prise de position du 15 novembre 2022, destinée à faire partie intégrante de la décision à rendre, l'OAI, reprenant l'avis du 10 novembre 2022 du Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a informé l'assuré que le rapport du 7 septembre 2022 des [...] ne permettait pas de remettre en doute le bien-fondé de son projet de décision.

Par décision du 11 janvier 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 31 mai 2022 et reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2021 au 30 juin 2022.

**B.** Par acte du 9 février 2023, I.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une « aide de réinsertion professionnelle ». Il fait pour l'essentiel valoir que les experts avaient proposé une reprise progressive du travail à 50 %, ce que l'OAI a ignoré. Il se réfère également au rapport du 7 septembre 2022 de son psychiatre traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, en indiquant que celui-ci recommande au moins de suivre les consignes de l'expertise et de mettre en place des mesures de réinsertion avec une reprise progressive du travail.

Dans sa réponse du 17 avril 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il expose que si les experts ont certes évoqué des mesures de réinsertion de quatre semaines, ils ont retenu une capacité totale de travail au jour de l'expertise. Ainsi, au vu de la récupération d'une exigibilité totale dans toute activité, il y a lieu de confirmer la décision entreprise.

Par réplique du 18 août 2023, le recourant, désormais représenté par Me Quentin Beausire, a conclu à l'annulation de la décision du 11 janvier 2023 et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision après mise en œuvre des mesures de réadaptation nécessaires. En substance, il fait à nouveau valoir que contrairement aux experts, le Dr G.\_\_\_\_\_, dans son rapport probant du 7 septembre 2022, a retenu que l'épisode dépressif moyen n'était pas en rémission, ce qui ne lui permettait pas de reprendre une activité à temps plein et nécessitait une mesure de réinsertion professionnelle. Il se réfère encore à la jurisprudence du Tribunal fédéral et expose qu'il avait atteint l'âge de 55 ans révolus au moment de la décision du 11 janvier 2023, si bien qu'il pouvait prétendre à l'octroi d'une telle mesure.

Par duplique du 12 septembre 2023, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours. Si le recourant, âgé de plus de 55 ans, appartient effectivement à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, l'intimé estime que l'intéressé est en mesure de retrouver une activité sans l'intervention de l'assurance-invalidité, sachant qu'il a récupéré une exigibilité entière dans toutes activités, y compris celles qui étaient siennes par le passé.

### **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.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à mettre un terme au 30 juin 2022 à la rente entière accordée au recourant à compter du 1<sup>er</sup> mai 2021.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup>

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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, la décision entreprise prend pour point de départ du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) la date du 1<sup>er</sup> mars 2020 et admet l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2021 (en raison de la demande tardive de l'assuré). L'ancien droit demeure donc applicable au cas d'espèce.

**4. 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)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**5. a)** 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) et aux syndromes de dépendance primaire à des substances psychotropes (ATF 145 V 215).

**b)** Il convient 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).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

S'agissant spécialement du succès du traitement ou la résistance au traitement, le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité. L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré signale un pronostic négatif. Les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent plus être traités. L'évolution d'un trouble psychique vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour en évaluer le degré de gravité : sans une évolution de longue date et consolidée, une incapacité de travail

invalidante n'est guère concevable (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; 141 V 281 consid. 4.3.1.2 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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

**6.** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**7. 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).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**8.** En l'espèce, il sied tout d'abord de relever qu'il n'est pas contesté que le recourant a présenté, à partir du mois de mars 2020, une période d'incapacité totale de travail, dans toutes activités. Les parties ne s'accordent toutefois pas sur l'étendue de la capacité de travail exigible à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022. Au vu des avis divergents du Dr G.\_\_\_\_\_ et du médecin du SMR sur cette question, une expertise psychiatrique a été diligentée auprès des Drs N.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_.

Les experts, constatant l'absence d'humeur dépressive, d'anhédonie, de fatigabilité et d'antécédent d'épisode dépressif avéré, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1), actuellement en rémission. Ils ont indiqué qu'il était possible que le recourant ait vécu un deuil simple consécutif au décès de son beau-frère, précisant que ce trouble était résolu. Ils ont considéré que la capacité de travail du recourant était complète dans toutes activités, préconisant toutefois, au vu de la période d'arrêt de travail prolongé depuis juin 2020, soit vingt-et-un mois, une reprise progressive du travail, dans un contexte de mesures de réinsertion professionnelle, en débutant par une reprise à 50 %, avec une capacité de travail totale après quatre semaines, sans réduction de la performance pendant ce temps de présence.

Les experts ont rendu leur rapport sur la base d'une anamnèse détaillée, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier et des plaintes du recourant, en faisant état de ses antécédents, du déroulement d'une de ses journées et de son traitement. Ils se sont également renseignés sur les loisirs, les activités sociales et la perception qu'avait l'assuré de son avenir. Ils ont personnellement rencontré le recourant à trois reprises, lors de trois entretiens (le Dr X. \_\_\_\_\_ uniquement lors du dernier), pour une durée totale de 6 heures et 30 minutes ; ils se sont également entretenus avec le Dr G. \_\_\_\_\_ par téléphone. Leurs conclusions sont dûment motivées, claires et exemptes de contradiction ; en outre, ils ont motivé les incohérences qu'ils avaient relevées dans la prise en charge par le Dr G. \_\_\_\_\_ et ont expliqué en détail pourquoi ils ne pouvaient retenir, à l'instar de ce dernier, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Sur ce dernier point, il y a lieu de constater que les experts ont pris en considération les déclarations du Dr G. \_\_\_\_\_, selon lesquelles il avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent car l'anamnèse avait identifié chez le recourant deux antécédents d'épisodes dépressifs en 1990 et 2007, tous deux de rémission spontanée sans traitement ni suivi psychiatrique (expertise, p. 18). Contrairement à ce médecin, ils ont toutefois retenu que ces antécédents n'étaient pas avérés.

Il sied ensuite de relever que les experts ont intégré les indicateurs jurisprudentiels pertinents (cf. supra consid. 4c) à leur analyse.

Tout d'abord, les experts ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen, actuellement en rémission. A cet égard, ils ont relevé que le recourant ne remplissait pas les critères de l'épisode dépressif actuel, même léger ; le recourant souffrait de symptômes anxieux légers, lesquels ne constituaient toutefois pas un diagnostic psychiatrique et ne provoquaient pas d'altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (expertise, p. 21). Pour le reste, aucun symptôme de la lignée psychotique ni de trouble de la personnalité borderline n'a été décelé (expertise, pp. 17 et 18). Ainsi,

l'atteinte psychique présentée par le recourant peut tout au plus être qualifiée de légère.

D'un point de vue thérapeutique, les experts ont observé que le recourant refusait tout traitement psychopharmacologique quotidien, notamment parce qu'il prenait déjà suffisamment de traitements pour ses maladies physiques et craignant les effets secondaires (expertise, p. 20). A tout le moins prenait-il de manière sporadique le Lorazépam qui lui avait été prescrit en réserve en cas d'angoisse (expertise p. 11). A noter également qu'entre mars 2020 et juillet 2021, le recourant avait été traité par Mirtazapine, ce qui avait, selon ses dires, amélioré son sommeil et diminué son anxiété. Il avait toutefois de son propre chef arrêté ce traitement lors d'un voyage au [...] en juillet 2021 car il allait psychiquement mieux (idem). A cet égard, les experts ont considéré que ce manque de compliance n'était pas lié à une psychopathologie mais notamment à des croyances erronées (expertise, p. 20). Ils ont finalement préconisé de poursuivre le suivi psychiatrique et psychothérapeutique afin de préserver la capacité de travail et d'éviter une rechute dépressive (expertise, p. 22). Ainsi, des possibilités thérapeutiques existent encore dans le cas du recourant, et ce dernier ne se trouve pas dans une situation où une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération maximale de sa part, aurait définitivement échoué. Au contraire, les troubles dont il souffre peuvent encore être traités et sa situation psychique peut être stabilisée, moyennant une adaptation de sa prise en charge thérapeutique et une meilleure compliance.

Le recourant possède en outre de nombreuses ressources, tant sur le plan personnel qu'externe. Les experts ont décrit une personnalité plutôt émotionnellement stable (expertise, p. 16). Le recourant a des contacts téléphoniques réguliers (chaque deux jours) avec sa mère qui se trouve au [...]. Il entretient de bonnes relations avec son épouse et sa fille avec lesquelles il fait ménage commun. Il se décrit comme la « locomotive » du couple, il prend les décisions et effectue les tâches ménagères (expertise, p. 6) et les activités instrumentales de la vie

quotidienne de la famille (y compris le paiement des factures, les courses, le ménage, la vaisselle, et le recyclage, ...) (expertise p. 11). Il passe son temps libre avec son épouse, se balade en ville, jardine, fait du bricolage et passe du temps avec des amis, précisant qu'il a un bon entourage social aussi bien à Lausanne que dans d'autres villes de Suisse romande qu'il voit régulièrement (expertise, p. 12).

Par ailleurs, ces éléments démontrent également que ses troubles psychiques n'influencent que de manière limitée ses activités quotidiennes.

S'agissant des comorbidités, les experts ont bien tenu compte des affections somatiques et des traitements pris par le recourant à cet égard (expertise, pp. 2, 11 et 19). Quoiqu'il en soit, le recourant n'allègue pas souffrir d'atteintes somatiques qui seraient invalidantes, de telles atteintes n'ayant au demeurant jamais été évoquées par les médecins consultés.

Ainsi, l'examen des différents indicateurs laisse apparaître que les atteintes à la santé diagnostiquées ne présentent pas un caractère suffisamment invalidant, qui empêcherait le recourant d'exercer une activité, spécifiquement au regard de la faible gravité des atteintes et de la présence d'importantes ressources mobilisables. D'ailleurs, selon ses propres dires, il serait capable de travailler dans un emploi avec peu de stress (expertise, p. 12). Dans ces conditions, l'intimé pouvait se fonder sur l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les experts. Le fait que ceux-ci ont préconisé une reprise progressive, à savoir à 50 % durant quatre semaines dans le cadre d'une mesure de réinsertion, ne change rien. D'une part, la capacité de travail du recourant a été reconnue comme totale par les experts, ce dès la date de leur dernier entretien avec le recourant, soit le 28 mars 2022. De plus, comme le relève le Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr Y.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 7 décembre 2020, avait estimé que la capacité de travail du recourant était totale sur le plan somatique, et n'avait pas signalé d'aggravation depuis cette date.

Pour le surplus, s'agissant du rapport du 7 septembre 2022 du Dr G.\_\_\_\_\_, déjà produit dans le cadre de la procédure administrative, lequel posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, il a été soumis au SMR. Dans son avis du 10 novembre 2022, le Dr L.\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr G.\_\_\_\_\_ ne faisait état d'aucune aggravation et se basait sur le même état de fait, par ailleurs connu des experts. Il s'agissait donc d'une appréciation différente d'un même état de fait.

**9.** Dans un autre moyen, le recourant, se référant à l'ATF 145 V 209, soutient que dans la mesure où il avait l'âge de 55 ans révolus au moment de la décision du 11 janvier 2023, il pouvait prétendre à l'octroi de mesures de réadaptation.

**a)** Selon la jurisprudence, il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (cf. TF 9C\_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.1 ; 9C\_276/2020 du 18 décembre 2020 consid. 6 et les arrêts cités).

En l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, c'est-à-dire lorsque la volonté de se réadapter n'existe pas pour des raisons étrangères à l'invalidité, la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion et sans qu'il soit nécessaire d'engager préalablement une procédure de mise en demeure avec un délai de réflexion au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA (TF 9C\_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3 et les références citées). Pour établir cette volonté, il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail. Les explications et les demandes formulées dans la procédure de préavis et devant le tribunal cantonal des assurances peuvent également être pertinentes (TF 9C\_231/2015 du 7 septembre 2015 consid. 4.2 et les références citées).

**b)** En l'espèce, il est établi que le recourant, né en 1965, avait atteint l'âge de 55 ans révolus au moment où la décision du 11 janvier 2023 a été rendue. Il a également expressément demandé, dans ses écritures, à pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation. Cela étant, compte tenu des éléments qui suivent, on ne saurait y voir une motivation suffisante à l'égard de mesures de réadaptation.

En effet, le recourant n'a eu, depuis plus de dix années, que de brèves périodes d'activité professionnelle. La plupart de ses contrats de travail étaient de durée déterminée ou consistaient en des stages de courte durée. Il a également démissionné à trois reprises des postes qu'il occupait. Les différents stages effectués par le recourant l'ont d'ailleurs été dans le contexte de mesures de réinsertion. Or, il a expliqué n'avoir jamais réussi à trouver d'emploi à la suite des différents stages, avançant qu'il n'y avait pas assez de place pour tous les candidats, ce sans se remettre en question (expertise, p. 8). Il a également déclaré être découragé par le marché de l'emploi et était d'avis qu'il n'était pas possible de retrouver un emploi à son âge. En outre, les experts ont également noté une forme de blessure narcissique en raison de la non-reconnaissance de ses domaines de compétence universitaire (les sciences économiques), car il n'avait pas pu faire reconnaître ses diplômes

en Suisse (expertise, p. 14). Les experts ont également relevé que le recourant avait réussi des études universitaires dans lesquelles il s'était investi mais n'avait pas trouvé un emploi où il pouvait utiliser ses compétences intellectuelles et être payé à la hauteur de ses espérances (expertise, pp. 14 et 15). Aux dires du recourant, les activités qu'il a exercées en Suisse consistaient uniquement en des activités manuelles, physiques, peu rémunératrices et ne nécessitant pas de diplôme universitaire, ce qui, de l'avis des experts (expertise, p. 15), a pu entraîner un sentiment de dévalorisation de sa propre personne et participer à son découragement par rapport à son avenir professionnel. Il apparaît ainsi que selon toute vraisemblance, le recourant ne souhaite pas exercer d'activités simples et répétitives qui ne correspondraient pas réellement à ses capacités intellectuelles. En outre, si les experts ont relevé une ouverture à l'expérience « moyenne » et une préférence de la nouveauté à la routine (expertise, p. 17), éléments qui pourraient, dans un premier temps du moins, plaider en faveur de la mise en place d'une mesure de réadaptation, ils ont également relevé une autodiscipline faible, indiquant une tendance à la procrastination des tâches jugées comme pénibles et une propension à abandonner car facilement découragé (expertise, p. 17). Combiné au fait que le recourant se sent dévalorisé dans les activités qu'il a effectuées jusqu'à présent, ce dernier élément laisse entrevoir la perspective que le recourant abandonne l'éventuelle mesure mise en place, à tout le moins si celle-ci ne correspond pas à ses aspirations. Enfin, le Dr G. \_\_\_\_\_ est également d'avis qu'une mesure de réinsertion professionnelle serait vouée à l'échec, ce même s'il était au bénéfice d'un traitement de fond bien conduit pour le traitement de la dépression et de l'anxiété (expertise, p. 18). Ainsi, contrairement à ce que le recourant allègue, son aptitude subjective à la réadaptation fait défaut et son recours doit également être rejeté sur ce point.

Par surabondance, il sied de relever que la situation du recourant n'est pas comparable à celle d'une personne qui, au terme de sa rente limitée dans le temps, est tenue de changer d'activité pour une activité adaptée. Le recourant a en effet récupéré une exigibilité entière dans toute activité, y compris dans celles qu'il avait exercées par le passé.

**10. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 11 janvier 2023 confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 3 mars 2023.

**c)** En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

**d)** Le recourant 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 Beausire peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 10 octobre 2023, dont il n'y a pas lieu de s'écarter, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'424 fr. 85, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il 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 rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 janvier 2023 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office du conseil du recourant est arrêtée à 1'424 fr. 85 (mille quatre cent vingt-quatre francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
  
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Quentin Beausire (pour l. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :