

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juillet 2024

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Durussel et M. Oulevey, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourante, représentée par Mes Anne Meier et Amel Benkara, avocates, à Genève,

et

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

ainsi que

C._____, à [...], tiers intéressé, représenté par Me Charles Guerry, avocat, à Fribourg.

Art. 8 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après également : l'assuré), né en 1964, est marié et père de deux enfants adultes. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'horticulteur, il a exercé différentes activités commerciales avant d'être engagé en qualité de chef des ventes par G._____AG dès le 1^{er} avril 2001.

Dans l'intervalle, il a formulé une première 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), le 8 novembre 2000, en raison d'une fracture de la clavicule droite, d'une déchirure des ligaments et d'une luxation acromio-claviculaire, consécutives à un accident de vélo survenu en août 1995.

Après avoir sollicité les pièces du dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), l'OAI a diligenté un examen bidisciplinaire (chirurgie orthopédique et psychiatrie) au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Le rapport correspondant, établi le 28 février 2002, a retenu un status après trois interventions chirurgicales pour luxation acromio-claviculaire droite, conflit acromio-claviculaire et rupture partielle de la coiffe des rotateurs, ainsi que des cervico-scapulalgies chroniques résiduelles, en l'absence de toute pathologie psychiatrique. La capacité de travail était entière dans l'activité habituelle.

Par décision du 22 avril 2002, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité.

B. C._____ a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI le 8 décembre 2020. Il soulignait souffrir principalement d'un épuisement psychologique depuis son licenciement par G._____AG, intervenu le 25 septembre 2020, au terme d'un engagement professionnel de près de vingt ans. Il était par ailleurs atteint de douleurs des épaules et de la nuque, en lien avec l'accident de

vélo de 1995, lesquelles entraînaient des blocages et des douleurs permanentes limitant la position statique prolongée. Il avait souffert d'un accident vasculaire cérébral (AVC ; obturation de l'artère de l'œil droit) en 2005 avec pour conséquences une perte de vision, des problèmes d'équilibre et une forte sensibilité à la lumière. Il mentionnait également une opération de l'épaule gauche en 2015, une pancréatite en raison d'un problème d'alcoologie en 2016, avec dégradation de son état de santé et perte pondérale de 35 kg, des opérations des cervicales et de la prostate en 2017, ainsi que des diverticules en 2018. Etaient fournies en annexe les pièces médicales relatives aux pathologies somatiques précitées.

Dans un rapport d'employeur complété le 8 janvier 2021, G._____AG a confirmé avoir engagé l'assuré à 100 % dès le 1^{er} avril 2001 en qualité de chef des ventes et lui avoir communiqué son licenciement le 25 septembre 2020 pour des motifs économiques. L'assuré percevait un salaire mensuel de 13'810 fr. dès le 1^{er} janvier 2020. Il avait été en arrêt de travail complet dès le 25 septembre 2020.

L'OAI s'est procuré le dossier constitué par K._____SA, assureur perte de gain en cas de maladie. Le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Centre H._____, indiquait à cet assureur, le 1^{er} décembre 2020, avoir pris en charge l'assuré une fois par semaine dès le 8 octobre 2020, dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). L'assuré était « un homme ambitieux », « investi corps et âme dans son travail durant toute sa carrière professionnelle, négligeant son hygiène de vie psychique et physique sur les plans individuel, familial et social ». Il s'était « surinvesti dans un rythme professionnel effréné (responsabilités managériales au niveau international, multiples voyages internationaux et européens hebdomadaires, travail les week-ends, etc.) ». Il était désormais en état d'épuisement psychique à la suite de ce surmenage professionnel chronique. Il présentait également des problèmes somatiques et psychosomatiques (perte de la mobilité de l'épaule droite après l'accident de vélo de 1995, perte de l'usage de l'œil droit du fait d'un AVC en 2005, abus chronique d'alcool en 2016, hernie cervicale en 2017, multiples

opérations abdominales en 2017 et 2018 et douleurs sciatiques et lombaires depuis 2017 environ). Il était limité sur le plan de ses capacités motrices. Depuis son licenciement, il avait développé un trouble de l'adaptation d'intensité sévère. L'incapacité de travail était totale depuis le 10 octobre 2020 dans toutes activités. Au titre de limitations fonctionnelles, étaient évoqués des difficultés à se déplacer et se mouvoir en raison de douleurs récurrentes, des troubles cognitifs se manifestant par des difficultés de concentration et de planification, ainsi que des signes mineurs de désorganisation de la pensée. L'assuré présentait également des symptômes dépressifs sévères, une humeur anxieuse, des ruminations, une perte de goût généralisée et une impossibilité à faire des projets.

K. _____ SA a également produit une évaluation psychiatrique confiée au Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 2 décembre 2020, ce dernier mentionnait les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen (F32.1) et d'insomnie non-organique (F51.0). Etaient évoqués, sans influence sur la capacité de travail, des traits ou troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive, éventuellement narcissique, un status post consommation nocive d'alcool et post dépendance aux benzodiazépines. Le spécialiste relevait qu'un traitement antidépresseur pouvait être exigé dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage, en plus de la psychothérapie ambulatoire. Dans la mesure où l'assuré disposait de ressources, une capacité de travail significative dans une activité adaptée, sans charges managériales et sans stress, pouvait être attendue. L'incapacité totale de travail se justifiait néanmoins en l'état. Le spécialiste envisageait une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée dès mars 2021, laquelle pourrait être augmentée de 10 à 15 % tous les mois pour atteindre environ 80 % dès juillet 2021, puis 100 % à l'automne 2021, éventuellement dans le cadre de mesures de réadaptation professionnelle. Le Dr L. _____ relevait que le licenciement n'était pas la seule cause de la maladie, mais en avait été le déclencheur principal.

A la demande de l'OAI, G._____AG a précisé les revenus annuels réalisés par l'assuré entre 2016 et 2020, par courriers du 18 mars 2021, comme suit :

- 2016 :salaire mensuel : 12'960 fr. x 13 ; gratification : 27'332 fr. ;
- 2017 :salaire mensuel : 13'012 fr. x 13 ; gratification : 32'196 fr. ;
- 2018 :salaire mensuel : 13'417 fr. x 13 ; gratification : 31'626 fr. ;
- 2019 :salaire mensuel : 13'701 fr. x 13 ; gratification : 34'822 fr. ;
- 2020 :salaire mensuel : 13'810 fr. x 13 ; gratification : 38'023 fr.

La Dre N._____, médecin généraliste traitant, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 15 mai 2021, mentionnant que l'assuré présentait une décompensation psychique sur problèmes de travail (burn out) depuis septembre 2020, des douleurs chroniques des épaules des deux côtés (état après chute à vélo en 1995 avec luxation de l'articulation acromio-claviculaire droite, après deux opérations de l'épaule droite entre 1995 et 1998, après décompression subacromiale et SLAP repair en 2000 et après révision opérative d'une lésion de la coiffe des rotateurs à gauche en 2014) et des douleurs chroniques de la nuque sur altérations dégénératives (état après décompression et stabilisation C6-C7 en 2017). Elle rapportait également un état après AVC, après embolie de l'artère rétinale droite, après embolie pulmonaire sur thrombose en 2005 et après fermeture du foramen ovale en 2006, ainsi qu'une cholécystectomie en 2012, une opération de la prostate en 2017, une résection rectosigmoïde sur diverticulites à répétition en 2018 et un reflux gastro-œsophagien. L'assuré avait connu un stress au travail « depuis des années », avec une situation conflictuelle et des troubles du sommeil chroniques. L'incapacité totale de travail dès le 25 septembre 2020 avait été prononcée par le psychiatre traitant, auquel la Dre N._____ renvoyait.

Par rapport du 7 juin 2021, les Drs P._____ et M._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre H._____, ont réitéré suivre l'assuré à raison d'une séance hebdomadaire depuis le 8 octobre 2020. Ce dernier présentait un épisode anxiodépressif majeur dans le contexte d'un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Malgré une légère amélioration, les symptômes suivants étaient relevés : ralentissement psychomoteur, bradypsychisme, humeur déprimée, fatigue chronique, troubles du sommeil, inappétence, anxiété généralisée, en sus de problèmes somatiques sur les plans musculosquelettique, nerveux et visuel. L'incapacité totale de travail prononcée dès le 8 octobre 2020 se poursuivait, alors que l'assuré élaborait un projet professionnel indépendant. Dans ce contexte, deux heures de travail par jour pouvaient être envisagées, avec éventuellement le soutien de l'assurance-invalidité.

Dans une note d'entretien du 15 juin 2021, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que l'assuré était toujours en incapacité totale de travail. Il n'était pas en mesure de reprendre son activité habituelle, ne se sentant plus capable d'avoir une vie professionnelle aussi active. Il projetait une réinsertion professionnelle dans la culture bio (culture d'arbres fruitiers, d'asperges et installation d'un poulailler) avec des perspectives de gain d'environ 20'000 fr. par an durant les premières années. Il comptait sur l'allocation d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis un terme à son mandat, relevant qu'aucune mesure n'apparaissait opportune pour réduire le préjudice économique (cf. rapport d'intervention précoce du 21 juin 2021).

K._____SA a transmis à l'OAI un tirage du rapport d'expertise psychiatrique, rédigé le 27 octobre 2021 sur son mandat, par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il retenait les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen (F32.1), d'anxiété généralisée (F41.1) et de burn out (Z73.0) depuis le 25 septembre 2020. Les diagnostics de personnalité anankastique (F60.5), présente depuis l'âge adulte, et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à

l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.20), depuis 2016, demeuraient sans incidence sur la capacité de travail. L'assuré présentait des limitations en lien avec la flexibilité et l'adaptabilité, les activités spontanées, la capacité d'endurance et de résistance, d'affirmation de soi, de contacts et de conversations avec des tiers, ainsi que d'intégration à un groupe. Après être resté isolé et prostré à son domicile, l'assuré avait repris progressivement de petites activités dès mars 2021 (lecture, marche, jardinage). Un trouble du sommeil sévère, l'état dépressif, l'anxiété sévère et le burn out moyen constituaient des obstacles à la reprise d'une activité professionnelle. La capacité de travail demeurait nulle en l'état dans toutes activités. En sus de la prise en charge spécialisée, l'introduction d'une médication était recommandée. Il convenait de réévaluer la situation à une échéance de six mois.

L'assuré a produit auprès de l'OAI un rapport du Dr T._____, spécialiste en prévention et en santé publique, du 8 novembre 2021, lequel avait assumé son suivi depuis 2015 dans le cadre de cures thermales. Ce praticien indiquait lui avoir prodigué des traitements de physiothérapie et d'ostéopathie en raison des tensions musculaires au niveau des épaules et de la nuque. Il avait constaté que l'assuré était dans un état de santé physique et psychique préoccupant qui ne lui permettait désormais plus aucune reprise professionnelle, avec responsabilités et déplacements, ni même dans un bureau, compte tenu des douleurs réfractaires, de la limitation des mouvements et de la vision, ainsi que des pertes d'équilibre et de la fatigabilité.

Le 17 novembre 2021, les Drs P.____ et U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du Centre H._____, ont rapporté que l'assuré présentait des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et des troubles du sommeil non organiques. L'incapacité de travail était toujours de 100 %, malgré une légère amélioration sur le plan thymique. L'assuré restait vulnérable, en particulier dans la gestion du stress, se trouvant rapidement surmené, fatigué, avec des difficultés à rester concentré. Une capacité de travail de

20 % (deux heures par jour) pourrait être envisageable, sans précision en termes d'échéance. Les limitations avaient trait aux déplacements, à la gestion du stress, à la capacité de concentration et à l'endurance, ainsi qu'à la rapidité, l'adaptation et le contact avec les gens. L'assuré était compliant au traitement psychothérapeutique, en l'absence de traitement médicamenteux.

Par rapport intermédiaire du 28 février 2022, le Centre H._____, soit pour lui le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10), d'insomnie non organique (F51.0) et d'état d'épuisement (Z73.0). La prise d'un antidépresseur avait permis d'améliorer le sommeil, l'assuré se sentant moins crispé durant la nuit et dormant mieux. Une stabilisation lente de la situation était observée. L'assuré était plus calme et moins stressé par rapport à sa situation professionnelle, se rendant compte qu'il devait changer sa manière de vivre. Il demeurait fragile, tandis que la poursuite de la psychothérapie et de la médication antidépressive s'imposait. L'assuré exprimait des craintes par rapport à sa capacité à reprendre un travail intéressant, avec une perte d'estime de lui-même et une dévalorisation du fait de ne plus pouvoir travailler. Il relatait une fatigue permanente et des moments de perte de réalité. Il était limité dans sa capacité d'adaptation à l'imprévu, ce qui générait de fortes angoisses. Les limitations physiques et psychiques entravaient l'assuré dans sa vie quotidienne. Sur le plan locomoteur, il se déplaçait avec difficultés en raison de douleurs récurrentes. Au niveau cognitif, il présentait des difficultés de concentration, de mémorisation et de planification, ainsi qu'à trouver les mots, perdant facilement le fil de sa phrase. Il se fatiguait vite lors d'une tâche ou d'une activité. Il était incapable de faire face à l'imprévu et de replanifier ses tâches en s'adaptant. Sur le plan affectif, il montrait des symptômes dépressifs moyens, une humeur anxieuse, des ruminations et une incapacité à faire face à des projets d'envergure. La reprise d'une activité, même adaptée, demeurait impossible en l'état.

Par avis du 2 mai 2022, le SMR a retenu le diagnostic de « burn out évoluant défavorablement vers un épisode dépressif sévère » entraînant une capacité de travail nulle dans toutes activités depuis le 25 septembre 2020. Il mentionnait également les diagnostics de cervicalgies, de séquelles d'AVC et de douleurs de l'épaule gauche. Les limitations fonctionnelles psychiatriques consistaient en une diminution de la flexibilité, des symptômes dépressifs, une diminution de la capacité d'endurance, de la capacité à établir des contacts, d'affirmation de soi, d'intégration dans un groupe et des troubles du sommeil. Sur le plan somatique, le SMR relevait une diminution de la mobilité du rachis cervical et de l'épaule, une cécité à droite et la restriction du port de charges, lesquelles demeuraient toutefois sans incidence sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. Une révision du cas pouvait être envisagée à l'échéance d'une année.

L'OAI a établi un projet de décision le 30 mai 2022, informant l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière de l'assurance-invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} septembre 2021.

C. Par correspondance du 28 juin 2022, I._____, réassureur de la caisse de pension de G.____AG, B._____ (ci-après également : la caisse de pension ou la recourante), a annoncé contester le projet de décision susmentionné. Dans une écriture complémentaire du 16 août 2022, I._____ a adressé à l'OAI un tirage de l'avis du même jour émanant de son médecin conseil, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier estimait que les diagnostics posés au sein du Centre H._____ ne permettaient pas de conclure à une incapacité totale de travail en faveur de l'assuré. En particulier, le diagnostic de trouble de l'adaptation constituait par nature un trouble psychique de peu de gravité, qui n'atteignait pas l'intensité d'un épisode dépressif léger ou d'un trouble anxieux, ni d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Une telle atteinte à la santé ne pouvait dès lors pas, selon le spécialiste, être responsable d'une incapacité de travail totale. En outre, le lien thérapeutique avec l'assuré pouvait biaiser l'appréciation de la

capacité de travail. Un diagnostic trop large et une prise en charge surprotectrice du médecin de l'assuré, avec pour conséquence des arrêts maladie trop longs, sans traitement adéquat en parallèle, pouvaient s'avérer problématiques. Une telle situation pouvait engendrer des demandes de soins irréalistes, voire des comportements régressifs, et l'adoption d'une identité de victime ou d'invalidé. Le Dr S. _____ préconisait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au sein d'une « institution neutre ».

Par pli du 27 septembre 2022, l'assuré, assisté de Me Charles Guerry, a adressé à l'OAI un rapport rédigé dans un courriel du 23 septembre _____ 2022 par le Dr X. _____ du Centre H. _____. Ce praticien faisait état d'un état dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), en raison d'une grande fatigabilité, de troubles cognitifs fonctionnels, d'une vulnérabilité à tout facteur de stress et d'une forte anxiété. Ces troubles s'accompagnaient de « troubles physiques douloureux accentuant [le] handicap ». Le traitement antidépresseur se poursuivait, de même que la psychothérapie. L'incapacité de travail totale était maintenue pour toutes activités.

Le 18 octobre 2022, le Dr X. _____ a répondu à diverses questions du SMR. Il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), de personnalité anankastique (F60.5) et de burn out (Z73.0). L'état de son patient demeurait stationnaire, voire s'aggravait, en raison des « incertitudes administratives » et des « éléments de recours ». Le suivi psychothérapeutique se poursuivait, ainsi que la prise d'une médication antidépressive. Les répercussions des atteintes à la santé psychique étaient « conséquentes dans les domaines de la vie courante ». L'assuré avait perdu beaucoup de confiance en lui, alors que tout était source d'angoisses et d'anxiété. L'incapacité totale de travail se poursuivait.

Par avis du 8 novembre 2022, le SMR a maintenu son appréciation du cas, telle que communiquée le 2 mai 2022, retenant une

situation stationnaire décrite par le Dr X._____ dans ses réponses du 18 octobre 2022.

L'OAI a établi un prononcé à l'adresse de la caisse de compensation compétente le 9 novembre 2022 et retenu un degré d'invalidité de 100 %, ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité en faveur de l'assuré dès le 1^{er} septembre 2021. Les décisions corrélatives ont été rendues les 24 novembre et 2 décembre 2022.

D. B._____, représentée par Mes Anne Meier et Amel Benkara, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 12 décembre 2022, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise (éventuellement pluridisciplinaire) de l'assuré afin d'évaluer sa capacité de travail et, principalement, à l'annulation de la « décision du 9 novembre 2022 ». A titre subsidiaire, elle a conclu à l'annulation de la « décision du 9 novembre 2022 » et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire en lien avec de possibles mesures de réadaptation. Elle faisait valoir que l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré opérée par l'OAI ne reposait pas sur des rapports médicaux probants, tandis que les possibilités de réadaptation et de réinsertion n'avaient pas été investiguées. Par mémoire de recours complémentaire du 30 janvier 2023, B._____ a reproché à l'OAI d'avoir pris en considération un épisode dépressif sévère en faveur de l'assuré, alors qu'aucun des rapports médicaux antérieurs aux réponses du Dr X._____ du 18 octobre 2022 ne faisait état d'un tel diagnostic. De nombreuses affections différentes avaient pas ailleurs été évoquées dans le cas de l'assuré, sans toutefois qu'une médication adéquate n'ait été envisagée avant février 2022, alors même que les experts mandatés par K._____ SA s'étaient étonnés de l'absence de traitement antidépresseur. Dite médication, introduite un an et demi après la survenance de l'incapacité de travail, n'avait pas été augmentée malgré les allégations d'aggravation de la situation. En outre, différents spécialistes, y compris les psychiatres traitants, avaient envisagé la possibilité que l'assuré se consacre à des activités adaptées à des taux réduits, sans investigations à

cet égard de la part de l'OAI. Cela étant, ni l'expertise réalisée par le Dr R._____, ni les différents rapports médicaux établis par les psychiatres traitants n'avaient examiné à satisfaction les indicateurs préconisés par la jurisprudence fédérale. B._____ relevait également que l'OAI n'avait envisagé aucune mesure de réadaptation dans le cas particulier, en dépit du projet professionnel indépendant entamé par l'assuré et des ressources affichées par ce dernier tout au long de son parcours professionnel. Était notamment annexé au bordereau de pièces produit le 30 janvier 2023 un nouvel avis du Dr S._____, rédigé le 5 décembre 2022. Ce dernier procédait tout d'abord à la critique du rapport d'expertise du Dr R._____, lequel avait pris en compte un diagnostic de « burn out », alors qu'il ne s'agissait pas d'un trouble psychique mais d'une « description d'état » ne justifiant pas en tant que telle une incapacité de travail. Aucune discussion des indicateurs pertinents n'avait été conduite, tandis que les capacités selon la Mini-CIF-App avaient été discutées de manière incomplète. Le rapport du Dr R._____ datait enfin de plus d'un an, ce qui ne permettait pas de déterminer une éventuelle stabilisation de la situation de l'assuré sous traitement adéquat. Les rapports du Centre H._____ des 28 février, 30 septembre et 18 octobre 2022, ne permettaient pas de comprendre les troubles diagnostiqués, faute de status psychique étayé. Enfin, le Dr S._____ s'étonnait de l'absence d'intensification et de diversification des mesures thérapeutiques.

L'OAI a répondu au recours le 30 mars 2023 et conclu à son rejet. Il s'est référé à un avis du SMR du 21 mars 2023, lequel maintenait sa position in casu, constatant l'absence d'amélioration de la capacité de travail de l'assuré malgré les traitements dispensés. L'OAI relevait par conséquent que la mise en œuvre de mesures de réadaptation était, en l'état, prématurée.

Par réplique du 24 avril 2023, B._____ a confirmé ses griefs et réitéré ses conclusions.

L'OAI en a fait de même par duplique du 12 juin 2023.

Invité à se déterminer dans la présente cause, C._____, représenté par Me Guerry, a conclu au rejet du recours par acte du 31 août 2023, vu la teneur des rapports établis par ses médecins traitants, dont il a sollicité l'audition dans le cadre de débats publics. Contestant la position de la caisse de pension et estimant que les avis du Dr S._____ reposaient sur un dossier incomplet, il a rappelé être atteint non seulement dans sa santé psychique, mais également sur le plan physique. Son état de santé psychique n'était au demeurant pas encore stabilisé, de sorte qu'aucune capacité de travail ne pouvait être retenue. Il s'est notamment prévalu de nouvelles pièces médicales, à savoir :

- un rapport du Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie et thérapie interventionnelle de la douleur, du 10 août 2023, lequel soulignait que les diagnostics musculosquelettiques (atteintes dégénératives des articulations de l'épaule, arthrose du pied droit, atteintes dégénératives cervicales et lombaires avec syndrome douloureux chronique) autorisaient une activité professionnelle à un taux d'occupation réduit et dans un environnement adéquat ; il convenait toutefois de prendre en considération l'état de santé psychique et la capacité de l'assuré à surmonter les douleurs ;
- un rapport du Dr Y._____, spécialiste en ophtalmologie, du 10 août 2023, lequel rappelait que l'assuré était pratiquement aveugle de l'œil droit et présentait une sécheresse oculaire à gauche entraînant une brûlure après une heure passée devant un écran ; cette situation entraînait une diminution des performances, des troubles de la concentration et une fatigue accrue ; la capacité de travail était au maximum d'une heure à deux heures par jour ;
- un rapport du Dr X._____ du Centre H._____ du 18 août 2023, lequel répondait aux griefs formulés par la caisse de pension et justifiait son appréciation de la capacité de travail, ainsi que les mesures thérapeutiques entreprises.

Le 26 septembre 2023, l'OAI a maintenu sa position.

Par correspondance du 26 septembre 2023, B._____ a réitéré ses conclusions, en particulier en lien avec la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire de l'assuré et de renvoyer la cause à l'OAI à cette fin. La caisse de pension a observé que les rapports des Drs V._____ et Y._____ faisaient état de pathologies somatiques, dont l'étendue et les conséquences étaient peu claires. Sur le plan psychique, le rapport du Dr X._____ lui apparaissait insuffisant en lien avec l'analyse des indicateurs requis par la jurisprudence fédérale. Ledit rapport consistait uniquement à exposer les faits survenus et la prise en charge thérapeutique. La caisse de pension s'interrogeait par ailleurs sur le comportement de l'assuré vis-à-vis d'une médication antidépressive et relevait que le Dr X._____, sans faire état des limitations fonctionnelles de son patient, n'avait pas exclu une capacité de travail dans une activité adaptée avec un accompagnement de l'OAI.

L'assuré s'est déterminé le 23 octobre 2023 et a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a produit un nouveau rapport, rédigé le 27 septembre 2023 par le Dr X._____ à l'attention de l'OAI, dans le cadre de la révision du droit à la rente. Ce praticien retenait un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques, avec syndrome somatique (F33.2), dans le contexte d'une aggravation de l'état clinique dès la fin de l'année 2022. L'incapacité de travail demeurait totale, tandis que des mesures de réadaptation ne pouvaient être envisagées.

L'OAI a maintenu la teneur de ses précédentes écritures les 24 octobre et 13 novembre 2023. Il s'est référé à un avis du SMR du 10 octobre 2023, lequel considérait que les pièces médicales produites par l'assuré ne faisaient pas mention d'élément nouveau susceptible de modifier son appréciation du cas.

Par pli du 14 novembre 2023, B._____ a réitéré ses griefs et conclusions.

Les 22 novembre, 4 décembre et 14 décembre 2023, les parties ont confirmé leurs positions respectives.

D. Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

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) Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (voir également l'art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 144 V 29 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1).

c) Ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.2). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (ATF 143 V 434 consid. 2.2) ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. C'est pourquoi il convient d'accorder aux organes de la prévoyance professionnelle aussi bien la qualité pour s'exprimer dans le cadre de la procédure de préavis (art. 57a al. 2 LAI) que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité (art. 49 al. 4 et 59 LPGA) qui statue sur le droit à la rente ou fixe le degré d'invalidité de la personne assurée (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.3.1). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 ; 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3).

d) En l'occurrence, il y a lieu de reconnaître à B._____ la qualité pour recourir, dès lors que C._____ était valablement assuré auprès d'elle lors de la survenance de son incapacité de travail (art. 10 LPP), ainsi que dans la mesure où les constatations et appréciations de l'intimé sont en principe contraignantes à son égard s'agissant du droit à la rente, notamment au regard des conditions minimales de la prévoyance obligatoire.

2. a) Le recours a été déposé le 12 décembre 2022 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment).

b) On observe que le recours introduit le 12 décembre 2022 par B._____ a été formé contre le prononcé établi par l'intimé le 9 novembre 2022 à l'attention de la caisse de compensation compétente pour la fixation des prestations dues à l'assuré. Or, un tel document ne constitue pas une décision formelle au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA et n'est donc pas susceptible de recours sur la base des art. 56 al. 1 LPGA et 69 al. 1 LPGA. Le recours déposé par B._____ aurait par conséquent dû être qualifié d'irrecevable à ce stade. Cela étant, dans la mesure où les décisions formelles, conformes audit prononcé, ont été émises pour le compte de l'intimé les 24 novembre et 2 décembre 2022, il s'agit de considérer que les griefs soulevés dans l'écriture de recours du 12 décembre 2022 demeurent valables contre ces décisions. Il convient dès lors, par économie de procédure, de statuer sur le fond du litige.

3. Le litige a pour objet le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente et à des mesures de réadaptation.

4. 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^{er}

janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Les dispositions transitoires prévoient que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable (let. c).

b) In casu, dans la mesure où l'assuré était âgé de 57 ans au moment de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, alors que son droit à la rente a pris naissance le 1^{er} septembre 2021, il convient d'appliquer l'ancien droit.

5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

b) En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

c) Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

6. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

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^{ème} 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).

7. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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 l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

8. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent 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).

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).

aa) 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). 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 cette dernière, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) 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).

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

9. a) En l'espèce, il est incontesté que l'assuré souffre de diverses pathologies somatiques et psychiques. Sur le plan somatique, on retiendra qu'il présente des douleurs chroniques des deux épaules, consécutives à la chute de vélo survenue en 1995 et à des opérations réalisées entre 1995 et 1998, en 2000 et 2014. Il est également atteint de douleurs cervicales chroniques dans le contexte d'altérations dégénératives depuis environ 2017. Il souffre par ailleurs des séquelles d'un AVC, d'une embolie de l'artère rétinale et d'une embolie pulmonaire depuis 2005. Il a fait l'objet de la fermeture du foramen ovale en 2006, d'une cholécystectomie en 2012, d'une opération de la prostate en 2017 et d'une résection rectosigmoïde sur diverticulites à répétition en 2018. Il a également présenté une pancréatite en 2016 (cf. rapports produits par l'assuré en annexe à sa demande de prestation du 8 décembre 2020 et rapport de la Dre N. _____ du 15 mai 2021). Le SMR a souligné, dans son appréciation du cas du 2 mai 2022, que ces atteintes à la santé

somatiques étaient responsables de limitations fonctionnelles, à savoir une diminution de la mobilité du rachis cervical et de l'épaule, une cécité droite et une restriction du port de charges. L'ensemble de ces pathologies demeuraient toutefois sans conséquence en termes de capacité de travail, dès lors que l'activité habituelle pouvait être qualifiée d'adaptée auxdites limitations.

b) La recourante fait valoir que les problèmes somatiques dont est atteint l'assuré seraient insuffisamment documentés, ce qui justifierait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à fixer précisément la capacité de travail et les restrictions fonctionnelles.

c) L'assuré, de son côté, a adressé à la Cour de céans, des rapports médicaux récents établis le 10 août 2023 par les Drs V. _____ et Y. _____. Le Dr V. _____ a souligné que l'assuré présentait des atteintes dégénératives des épaules, cervicales et lombaires, ainsi qu'une arthrose du pied droit, lesquelles autorisaient néanmoins une activité professionnelle adaptée « à un taux réduit », tandis que la situation devait de toute façon être analysée dans son ensemble, compte tenu de la problématique psychiatrique. Quant au Dr Y. _____, il a relevé que son patient était quasiment aveugle de l'œil droit. Il souffrait de sécheresse de l'œil gauche au point de rencontrer une brûlure oculaire après une heure passée devant un écran. Le spécialiste précité faisait état d'une capacité de travail réduite « à une heure ou deux heures par jour » au maximum, soulignant les autres problèmes de santé affectant l'assuré.

d) On ne voit pas que les pathologies somatiques affectant l'assuré - certaines de longue date - soient sérieusement de nature à justifier une incapacité de travail dans l'activité habituelle, telle qu'exercée auprès de G. _____ AG, pas plus d'ailleurs que dans toute autre activité adaptée aux limitations énoncées à satisfaction par le SMR dans son appréciation du 2 mai 2022. Dans ce contexte, quoi que soutienne la recourante, la nécessité de compléter les informations médicales par une expertise pluridisciplinaire apparaît infondée. Il est en effet rappelé que malgré les divers problèmes de santé physique

rencontrés par l'assuré jusqu'à son licenciement, aucun n'apparaît avoir été responsable d'une incapacité de travail de longue durée, ce que la recourante ne prétend d'ailleurs pas. On ne voit dès lors pas de motif de considérer que ces pathologies somatiques auraient désormais un impact particulier sur la capacité de travail de l'assuré, alors que ce dernier a été en mesure d'exercer durablement son activité auprès de G. _____ AG en dépit desdites pathologies. Il s'agit par conséquent bien plutôt de se rallier à la position communiquée par le SMR le 2 mai 2022, indépendamment des avis communiqués par les Drs V. _____ et Y. _____, et de retenir une situation globalement stationnaire de l'état de santé somatique aux dates des décisions querellées, sans incidence sur la capacité de l'assuré à exercer toute activité adaptée, y compris son activité habituelle. Partant, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de l'assuré, destinée à investiguer les pathologies somatiques, apparaît superflue et peut être écartée.

10. a) In casu, force est de constater que la principale problématique susceptible d'impacter la capacité de travail de l'assuré a trait au registre psychique, à compter de son licenciement intervenu le 25 septembre 2020. On dispose à cet égard des nombreux rapports médicaux établis par le Centre H. _____, de l'évaluation réalisée par le Dr L. _____ le 2 décembre 2020 et du rapport d'expertise du Dr R. _____ du 27 octobre 2021. Le SMR, respectivement l'intimé, s'est fondé sur ces documents pour retenir une incapacité totale de travail dans toutes activités. On peut d'emblée écarter le rapport rédigé par le Dr L. _____. Ainsi que le souligne l'assuré, ce document, relativement ancien, contient une évaluation purement théorique de la capacité de travail exigible (reprise progressive d'activité dès mars 2021), laquelle n'a pas été concrètement mise en œuvre.

b) Sur le plan diagnostique et relativement à la capacité de travail de l'assuré, le Dr R. _____ a fait part de son évaluation du cas comme suit (cf. rapport d'expertise du 27 octobre 2021, p.12 ss) :

« [...] **6.1 Synthèse des éléments permettant d'arriver au diagnostic**

L'assuré présente un diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1). La thymie est sur le registre tristesse. On observe une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie entraînant une fatigabilité, un manque d'estime de soi, des sentiments de dévalorisation, une attitude morose face à l'avenir et des troubles du sommeil.

L'assuré présente un diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1). On observe une anxiété généralisée et persistante ne survenant pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée qui s'est péjorée suite à son licenciement et qui est d'intensité sévère.

L'assuré présente un burn out (Z73.0). Le BSI montre un score à 49 qualifié de syndrome de burn out moyen. Le score de l'assuré est à la limite d'un burnout grave (50-69 points).

6.2 Diagnostic de dépendance

L'assuré présente un diagnostic de troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance actuellement abstinent (F10.20).

6.3 Diagnostic différentiel

L'assuré ne remplit pas les critères d'un trouble panique (F41.0). L'assuré ne décrit pas des attaques récurrentes d'anxiété sévère ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible.

L'assuré ne remplit pas les critères d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) puisqu'il faut que le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs sans que l'intensité des uns et des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé.

L'assuré ne remplit pas les critères d'un état de stress post-traumatique (F43.1). L'assuré ne décrit pas la présence de flash-backs ou de cauchemars en lien avec des événements traumatisants.

L'assuré ne remplit pas les critères d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). On n'observe pas une plainte essentielle d'une ou des douleurs intenses et persistantes s'accompagnant de détresse et non expliquées par un processus physiologique.

L'assuré ne remplit pas les critères d'une neurasthénie (F48.0). On n'observe pas la présence de plaintes et de préoccupations persistantes concernant soit une fatigue accrue après des efforts mentaux, soit une faiblesse et un épuisement physiques même après des efforts minimes.

6.4 Diagnostic de personnalité

L'assuré présente un trouble de la personnalité anankastique (F60.5) (L'assuré se décrit comme quelqu'un qui est préoccupé par les détails et d'une insistance pour que les autres se conforment à sa manière de faire. L'assuré se décrit comme quelqu'un de perfectionniste). L'assuré présente un trait de personnalité anxieuse (F60.6) (sentiment d'appréhension).

6.5 Diagnostic[s] avec effet sur la capacité de travail et date de leur apparition

L'épisode dépressif moyen (F32.1), l'anxiété généralisée (F41.1) d'intensité sévère, [le] burn-out (Z73.0) d'intensité moyenne sont présents depuis le 25 septembre 2020.

6.6 Diagnostic[s] sans effet sur la capacité de travail et date de leur apparition

Personnalité anankastique (F60.5) présente depuis l'âge adulte.
Diagnostic de troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance actuellement abstinent (F10.20) depuis 2016.

6.7 De quelle façon le ou les diagnostics posés influencent-ils la capacité de travail ?

Les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32. 1), d'anxiété généralisée (F41.1) d'intensité sévère et le burn-out (Z73.0) d'intensité moyenne, selon les critères Mini-CIF-APP, ont limité :

La flexibilité et l'adaptabilité de manière significativement prononcée (3/4).

Les activités spontanées de manière modérément prononcée (2/4).

La capacité d'endurance et de résistance de manière significativement prononcée (3/4).

La capacité d'affirmation de soi de manière significativement prononcée (3/4).

La capacité de contacts et de conversations avec des tiers de manière modérément prononcée (2/4).

La capacité d'intégration dans un groupe de manière significativement prononcée (3/4).

[...]

10. Une reprise du travail est-elle exigible

10.1 Dans l'activité habituelle ? Si oui à partir de quand à quel taux et à quel rendement ?

L'assuré n'est pour l'instant pas apte à reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit (taux à 0 % et rendement à 0 %).

10.2 Dans une activité adaptée à l'état de santé ?

Cette question tombe.

[...]

Je n'ai pas relevé au cours de l'évaluation des éléments tels qu'une exagération des symptômes ou des mensonges permettant de douter de la sincérité de l'assuré. [...] »

c) Sur questions du SMR du 27 septembre 2022, le Dr X. _____ du Centre H. _____ s'est, pour sa part, exprimé comme suit le 18 octobre 2022 :

« [...] 1. Quels sont les diagnostics précis pour lesquels vous suivez votre patient actuellement ?

F32.2 : Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques ;

F60.5 : Personnalité anankastique ;

Z73.0 : Burn out.

2. Merci de détailler l'évolution de l'état de santé de votre patient depuis votre dernier rapport.

L'évolution depuis notre dernier rapport ne s'est pas améliorée et s'est même aggravée. L'ensemble des incertitudes administratives et les éléments de recours ont réaffecté et aggravé son état.

3. Depuis quand et à quel rythme suivez-vous votre patient ? Quelle était la date de votre dernière consultation ?

M. C. _____ est suivi depuis octobre 2020 au Centre H. _____. Dans le cadre de son suivi, il a pu être accompagné par trois psychiatres différents et deux psychothérapeutes. Il est suivi par le Dr X. _____ depuis février 2022, en délégation d'un soin psychothérapeutique réalisé par Mme [...], psychologue. Le Dr X. _____ a rencontré le patient sept fois et Mme [...] l'a vu à huit reprises depuis le changement de délégation. La dernière consultation a eu lieu le 18 octobre 2022. M. C. _____ est suivi actuellement de manière régulière, mensuellement, avec une bonne alliance thérapeutique.

4. Pouvez-vous nous transmettre les comptes-rendus d'examens complémentaires et/ou de consultations spécialisées et/ou d'hospitalisations à votre disposition ?

Un bilan neuropsychologique a été envisagé et tenté, pour évaluer l'état cognitif de M. C. _____. Néanmoins, sa situation clinique et son état dépressif n'ont pas permis une réalisation effective avec des résultats lisibles et fiables.

[...]

7. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? (sur un taux de 100 %, même si le taux contractuel est inférieur)

A ce jour, elle est de manière évidente de 0 %, depuis octobre 2020.

8. Quelles sont les limitations fonctionnelles objectives, d'ordre strictement médical, sans tenir compte du contexte psycho-social, de l'âge, ni de la formation ?

A ce jour, M. C. _____ souffre d'une thymie dépressive, d'apragmatisme, d'anhédonie, de ruminations anxieuses, de troubles du sommeil, d'une fatigabilité et de troubles douloureux musculosquelettiques conséquents et importants qui l'empêchent d'envisager toute reprise d'activité professionnelle. Il présente également de probables troubles cognitifs fonctionnels et une hyperactivité à tout facteur de stress ou événement indésirable. Sa situation actuelle de licenciement et de recours a fortement aggravé l'état clinique chez un patient qui se décrit comme très investi, impliqué et de travailleur.

9. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? (sur un taux de 100 %, même si le taux contractuel est inférieur)

A ce jour, la capacité de travail est également de 0 %.

10. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

M. C. _____ est en arrêt de travail à 100 % depuis le 10 octobre 2020. Ses arrêts de travail sont toujours en cours.

11. Quels sont les traitements actuellement en cours et la compliance ? Merci de nous transmettre les résultats de taux sériques.

M. [...] est sous Cipralex 15 mg/j qu'il est compliqué d'augmenter sans l'apparition d'effets secondaires et d'aggravation d'un certain nombre de symptômes cliniques. L'alliance et la compliance thérapeutiques sont plutôt bonnes. Un taux sérique va être réalisé prochainement. [...] »

d) La recourante se prévaut des avis de son médecin-conseil pour considérer que les pièces précitées seraient insuffisantes pour conclure à une capacité de travail nulle dans toutes activités en faveur de l'assuré. Elle a, en substance, estimé que ces pièces ne pouvaient se voir conférer pleine valeur probante, compte tenu du défaut de motivation et de pertinence des diagnostics avancés, ainsi qu'en l'absence d'une analyse minutieuse des indicateurs préconisés par la jurisprudence fédérale (cf. avis du Dr S. _____ des 16 août et 5 décembre 2022).

11. a) En l'occurrence, on peut concéder à la recourante qu'une pluralité de diagnostics a été posée dans le cas de l'assuré. Le Centre H. _____ a, dans un premier temps, fait mention d'un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive, puis avec réaction dépressive prolongée, et de troubles du sommeil non organiques (cf. rapports des 1^{er} décembre 2020, 7 juin et 17 novembre 2021). Dans un second temps, il a retenu un trouble dépressif récurrent, de gravité moyenne, sans syndrome somatique, accompagné d'un burn out, puis d'un état ou d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, avec syndrome somatique (cf. rapports des 28 février, 23 septembre et 18 octobre 2022). Le Dr R. _____ a, de son côté, rapporté un épisode dépressif moyen, une anxiété généralisée et un burn out (cf. rapport d'expertise du 27 octobre 2021).

b) Cela étant, on ne saurait faire grand cas de ces divergences diagnostiques, dans la mesure où sont seules déterminantes en matière d'assurance-invalidité les répercussions des altérations de l'état de santé sur la capacité de travail et de gain. Or, en l'espèce, l'ensemble des spécialistes consultés converge pour conclure à une incapacité totale de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Le

Centre H._____ a systématiquement fait état d'une capacité de travail nulle, sous réserve d'un maximum de deux heures potentiellement consacrées à un projet d'activité indépendante, toutefois sans aucune précision « en termes d'échéance » (cf. notamment : rapports des 7 juin et 17 novembre 2021). Quant au Dr R._____, il a clairement considéré que l'assuré était incapable d'exercer une quelconque activité lucrative, vu la gravité du tableau clinique présenté (cf. rapport d'expertise du 27 octobre 2021, p. 16).

c) Au stade de la présente procédure, le Dr X._____ du Centre H._____ a répondu, le 18 août 2023, de manière convaincante aux critiques de la recourante, notamment comme suit :

« M. C._____ est suivi depuis début octobre 2020 au Centre H._____, après l'annonce d'un licenciement par son employeur en septembre 2020. Le patient était un employé modèle, avec vingt-et-un ans de fidélité, et ce licenciement a été pour lui une surprise dont il témoigne comme « une fin du monde ». Le licenciement était effectif en juillet 2021.

Cette annonce s'est accompagnée d'un effondrement psychique personnel qui a nécessité le retrait de l'emploi et la rééquilibration progressive des modalités de vie du patient. L'épuisement personnel dans ce contexte était majeur et justifiait un arrêt de travail.

[...]

Nous pouvons également préciser qu'à l'annonce de son licenciement, l'état psychique du patient qui maintenait une activité professionnelle, s'était fortement fragilisé, et ce dans un contexte d'obligations professionnelles et de performance qui s'imposaient à lui depuis plusieurs années.

[...]

Le diagnostic de dépression sévère sans symptômes psychotiques n'a pas été posé préalablement dans le contexte d'épuisement professionnel et de burn out évoqué. Ceci n'impacte pas l'évaluation de la gravité de l'état du patient, ni de sa capacité à travailler, et ne permet pas d'affirmer la non-justification d'une incapacité totale de travail avant ce diagnostic de dépression sévère. A cet effet, nous nous permettons de préciser que les médecins experts de K._____ SA ont confirmé la nécessité d'un arrêt de travail dans ce contexte. [...] »

d) Quoi qu'en dise la recourante, singulièrement le Dr S._____, on ne voit pas de raison de compléter ou d'écarter les rapports du Centre H._____ et l'expertise du Dr R._____. Ces praticiens ont produit une analyse circonstanciée du tableau clinique présenté par l'assuré, fournissant des appréciations superposables, notamment eu égard aux limitations fonctionnelles et aux symptômes observés. On

notera, s'agissant du rapport du Dr R._____, que l'expert a motivé les diagnostics retenus en l'espèce et discuté les diagnostics différentiels envisageables. Il a fait part d'une évaluation minutieuse du cas particulier, étayée par des tests et un examen clinique, au terme de l'étude des rapports spécialisés versés au dossier de K._____. SA. Le fait que l'expert n'ait pas procédé à une analyse complète des capacités ressortant de la Mini-CIF-App apparaît insuffisant pour douter de ses conclusions, dans la mesure où l'expert s'est concentré sur les limitations observées auprès de l'assuré, lesquelles rejoignent celles constamment relatées par ses différents psychiatres traitants depuis la prise en charge au sein du Centre H._____. La prise en compte, au titre de diagnostic, de la situation de burn out ne permet pas non plus de remettre en question l'évaluation du Dr R._____. Les diagnostics d'épisode dépressif moyen et d'anxiété généralisée d'intensité sévère apparaissent de nature à justifier à eux seuls la restriction de la capacité de travail de l'assuré, en présence des importantes limitations fonctionnelles énumérées sur les plans thymique et cognitif.

12. a) S'agissant des indicateurs ressortant de la jurisprudence fédérale, on peut extraire les éléments suivants de l'expertise du Dr R._____ (cf. rapport d'expertise du 27 octobre 2021, p. 14 à 16) :

« [...] **7. Cohérence**

[...]

7.3 Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé

Avant son arrêt de travail, l'assuré était autonome mais signalait que déjà depuis plusieurs mois, il montrait des signes d'épuisement au niveau professionnel. Son entourage (sa femme et ses enfants) le rend attentif. Son activité était principalement centrée sur son travail et il avait très peu de contacts sociaux. L'assuré, suite à son licenciement, s'est isolé et est resté prostré à son domicile jusqu'au mois de mars 2021. Il a repris progressivement quelques activités : il lit un peu mais pas tous les jours. Il marche environ 1 h tous les deux jours. Il fait du jardinage environ 30 minutes mais pas tous les jours.

[...]

8. L'anamnèse et l'examen ont-ils donné des indices sur les ressources et/ou les obstacles à la réintégration en ce qui concerne la reprise d'une activité professionnelle ? Si oui, veuillez les décrire

L'assuré présente un trouble du sommeil sévère, l'état dépressif est toujours présent, une anxiété sévère et un burn out qualifié de moyen mais qui est à la limite d'un burnout sévère. Ces différents

éléments sont des obstacles à la reprise d'une activité professionnelle.

9. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques

Il s'agit d'une prise en charge de type TPPI (psychiatre/psychologue). Le tableau dépressif est toujours présent, l'anxiété généralisée s'est péjorée et on observe un syndrome de burn out. Une médication est plus que souhaitable à la fois sur l'aspect dépressif et anxieux. Le sommeil reste fortement perturbé et il serait judicieux d'introduire un somnifère. Sur le plan psychothérapeutique, il faudrait travailler avant tout sur la gestion du stress.

b) Le Dr X. _____ du Centre H. _____ a, de son côté, fait part des observations suivantes, le 18 octobre 2022, sur sollicitation du SMR :

« [...] 5. Merci de décrire le déroulement d'une journée type de votre patient.

M. C. _____ se couche généralement entre 20h et 21h, pour lire au lit et s'endormir plus ou moins facilement en fonction du contexte de la journée et des éléments de rumination anxieuse en cours. Le patient dort ensuite généralement quatre heures de suite pour soit se réveiller définitivement, soit se rendormir une à deux fois sur une heure. La durée maximale de sommeil est de cinq à six heures. Après s'être réveillé, M C. _____ reste au lit, éveillé, retenu la plupart du temps par ses douleurs physiques et sa difficulté à pouvoir être autonome et libre dans ses mouvements. Ceci bien sûr n'aide pas à l'apaisement des ruminations anxieuses. Il se lève vers 5h du matin pour regarder la télévision et les nouvelles du matin avec un café. Après s'être douché et avoir pris soin de lui, il attend le lever du jour pour aller s'occuper dans son jardin. Il assume quelques obligations quotidiennes administratives dans la matinée à un rythme lent et avec difficultés. Il déjeune ensuite avec son épouse pour le repas de midi. En fonction de la météo, ils essaient d'avoir une activité commune, à type de promenade ou d'obligation familiale, sociale ou personnelle. Toutes ces activités restent difficiles et compliquées, elles sont très énergivores. A partir de 16-17h, M. C. _____ est très fatigué et commence à se replier à son domicile. Il y a peu d'activités de loisir et tout est difficile au quotidien. Les ruminations anxieuses et la thymie dépressive sont très présentes. Les modalités de son licenciement et la situation administrative actuelle occupent la plupart de ses pensées, de manière très négative et morbide.

6. Quelles sont les répercussions de l'atteinte à la santé invoquée dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales) ?

M. C. _____ reste autonome dans la gestion de son intimité et de son quotidien. Il souffre d'un apragmatisme intense et d'une charge mentale conséquente en fonction des éléments d'inquiétude qui l'assiègent ou des soucis du quotidien. Les loisirs sont peu fréquents, la vie de couple assez pauvre. M. C. _____ se sent très vite dans une incapacité à réaliser des choses, même simples. Il n'y a aucune

envie de pouvoir mener une activité sociale. Les répercussions de l'atteinte de santé dans les domaines de la vie courante sont donc conséquentes puisque tout est difficile et compliqué, de l'initiative jusqu'à la réalisation. Le patient a perdu beaucoup de confiance en lui et tout est source d'angoisses et d'anxiété, de manière intense et exacerbée. De plus, il souffre de plusieurs douleurs musculosquelettiques handicapantes. Il présente par ailleurs des troubles cognitifs potentiellement fonctionnels et qui mériteront d'être évalués dès l'apaisement de son trouble psychique. [...] »

c) On peut, dans un premier temps, observer que tant le Dr R. _____ que le Dr X. _____ ont décrit l'assuré comme étant lourdement diminué en raison de son état de santé psychique, sans retenir une quelconque incohérence dans le tableau clinique présenté. Il convient d'en déduire que les conséquences de la pathologie psychiatrique dont souffre l'assuré se manifestent uniformément dans tous les domaines de la vie. On relève en effet des limitations dans la quasi-totalité des activités courantes du quotidien, avec peu de loisirs et une tendance à demeurer essentiellement à son domicile ou dans ses proches environs, tandis que chaque activité spontanée représente un stress accru.

d) Dans un second temps, s'agissant des mesures thérapeutiques, singulièrement du suivi spécialisé et médicamenteux, la question du traitement antidépresseur ou d'une adaptation des mesures thérapeutiques a certes fait débat. A cet égard, le Dr X. _____ s'est exprimé le 18 août 2023 en ces termes :

« [...] Dans ce contexte, il convient initialement de ne pas mettre en place de traitement antidépresseur et d'observer les capacités et compétences individuelles de M. C. _____ au redressement, à la distanciation et à la reprise possible d'un projet de vie personnelle et professionnelle. Le patient, malgré ses souffrances et sa difficulté à reprendre une capacité professionnelle suffisante, a initialement été convaincu qu'il pouvait reprendre une telle activité et a même postulé pour un emploi en septembre 2021. Ce n'est que fin 2021 qu'il s'est aperçu que son état physique et psychique était incompatible avec toute reprise d'activité professionnelle et qu'il a accepté, notamment au regard d'un diagnostic de dépression sévère établi, l'initialisation d'un traitement antidépresseur, sur lequel il avait au préalable été régulièrement récalcitrant. Néanmoins, les traitements antidépresseurs ne sont pas le traitement de première intention dans le cadre d'un épuisement professionnel ou d'un effondrement psychique dans un contexte de licenciement.

[...]

Ce traitement antidépresseur ne peut s'imposer à un patient et tout choix thérapeutique doit s'accompagner d'une alliance et d'une

réflexion conjointe, permettant une démarche impliquée et efficiente. A cet effet, d'autres choix thérapeutiques équivalents ont pu être réalisés : ont été mis en place un travail de psychothérapie régulier et de relaxation afin de faciliter l'analyse, la compréhension et les modalités réactionnelles nécessaires autour de son licenciement, ainsi qu'une modification des conduites de vie (alimentation, sommeil, activités sportives) et des ateliers méditatifs adaptés et personnalisés. Il était convenu que si ces thérapies associées ne permettaient pas d'amélioration notable, nous pourrions envisager conjointement l'adjonction d'un traitement antidépresseur. Ceci est confirmé par le fait qu'aucun autre traitement n'a été adjoint, ni anxiolytique, ni hypnotique. [...] »

Compte tenu de ces explications, concordantes avec l'évolution relatée par le Centre H. _____ depuis le début de sa prise en charge, il n'y a pas lieu d'envisager un défaut de soins ou de demande de soins de la part de l'assuré, ni un défaut de compliance aux traitements entrepris. On constate en revanche une évolution clinique défavorable ayant conduit à l'acceptation de l'assuré de tenter une médication antidépressive, en accord avec son spécialiste traitant. On ajoutera que l'assuré a suivi avec régularité la psychothérapie intensive débutée dès le mois d'octobre 2020, ce que la recourante ne remet d'ailleurs pas en question. On peut en conséquence écarter toute incohérence dans le comportement de l'assuré.

e) Concernant ensuite les ressources à disposition de l'assuré, on observe que, sur le plan personnel, ont été relevées à maintes reprises une capacité limitée d'adaptation et de flexibilité, d'organisation et d'endurance, aggravée par des troubles cognitifs et des difficultés à gérer le stress, ainsi que tout imprévu. On relève également que l'assuré n'a que très peu de loisirs et ne semble soutenu que par son très proche entourage familial (en particulier son épouse). On ne voit pas que l'assuré dispose d'un cercle d'amis ou d'un réseau professionnel susceptible de lui prodiguer un étayage social déterminant. Les activités professionnelles accessoires dont se chargeait l'assuré au début des années 2000, mentionnées par la recourante (activité politique et activité judiciaire), ne sont manifestement plus d'actualité de sorte qu'on ne saurait considérer que le parcours professionnel de l'assuré constituerait une ressource particulière pour surmonter les conséquences actuelles de sa pathologie psychiatrique. Par ailleurs, le fait que le Centre H. _____ a envisagé une

activité d'environ deux heures par jour avec le soutien de l'intimé ne permet pas de conclure à une capacité de travail exploitable. On doit bien plutôt considérer, au vu des explications fournies par l'assuré au Service de réinsertion professionnelle de l'intimé et du contexte envisagé par le Centre H._____, que l'activité en question, consistant en un projet dénué de rentabilité économique, était projetée essentiellement dans un but thérapeutique (cf. rapport du Centre H._____ du 7 juin 2021 et note d'entretien du Service de réinsertion professionnelle du 15 juin 2021). Force est donc de conclure que les ressources personnelles, sociales et professionnelles de l'assuré apparaissent significativement réduites et, en l'état, largement insuffisantes pour lui permettre de surmonter les conséquences de la symptomatologie psychique l'affectant depuis septembre 2020.

f) En définitive, quoi que soutienne la recourante, il est parfaitement possible, en l'état du dossier, de statuer sur le cas particulier à l'aune des indicateurs jurisprudentiels pertinents. Ainsi qu'il a été exposé ci-dessus, le tableau clinique présenté par l'assuré revêt un degré de gravité significatif et entraîne des limitations importantes dans le quotidien, de sorte qu'il doit être considéré comme invalidant au sens de l'assurance-invalidité. Il s'agit par conséquent de se rallier à l'évaluation de la capacité travail opérée par l'intimé sur la base des avis convergents de l'expert R._____ et des spécialistes du Centre H._____. Il s'ensuit que l'état de santé psychique présenté par l'assuré justifie la reconnaissance d'une incapacité de travail totale et durable depuis le 25 septembre 2020 dans toutes activités.

g) On ajoutera que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, requise par la recourante, peut être écartée, par appréciation anticipée des preuves. On ne voit pas en effet qu'une telle mesure soit susceptible d'apporter un éclairage différent ou réellement nouveau du cas particulier pour la période s'étendant jusqu'aux décisions litigieuses.

13. **a)** A teneur de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

b) Selon la jurisprudence, le droit à une mesure de réadaptation déterminée présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4). En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2 et TFA I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 publié in : VSI 2002 p. 111 ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 5 ad art. 8 LAI, p. 101 et références citées).

c) Les assurés n'ont droit qu'aux mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité à accomplir les travaux habituels. Quelles que soient les mesures et leur champ d'application, celles qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ou d'exercer les travaux habituels ne sont pas prises en charge par l'assurance-invalidité. La loi ne prévoit en effet pas l'octroi de mesures propres à conserver un reste de capacité négligeable et incertain (ATF 115 V 191 consid. 5c ; cf. également : Michel Valterio, op.cit., n. 6 ad art. 8 LAI, p. 101). Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V

221 consid. 3.2.2 et références citées). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1).

d) Pour pouvoir être prise en charge par l'assurance-invalidité, la mesure de réadaptation doit donc être nécessaire, appropriée, simple et adéquate. Parmi les mesures nécessaires et appropriées figurent toutes celles qui sont nécessaires pour la réadaptation à la vie active. Celles-ci ne doivent pas être déterminées de manière abstraite en présupposant un minimum de connaissance et de savoir-faire et n'admettant, à titre de formation professionnelle, que des mesures qui se fondent sur ce minimum présupposé. Il convient bien plutôt de se référer aux circonstances du cas concret, auxquelles appartient la capacité objective et subjective de la personne d'être réadaptée, celle-ci pouvant dépendre de son état de santé, de sa capacité à fournir une prestation ou de suivre une formation, de sa motivation, etc. Une mesure de réadaptation ne peut en effet être efficace que si la personne est susceptible, partiellement au moins d'être réadaptée (cf. Michel Valterio, op.cit., n. 8 ad art. 8 LAI, p. 102 et références citées).

e) En sus d'être simple, nécessaire et adéquate, une mesure de réadaptation doit en outre respecter le principe de la proportionnalité. Elle ne peut être accordée que s'il existe un équilibre raisonnable entre les frais occasionnés et le résultat escompté. Une mesure de réadaptation devra en revanche être accordée lorsqu'on peut attendre un succès durable et important (ATF 130 V 163 consid 4.3.3 ; 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c, avec les références ; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1 ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n. 10 ad art. 8 LAI, p. 102 et référence citée).

14. a) En l'espèce, quoi que soutienne la recourante, on ne voit pas sérieusement que des mesures de réadaptation professionnelle soient de nature à restaurer significativement la capacité de gain de l'assuré. Etant donné le revenu sans invalidité réalisé par ce dernier auprès de G. _____ AG, se montant à plus de 200'000 fr. par an, l'exercice d'une

activité adaptée au taux partiel de 20 % (envisagé éventuellement par le Centre H._____) ne permettrait à l'évidence pas de réduire le degré d'invalidité du recourant dans une proportion qui exclurait le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. On devrait de toute façon douter de l'exigibilité de l'exercice d'une telle activité, même dans le contexte d'une mesure de réinsertion professionnelle (cf. art. 14 LAI), au vu du nombre de limitations fonctionnelles restreignant les aptitudes de l'assuré.

b) On réitérera par ailleurs que l'activité indépendante projetée par l'assuré, qualifiée à juste titre de peu rentable par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé, ne préjuge en rien d'une capacité de travail exploitable sur le marché ordinaire du travail, ni de la réalisation des conditions objectives et subjectives imposées pour mettre en œuvre des mesures de réadaptation. Dites conditions ne sont à l'évidence pas remplies en l'occurrence, vu la capacité de travail nulle reconnue à l'assuré dans toutes activités. On peut par conséquent considérer, à l'instar de l'intimé, que la mise en œuvre de mesures de réadaptation doit être exclue faute d'aptitude objective de l'assuré à cette fin.

c) On soulignera en outre qu'au vu de l'âge de l'assuré et de son parcours professionnel, déployé durant près de vingt ans essentiellement auprès de G.____AG, on peut exclure que la réalisation de mesures de réadaptation respecte le principe de proportionnalité. Quand bien même l'assuré ne peut se voir appliquer la jurisprudence relative aux assurés proches de la retraite (cf. ATF 138 V 457 consid. 3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2), force est de constater qu'à la date des décisions entreprises, il restait environ sept ans avant que l'assuré n'atteigne l'âge ordinaire de la retraite. On voit dès lors mal comment, même avec des mesures de réadaptation, vu la durée prévisible des rapports de travail et le coût engendré, il pourrait être engagé par un potentiel employeur pour un revenu réduisant substantiellement son degré d'invalidité.

15. a) En définitive, il y a lieu de constater que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en retenant une incapacité totale de travail et de gain, ainsi qu'en allouant une rente entière d'invalidité à l'assuré à compter du 1^{er} septembre 2021, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %.

b) Etant donné l'issue du recours, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'audition de témoins et de débats publics sollicitée par l'assuré.

16. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et les décisions de l'intimé des 24 novembre et 2 décembre 2022 confirmées.

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). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) L'assuré sollicite l'allocation de dépens, (art. 61 let. g LPGGA) qu'il y a lieu de fixer en l'espèce à 1'500 fr. et de porter à la charge de la recourante.

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

I. Le recours est rejeté.

II. Les décisions rendues les 24 novembre et 2 décembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés à la charge de la recourante.

IV. La recourante versera à C._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Mes Anne Meier et Amel Benkara, à Genève (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Me Charles Guerry, à Fribourg (pour C._____),
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :