

## VD\_FINDINFO AI 236/19 - 156/2021 vom 20. Mai 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-05-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_236\\_19\\_-\\_156\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_236_19_-_156_2021)

FR: VD\_FINDINFO AI 236/19 - 156/2021 du 20 mai 2021

IT: VD\_FINDINFO AI 236/19 - 156/2021 del 20 maggio 2021

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 20.05.2021 AI 236/19 - 156/2021

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 236/19 - 156/2021 ZD19.027476 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 20 mai 2021 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Röthenbacher, présidente M. Piguet, juge, et M. Peter, assesseur Greffière : Mme Mestre Carvalho \*\*\*\*\* Cause pendante entre : W. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Nathalie Berger, avocate à Cortaillod, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI. E n f a i t : A. W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1955, a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1997 en tant que conseiller en assurances pour le compte d'I. \_\_\_\_\_ [...] (ci-après : I. \_\_\_\_\_). Il a été mis en arrêt de travail dès le 24 décembre 2015 puis licencié pour le 31 octobre 2016. En date du 26 juin 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'un trouble anxio-dépressif et de fibromyalgie. Le 28 juin 2016, I. \_\_\_\_\_, en sa qualité d'assureur perte de gain, a transmis son dossier à l'OAI. Y figurait notamment un rapport du 12 février 2016 du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, évoquant un épisode dépressif moyen à sévère incapacitant et une fibromyalgie sans impact sur la capacité de travail ; le psychiatre précisait encore que son patient avait toujours pu travailler malgré les douleurs, que la dégradation de l'état psychique était réactionnelle à des difficultés au travail et que l'incapacité de travail était totale. Une appréciation similaire était formulée dans un second rapport du 20 mai 2016, le Dr F. \_\_\_\_\_ se référant toutefois désormais à un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et signalant à une absence d'amélioration probablement en lien avec un diagnostic de cancer du sein chez l'épouse du patient. Aux termes d'un rapport du 1<sup>er</sup> août 2016, le Dr F. \_\_\_\_\_ a signalé les atteintes se répercutant sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.2) et de fibromyalgie (M79.0) – celle-ci ayant été diagnostiquée une dizaine d'années plus tôt et ayant fait l'objet d'un bilan au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_). Indiquant suivre l'assuré depuis le 3 novembre 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ a décrit un état dépressif caractérisé par une baisse de l'humeur, des ruminations mentales, des troubles de la concentration et de l'attention, des réveils précoces, ainsi que des inquiétudes permanentes associées à une anxiété, avec perte d'espoir, irritabilité, sentiment d'insuffisance, idées de culpabilité, anhédonie et diminution des activités – ces éléments se

manifestaient au travail par un apragmatisme, de l'anxiété, un ralentissement psychomoteur et une perte de confiance en soi. Pour le Dr F. \_\_\_\_\_, l'exercice d'une activité professionnelle n'était plus possible. Par rapport du 29 août 2016, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, médecin traitant depuis juin 2012, a signalé des troubles incapacitants sous forme de fibromyalgie depuis une douzaine d'années et de notion de discopathie C5 à C7 et L4 à S. Il a relevé que les plaintes concernaient des douleurs diffuses d'origine musculo-tendineuses, variables avec la fatigue, et que les traitements entrepris avaient permis une amélioration relative. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré présentait probablement des difficultés de concentration, ainsi qu'une baisse de l'endurance aussi bien dans les activités intellectuelles que physiques. Il a précisé qu'il ne gérait aucune incapacité de travail, respectivement que l'exigibilité était à évaluer. Dans un rapport du 19 octobre 2016 (version manuscrite) transmis une seconde fois le 3 novembre suivant (version dactylographiée), la Dre H. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant depuis juin 2016, a défini des atteintes avec impact sur la capacité de travail sous forme de troubles de la statique rachidienne, arthrose rachidienne, discopathies, fibromyalgie et syndrome rotulien, existant au moins depuis 2007. Elle a plus particulièrement signalé un long passé douloureux et évoqué un contexte familial difficile dû à la maladie de l'épouse. Interpellée quant aux restrictions, la Dre H. \_\_\_\_\_ a signalé une sédentarité au travail. Pour le reste, elle a indiqué ne pas gérer les arrêts de travail et ignorer s'il pourrait y avoir une reprise d'activité. Par envoi du 7 février 2017, I. \_\_\_\_\_ a fait parvenir diverses pièces à l'OAI, dont un rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2016 évoquant une fibromyalgie (M79.0) et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), le psychiatre reprenant au surplus la teneur de ses précédents comptes-rendus. I. \_\_\_\_\_ a par ailleurs signalé à l'OAI qu'un examen était prévu auprès du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 9 juillet 2017, le Dr F. \_\_\_\_\_ a mentionné des atteintes incapacitantes consistant en un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et une fibromyalgie (M79.0). Il a exposé que l'évolution était stationnaire et que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 24 décembre 2015, respectivement dans une activité adaptée depuis le 24 décembre 2017 [sic]. Il a également fait état de limitations sous forme d'hypersensibilité au stress, d'irritabilité, de douleurs, de troubles de l'attention, d'apragmatisme, d'anxiété et de ralentissement psychomoteur – étant rappelé que, pour l'assuré, le cancer de son épouse s'était ajouté à un contexte psychologique difficile en lien avec la perte de son emploi et la péjoration de ses douleurs. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a encore précisé que des investigations avaient été menées concernant la perte de force musculaire, qu'elles s'étaient avérées négatives et que ce symptôme s'inscrivait probablement dans l'épisode dépressif en cours. En date du 26 septembre 2017, I. \_\_\_\_\_ a transmis des pièces complémentaires à l'OAI, dont : - un rapport d'expertise du 6 mars 2017 du Dr M. \_\_\_\_\_, fondé sur un examen du 14 février 2017 et exposant en particulier ce qui suit : " V. Constatations cliniques : [...] 2. Echelle de ralentissement (E.D.R.) : [...] Ralentissement évalué chez l'expertisé 6 Evaluation générale : 14 items avec valorisation entre 0 et 4 points pour chaque critère, donnant un maximum de 56 points Seuil clinique significatif de ralentissement fixé 16 sur 56 Commentaire : Avec l'aide de cette échelle d'évaluation, nous constatons l'absence d'un ralentissement psychomoteur significatif. 3. Echelle MADRS (Montgomery and Asperg depression rating scale) [...] Absence dépression 0-14 Seuil dépression 15 Inclusion essais médicamenteux 21 Dépression moyenne 22.30 Dépression sévère 30 (max. 60) Valeur assuré en question 15 [...] VII.

Discussion : [...] [...] Aujourd'hui, lors de notre examen, [l'assuré] a exprimé avec intensité son immense déception par rapport au cours des choses, il voulait terminer sa carrière en continuité de son engagement avec son employeur, cet engagement a été à son grand regret brisé par les pressions et maintenant le licenciement. Il rumine dès lors beaucoup d'idées d'inutilité, de sens, de culpabilité, ces dernières cependant en diminution depuis le licenciement. M. W. \_\_\_\_\_ nous a fait comprendre d'un point de vue subjectif qu'il se voit absolument incapable pour toute activité vu son état psychique subjectivement dégradé. Ceci correspond dans les grandes lignes aussi à ce que son médecin psychiatre a décrit dans son dernier rapport, à savoir une situation psychique stationnaire/stagnante, et dans un registre de dépression moyenne. L'anamnèse systématique nous a montré cependant les éléments d'un fonctionnement plutôt correct dans la réalité. L'assuré conduit son véhicule, il fait des transports pour ses petits-enfants, il peut utiliser les transports publics, il s'occupe de sa maison, il est assez manuel et il a des intérêts assez divers investis (« j'adore... »), comme par exemple la cuisine, le modélisme, les émissions politiques, des jeux, documentaires et autres. Il a intégré le fait que son épouse était sévèrement atteinte d'une maladie cancéreuse, qu'elle est sous beaucoup de traitements et encore jusqu'à maintenant, le futur est incertain. Il a souligné ses troubles du sommeil. Notre monitoring médicamenteux a montré que l'antidépresseur censé mieux structurer le sommeil est présent à un taux largement insuffisant, en dessous du seuil thérapeutique. Il est certes observant de principe, mais il existe ici une marge thérapeutique considérable supplémentaire. Sur le plan purement clinique, nous avons vu et décrit un homme en présentation correcte et discrète, sans ralentissement significatif (cf. échelle EDR), posé et dans ses expressions assez différencié. Il n'y avait pas de trouble cognitif majeur à constater et dans les contenus de la thématique de son employeur, la déception était très dominante. Sur le plan affectif; il était dans une humeur légèrement abaissée, abasée, un peu terne, sans tristesse marquée et de temps en temps souriant. L'énergie vitale était d'intensité moyenne, un spectre d'ouverture pour les choses de la vie a été mentionné. La réactivité et l'oscillation émotionnelle étaient légèrement abaissées. Cet état de fait et l'application de l'échelle de dépression MADRS ont montré qu'un état dépressif léger est tout juste atteint. Ceci correspondait par ailleurs au moins en partie à l'auto appréciation de l'expertisé. Nous avons donc en résumé constaté une relativement bonne compensation de l'état dépressif décrit, clairement amélioré par rapport au dernier rapport du psychiatre traitant du mois de novembre 2016. Nous n'avons pas constaté d'autre psychopathologie majeure, ni de trouble de personnalité. Il existe de ce fait aujourd'hui un décalage nettement augmenté entre l'auto-appréciation de l'assuré et le constat psychiatrique objectif. M. W. \_\_\_\_\_ ne se voit absolument pas reprendre une activité [quelle] qu'elle soit, il se considère inapte sur le marché du travail pour cause de manque de ses diplômes, son âge, son état et d'autres facteurs. Tout ceci est encore accentué par le fait qu'il a eu un entretien avec l'Assurance Invalidité et que là on lui a fait comprendre que ses chances sur le marché du travail sont quasi nulles. Force est de constater que nous nous trouvons en très grande et majeure partie devant des arguments subjectifs et extramédicaux : âge, situation du marché du travail, manque de diplôme, plaintes relatives aux symptômes et contextes psychosocial et professionnel spécifiques. Il est possible de suivre l'argumentation de l'assuré et sa vision subjective, il est bien possible aussi de sentir emphatiquement sa déception, mais il est aussi évident que, selon les critères psychiatriques en vigueur, l'assuré n'est plus à considérer comme malade. VIII. Diagnostic et conclusions : Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique et

psychiatrique actuellement : 1. Épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), 2. Difficultés liées à l'emploi (Z56). Pour la détermination diagnostique, nous avons hésité à appliquer un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, mais nous pouvons finalement suivre le médecin psychiatre vu qu'un état dépressif a été déclenché déjà en 2014. Apparemment (nous n'avons ici pas d'autres arguments), le psychiatre a considéré l'épisode toujours en vigueur, jamais véritablement en rémission (bien que l'assuré ait travaillé). Il s'agit donc d'une continuité. Il résulte de notre analyse approfondie et sur base du diagnostic retenu qu'il n'y a plus d'incapacité de travail de principe. Tout au plus, avec un diagnostic de dépression légère, on peut admettre une diminution de rendement d'ordre de 20 %. Comme mentionné également, la situation est très largement dominée par une vision subjective négative et des facteurs extramédicaux/contextuels. [...] IX. Réponses aux questions : [...] Question 3 : 3. a Diagnostic avec impact sur la capacité de travail Réponse : Épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00). 3. b Diagnostic sans impact sur la capacité de travail Réponse : Difficultés liées à l'emploi (Z56) [...] 3. f Réponse : [...] Théoriquement, en dehors des facteurs extramédicaux mentionnés et/ou la vision subjective des choses, l'assuré est apte à travailler dans son domaine à hauteur de 100 % avec un rendement diminué de 20 %. 3. g Réponse : Sur la base du diagnostic d'un épisode dépressif léger toujours en vigueur, il existe une diminution de rendement de l'ordre de 20 % pour toutes les activités imaginables pour l'assuré. " - un rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 7 juin 2017, aux termes duquel ce médecin posait les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et de fibromyalgie, avec une incapacité de travail totale dans toute activité. Il précisait s'écarter de l'évaluation faite par le Dr M.\_\_\_\_\_ quant à l'intensité de l'épisode dépressif en cours, reprochant à l'expert une mauvaise application des échelles développées pour quantifier la gravité d'un épisode dépressif, de même qu'une sous-évaluation des causes extérieures au maintien du tableau dépressif qui constituaient pourtant des pertes successives depuis 2014 ; - un rapport d'expertise complémentaire du 19 août 2017 du Dr M.\_\_\_\_\_, exposant en particulier que le status psychiatrique établi par le Dr F.\_\_\_\_\_ était majoritairement déterminé par les évocations/énoncés du patient, qu'on ne voyait pas sur cette base ce qui permettait de conclure à un épisode dépressif de moyenne intensité, que le diagnostic de fibromyalgie – remontant à douze ans – n'avait pas eu d'impact sur la capacité de travail et que les échelles utilisées reposaient sur une approche méthodologique correcte. Le Dr M.\_\_\_\_\_ observait en outre que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'entrait pas du tout dans les très détaillées descriptions du quotidien de l'assurée, ses occupations, ses aptitudes et ses ressources – éléments importants de la réalité et du fonctionnement de la personnalité. Se référant par ailleurs aux critères diagnostiques posés par la Classification internationale des maladies (CIM-10) en matière de dépression, le Dr M.\_\_\_\_\_ expliquait que l'on pouvait admettre un abaissement de l'énergie vitale et une légère diminution des intérêts et que de ce fait, en appliquant une certaine « largeur », on se trouvait tout au plus dans le registre de la dépression légère (voir plutôt de dysthymie), étant souligné que l'assuré était sous traitement adéquat et efficace, ce qui participait justement à l'amélioration de son état, et que le suivi médical était assez espacé, ce qui correspondait au tableau décrit. Par rapport du 13 octobre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a en particulier relevé que le diagnostic de fibromyalgie était certes évoqué depuis 2007 mais n'avait pas justifié d'incapacité de travail. Il était vrai que le status dénombrait des zones douloureuses ; celles-ci n'étaient cependant pas décrites comme points sensibles à une pression digitale correspondant à 4 kg/cm<sup>2</sup> (blanchissement des ongles),

conformément aux recommandations dans ce domaine. Quant aux douleurs de la nuque et des lombes, elles étaient plus en rapport avec les discopathies retrouvées au status physique. A cela s'ajoutait que si la Dre H. \_\_\_\_\_ reprenait le diagnostic de fibromyalgie, elle ne procédait toutefois pas à un examen approprié pour affirmer ce diagnostic. Dans ces conditions, le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas établi de manière convaincante. Sur le plan psychique, il s'est rallié à l'appréciation de l'expert M. \_\_\_\_\_, qui ne se prononçait toutefois pas sur la période antérieure à l'examen. Cela étant, le Dr P. \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail totale du 24 décembre 2015 au 13 février 2017 puis, dès le 14 février 2017, à la pleine exigibilité de l'activité habituelle comme d'une activité adaptée. En date du 18 janvier 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 31 mai 2017. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'assuré, dont la capacité de travail était restreinte depuis le 24 décembre 2015, présentait une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité au 24 décembre 2016, soit à l'échéance du délai d'attente légal d'une année. Le droit à une rente entière d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %, était donc ouvert. Dès le 14 février 2017, une pleine capacité de travail était toutefois donnée dans toute activité professionnelle, de sorte qu'il y avait lieu de mettre fin au versement de la rente au 31 mai 2017 conformément à la réglementation applicable. L'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté le projet susdit le 8 février 2018. Aux termes d'un rapport du 5 mars 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_ a notamment reproché à l'expert M. \_\_\_\_\_ d'avoir insuffisamment évalué l'état clinique du patient. Il a de surcroît fait état d'une dégradation ultérieure de la symptomatologie dépressive, correspondant à un trouble dépressif grave, sans caractéristiques psychotiques ; le tableau dépressif était associé à un trouble anxieux non spécifié avec ruminations continues sur la situation actuelle entraînant une altération du fonctionnement social, incluant les relations avec les proches. De surcroît, l'entourage signalait un déclin neurocognitif concernant surtout la mémoire et l'attention, avec perturbation du comportement sous forme d'irritabilité ou apathie et repli sur soi. Pour le Dr F. \_\_\_\_\_, la capacité résiduelle de travail était donc nulle, chez un patient présentant du reste une bonne observance médicamenteuse. Par écrit du 12 mars 2018, l'assuré a complété ses objections. Il a en particulier contesté l'évaluation du Dr M. \_\_\_\_\_ comme celle du SMR et a soutenu que le diagnostic de fibromyalgie avait été insuffisamment investigué. Invoquant l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_, il s'est prévalu d'une complète inaptitude à la reprise d'une quelconque activité ; subsidiairement, il a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychologique [sic]). Par avis médical du 10 avril 2018, les Dres D. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, du SMR, ont maintenu la position dudit service faute d'élément objectif nouveau. Ayant ausculté l'assuré à la demande de la Dre H. \_\_\_\_\_, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a transmis divers documents à l'OAI, dont : - un rapport du 28 novembre 2016 de la Dre U. \_\_\_\_\_, radiologue, indiquant qu'un examen radiologique de la colonne cervicale avait montré des phénomènes dégénératifs étagés légers à modérés prédominant en C7-D1, avec une discopathie modérée assortie d'un rétrécissement modéré des trous de conjugaison en amont, ainsi qu'une légère cunéiformisation antérieure ancienne dorsale haute ; - un rapport du 17 février 2017 du Dr V. \_\_\_\_\_ à la Dre H. \_\_\_\_\_, exposant que le patient signalait l'apparition de douleurs vers l'âge de quarante ans sans facteur déclenchant, que ces douleurs avaient progressivement augmenté pour devenir constantes depuis maintenant de nombreuses années et qu'il s'agissait essentiellement de douleurs musculaires et de crampes, avec un

sommeil modérément perturbé sans somnolence diurne, étant par ailleurs souligné ce qui suit : " Je ne peux pas poser avec certitude un diagnostic chez ce patient. Il y a des douleurs à caractère clairement musculaire. En palpant les points habituels de la fibromyalgie, je n'ai pas réussi à déclencher des douleurs chez ce patient. A cela s'ajoute anamnestiquement une intolérance à l'effort tout à fait nette. On peut se poser la question d'une maladie métabolique musculaire au vu de l'anamnèse. [...] [...] Quoi qu'il ne soit, je ne crois pas chez ce patient à un diagnostic de fibromyalgie. " - un rapport du 30 mai 2017 du Dr V.\_\_\_\_\_ à la Dre H.\_\_\_\_\_, dans lequel le neurologue expliquait reconnaître l'absence d'argument objectif dans le sens d'une pathologie musculaire et ne pouvoir finalement retenir qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Par avis médical SMR du 6 novembre 2018, les Dres D.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont observé que le Dr V.\_\_\_\_\_ n'avait retenu aucun trouble neurologique et que son diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne pouvait être pris en considération, dès lors qu'il s'agissait d'un diagnostic posé par exclusion d'une pathologie musculaire et qu'il ne figurait dans aucun rapport psychiatrique. Par courrier du 26 mars 2019, l'OAI a réfuté les objections de l'assuré. A cet égard, il a relevé que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait mentionné une fibromyalgie le 28 août 2016 sans justifier ce diagnostic et que les zones douloureuses dénombrées par la Dre H.\_\_\_\_\_ ne correspondaient pas aux points douloureux en cas de fibromyalgie, constat qu'avait également posé le Dr V.\_\_\_\_\_. L'office en a déduit que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas été posé dans les règles de l'art et qu'il n'y avait ainsi pas lieu de compléter l'instruction sur le plan rhumatologique. Pour l'OAI, on ne pouvait pas davantage retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux évoqué par le neurologue V.\_\_\_\_\_, ce diagnostic relevant de la psychiatrie ; on ne distinguait pas, en outre, la détresse profonde et la préoccupation permanente pour les douleurs présumées par une telle atteinte. Sur le plan psychique, l'office a considéré que les conclusions de l'expert M.\_\_\_\_\_ étaient probantes et que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 5 mars 2018 n'apportait pas d'élément nouveau. Finalement, il était indiqué qu'une décision identique au projet du 18 janvier 2018 serait prochainement rendue. Par décision du 15 mai 2019 adressée à l'assuré, l'OAI a confirmé son projet précité. Le conseil de l'assuré a écrit à l'office susdit le 17 juin 2019, exposant qu'une copie de la décision du 15 mai 2019 lui avait été remise le jour même par son client, sollicitant le prononcé d'une décision sur opposition et requérant une copie du dossier. Répondant le 20 juin 2019, l'OAI a communiqué les pièces requises et précisé qu'une décision sujette à recours avait été adressée à l'assuré le 15 mai précédent. B. Agissant par l'entremise de son conseil, W.\_\_\_\_\_ a recouru le 19 juin 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 15 mai 2019, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2016, requérant subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur les plans rhumatologique et psychologique [sic] et sollicitant plus subsidiairement le renvoi du dossier à l'intimé aux fins de rendre une décision sur opposition dûment motivée. Sur le plan formel, le recourant se plaint d'une notification irrégulière de la décision du 15 mai 2019 ; il explique que celle-ci lui a été adressée personnellement et non à son conseil, qu'il l'a réceptionnée « à une date inconnue », qu'il s'est ensuite étonné de recevoir, le 14 juin 2019, une rente d'invalidité conformément au projet du 18 janvier 2018 et qu'il a conséquemment remis à son mandataire, le 17 juin suivant, la décision du 15 mai 2019. L'intéressé relève par ailleurs l'absence de décision sur opposition et invoque de surcroît une violation du droit d'être entendu sous la forme d'un défaut de motivation,

respectivement d'un défaut d'instruction. Sur le fond, le recourant reprend en substance les arguments précédemment soulevés, soulignant en particulier que l'intimé se devait d'appréhender le diagnostic de fibromyalgie, voire de trouble somatoforme douloureux, à l'aune des principes jurisprudentiels développés au sujet des atteintes psychosomatiques. Dans sa réponse du 20 août 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Par réplique du 12 septembre 2019, le recourant a persisté dans ses précédents motifs et conclusions. Par envoi du 7 avril 2020, le recourant a produit un rapport d'expertise établi le 27 décembre 2019 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans le cadre d'un contentieux de droit civil opposant l'intéressé à I.\_\_\_\_\_. Dans son rapport, l'expert a émis l'appréciation suivante : " VII Situation actuelle [...] L'échelle de MADRS montre un score à 30 ce qui est compatible avec un épisode dépressif moyen. Nous n'utilisons généralement pas ces échelles d'évaluation dans notre pratique courante. Cette échelle a été utilisée pour faire des comparatifs avec l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_. Selon les critères de la CIM-10, ce tableau clinique correspond à un épisode dépressif moyen avec un syndrome somatique (F32.11). Pour rappel, l'épisode dépressif moyen se caractérise par la présence De deux des trois symptômes du critère B : 1. Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par des circonstances, et persistante pendant au moins deux semaines ; 2. Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables ; réduction de l'énergie et augmentation de la fatigabilité. 3. Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité. On retrouve clairement deux critères (2, 3), l'humeur étant influencée positivement selon les circonstances. De plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes : 1. Perte de confiance en soi ou de l'estime de soi ; 2. Sentiment injustifié de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ; 3. Pensées récurrentes de mort ou d'idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quelle sorte ; 4. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer se manifestant, par exemple, par 5. une indécision ou des hésitations ; 6. Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement ; 7. Perturbation du sommeil de n'importe quel type ; 8. Modification de l'appétit avec variable pondérale correspondante. On retrouve en réalité six de ces symptômes sur sept, ce qui confirme la présence d'un épisode dépressif moyen. Le diagnostic de syndrome somatique repose sur la présence d'au moins quatre des symptômes suivants : 1. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables ; 2. Manque de réactivité émotionnelle à des événements ou activités déclenchant normalement une réaction ; 3. Réveil matinal précoce ; 4. Dépression plus marquée le matin ; 5. Éléments objectifs en faveur d'un ralentissement psychomoteur marqué ou d'une agitation psychomotrice marquée ; 6. Perte marquée d'appétit ; perte de poids (au moins 5% du poids corporel au cours du dernier mois) ; 7. Diminution marquée de la libido. Chez Monsieur W.\_\_\_\_\_, on retrouve six de ces symptômes. En conclusion, nous retenons un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) est décrit selon la CIM-10 par la présence de douleurs persistantes, intenses, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliqués entièrement par un processus physiologique ou un trouble psychique, et qui constituent en permanence la préoccupation essentielle du patient. Chez Monsieur W.\_\_\_\_\_, nous retrouvons une douleur persistante relativement intense et qui s'accompagne d'un sentiment de détresse concernant la douleur. Ces douleurs sont expliquées par une fibromyalgie. En revanche, elles ne constituent pas en permanence la

préoccupation essentielle du patient. Pour cette raison, nous sommes dubitatifs quant à la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, le diagnostic rhumatologique de fibromyalgie rendant selon nous mieux compte de la situation de Monsieur W.\_\_\_\_\_.

Cette appréciation est partagée par le Dr F.\_\_\_\_\_ et le Dr M.\_\_\_\_\_ [qui] n'avai[en]t pas non plus retenu une telle affection. En revanche, Monsieur W.\_\_\_\_\_ présente des traits de personnalité anankastique, sans présenter un trouble de la personnalité. Tant Monsieur W.\_\_\_\_\_ que le Dr F.\_\_\_\_\_ ont décrit une péjoration de l'état psychique. Selon Monsieur W.\_\_\_\_\_, cette péjoration est apparue en 2017. Nous considérons également qu'il y a une péjoration depuis 2017 et à titre d'exemple, on relève que M. W.\_\_\_\_\_ avait de l'intérêt pour les questions politiques en mars 2017, ce qui n'est plus le cas actuellement. [...] Appréciation de la capacité de travail [...] En page 16 de son rapport, le Dr M.\_\_\_\_\_ mentionne qu'il n'y a plus d'incapacité de travail de principe, sur la base du diagnostic retenu. L'appréciation de la capacité de travail repose sur les limitations fonctionnelles et non sur un diagnostic donné. On ne peut pas simplement déduire d'un épisode dépressif léger, qu'il n'est pas incapacitant, sans mettre en perspective les symptômes précis et la nature de l'activité professionnelle. Dans le cas de M. W.\_\_\_\_\_, les éléments suivants n'ont pas été suffisamment pris en compte : - Augmentation de la fatigabilité observée au terme de deux heures d'entretien ; - Fonctions cognitives décrites comme étant préservées, alors que l'évaluation des plaintes subjectives concernant ce domaine manque ; - Capacité à éprouver du plaisir et de l'intérêt jugée préservée sur la base de la description des activités quotidiennes alors que l'activité professionnelle implique une capacité à convaincre et à se mobiliser qui est très importante. Finalement, le Dr M.\_\_\_\_\_ ne mentionne pas sur quelle base (limitations fonctionnelles) il considère que le rendement est diminué de 20%. Toutefois, sur la base de son rapport médical, nous considérons que les éléments ci-dessus rendaient compte d'une diminution du rendement de 20%. [...] IX. Réponses aux allégués [...] L'appréciation clinique du Dr M.\_\_\_\_\_ est très largement supérieure à celle du Dr F.\_\_\_\_\_ parce qu'il fait une meilleure distinction entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. De plus, le Dr M.\_\_\_\_\_ a étayé son appréciation diagnostic à l'aide d'échelles psychométriques. Il a aussi mis en perspective les plaintes subjectives de M. W.\_\_\_\_\_ avec les activités que M. W.\_\_\_\_\_ pouvait encore réaliser au quotidien. [...] Nous considérons qu'actuellement, M. W.\_\_\_\_\_ présente un épisode dépressif avec syndrome somatique (F32.11). Les limitations fonctionnelles sont en lien avec un état de fatigue et une augmentation de la fatigabilité, une tristesse, des troubles cognitifs et un pessimisme. Dans une activité professionnelle impliquant des bonnes capacités de persuasion, la capacité de travail de M. W.\_\_\_\_\_ est nulle. Les limitations fonctionnelles actuelles sont en lien avec des troubles cognitifs, une tristesse, un ralentissement psychomoteur, de la fatigue et une augmentation de la fatigabilité, ainsi qu'une réduction de la capacité à éprouver du plaisir. Dans une activité professionnelle impliquant d'avoir une bonne présentation, d'avoir de l'entregent, de la facilité dans les contacts ainsi qu'une facilité à s'exprimer et à convaincre, ces limitations fonctionnelles sont responsables, actuellement, d'une incapacité de travail à 100%. Cette incapacité de travail à 100% est secondaire à une péjoration de l'état psychique de M. W.\_\_\_\_\_ apparue dans le courant de l'année 2017 et secondaire à l'évaluation du Dr M.\_\_\_\_\_. [...] Le Dr M.\_\_\_\_\_ s'est entouré de tous les renseignements utiles pour l'appréciation de la nature et de la sévérité des troubles psychiques de M. W.\_\_\_\_\_. Son anamnèse est très détaillée et il investigate correctement les symptômes en les distinguant de ses constatations. Il a utilisé des tests

psychométriques et il a procédé à un dosage des médicaments. Cette expertise a une force probante. [...] La décompensation psychique de M. W. \_\_\_\_\_ en mars 2017 n'était pas sévère et M. W. \_\_\_\_\_ ne présentait notamment pas de trouble de la personnalité. Comme mentionné ci-dessus, l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ était fondée sur des éléments d'appréciation médicale solides. [...]" Les parties convenant que l'expertise précitée était probante mais qu'elle ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée depuis l'aggravation, ni sur la date exacte de l'aggravation, la juge instructrice a conséquemment interpellé le Dr X. \_\_\_\_\_ sur ces aspects. Dans un rapport complémentaire du 6 septembre 2020, l'expert a répondu ce qui suit : " 1. Préciser la date exacte de l'aggravation de l'état de santé de M. W. \_\_\_\_\_. Interrogé sur l'évolution de son état psychique depuis l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ du 6 mars 2017 jusqu'à présent, Monsieur W. \_\_\_\_\_ considérait qu'il allait moins bien depuis 2017 ce qui figurait en page 15 et 16. Il ne mentionnait pas de date précise. En mars 2017, il était encore confiant dans la perception médicale de son état de santé et il espérait qu'il pourrait au moins aller au terme des prestations de l'assurance perte de gains. Le Cymbalta (duloxétine) a remplacé le Cipralex à partir de juillet 2018. Cela donne un élément indirect de la péjoration de l'état psychique de M. W. \_\_\_\_\_. Le Trittico a également été augmenté de 50 à 75 mg. Il a ensuite reçu du Symfona en raison de troubles mnésiques. Monsieur W. \_\_\_\_\_ a séjourné à la Clinique [...] de [...] durant 2 semaines en octobre 2018. [...] Il ne nous est pas possible d'indiquer de façon précise la date exacte de l'aggravation de l'état de santé de M. W. \_\_\_\_\_. Elle se situe entre le 6 mars 2017 (évaluation psychiatrique par le Docteur M. \_\_\_\_\_) et juillet 2018 (adaptation du traitement pharmacologique, motivée par une résistance à l'antidépresseur ou une péjoration de l'état psychique de M. W. \_\_\_\_\_. On retrouve par la suite une confirmation de la péjoration de l'état psychique de M. W. \_\_\_\_\_ puisqu'il a séjourné en milieu hospitalier en octobre 2018. [...] Il ne nous est donc pas possible d'indiquer une date précise. 2. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? En page 23 nous avons indiqué que les limitations fonctionnelles étaient en lien avec des troubles cognitifs, une tristesse, un ralentissement psychomoteur, de la fatigue et une augmentation de la fatigabilité, ainsi qu'une réduction de la capacité à éprouver du plaisir. A l'exception du dernier symptôme, les limitations fonctionnelles étaient observées durant l'entretien. 3. Quelle est la capacité de travail de M. W. \_\_\_\_\_ dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles ? Le Dr M. \_\_\_\_\_ ne mentionnait pas sur quelle base (limitations fonctionnelles) il considérait que le rendement était diminué de 20%. Toutefois, sur la base de son rapport médical, nous considérons que cela rendait compte d'une diminution du rendement de 20% dès le moment de son évaluation jusqu'au moment de l'aggravation de l'état de santé de M. W. \_\_\_\_\_, aggravation intervenue dans le courant de l'année 2017, après l'évaluation du 6 mars 2017. [...] Compte tenu de la nature et de la sévérité des limitations fonctionnelles ainsi que des exigences de son activité professionnelle, M. W. \_\_\_\_\_ n'était pas apte à trouver une activité professionnelle par ses propres moyens, quelle que soit l'activité envisagée. Ainsi M. W. \_\_\_\_\_ aurait dû bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle et d'une aide au placement. La nature de l'activité aurait dû faire l'objet d'une évaluation dans le cadre de ces mesures. Bien que cela ne relève de notre compétence médicale, nous pensons qu'une activité dans le domaine administratif aurait été adéquate. " Se déterminant le 29 septembre 2020, le recourant s'est prévalu de l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ pour alléguer qu'en raison d'une aggravation survenue entre l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ de mars 2017 et l'adaptation médicamenteuse du mois de juillet 2017 [sic], il ne disposait d'aucune capacité de travail dans quelque activité que ce

fût. Toujours le 29 septembre 2020, l'intimé s'est référé à un avis SMR de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 23 septembre précédent, admettant avec l'expert X. \_\_\_\_\_ une aggravation de l'état psychique entre le 6 mars 2017 et le mois de juillet 2018, marquée par des limitations fonctionnelles (troubles cognitifs, tristesse, ralentissement, fatigue) engendrant depuis lors une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle ; concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, la Dre K. \_\_\_\_\_ s'est référée à l'appréciation de l'expert X. \_\_\_\_\_ quant à l'adéquation d'une activité dans le domaine administratif, à un taux devant être déterminé par des mesures de réadaptation. Cela étant, l'OAI a indiqué qu'il lui serait difficile, sur la base des éléments médicaux en sa possession, de déterminer le droit aux prestations. 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) Pour ce qui est de la computation du délai de recours en cas de notification irrégulière, lorsque comme en l'espèce la décision n'est pas notifiée au représentant – dûment connu – d'une partie mais directement en mains de celle-ci, la jurisprudence retient que la partie doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date (TF 9C\_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1; TF 9C\_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6). En l'occurrence, la décision litigieuse a été adressée le 15 mai 2019 sous pli simple à l'assuré personnellement, qui soutient l'avoir réceptionnée « à une date inconnue » (cf. mémoire de recours du 19 juin 2019 p. 2). Il est par ailleurs constant que l'intimé n'a pas acheminé cette décision par lettre recommandée et rien dans le dossier ne permet d'établir la date de l'envoi de la décision et de sa notification. Il apparaît, tout au plus, que le recourant a pour la première fois interpellé son conseil le 17 juin 2019 au sujet de la suite à donner à cette affaire (cf. courrier de la partie recourante du 17 juin 2019) et que la Cour de céans a conséquemment été saisie le 19 juin suivant. En de telles circonstances, on retiendra donc que le recours ainsi déposé l'a été en temps utile – ce que les parties ne contestent pas du reste. Il suit de là que la notification de la décision du 15 mai 2019 a atteint son but malgré son irrégularité et que le recourant ne subit, de ce fait, aucun préjudice. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'attacher de conséquences au vice de notification (ATF 122 V 189 consid. 2). c) Pour le reste, introduit auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En l'occurrence, est litigieux le bien-fondé de la décision rendue par l'OAI le 15 mai 2019, mettant fin au droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2017. b) En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1 er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où

la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Notamment, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Dans le cas particulier, tel est précisément le cas du rapport d'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ du 27 décembre 2019 complété le 6 septembre 2020. 3. Il convient à ce stade d'examiner les griefs formels soulevés par le recourant. a) Tout d'abord, l'intéressé invoque l'absence de décision sur opposition (cf. écriture du 17 juin 2019 et mémoire de recours du 19 juin 2019 p. 2). Cette critique est toutefois dépourvue de pertinence, la voie de l'opposition – au sens de l'art. 52 LPGA – n'étant pas ouverte dans le présent contexte. Les décisions des offices cantonaux de l'assurance-invalidité peuvent en effet directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI ; cf. consid. 1a supra), moyennant une procédure de préavis avant toute décision finale au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (art. 57a LAI). Dans le cas d'espèce, en rendant un projet de décision le 18 janvier 2018 puis une décision sujette à recours le 15 mai 2019, l'OAI a donc satisfait aux exigences procédurales en la matière. Sous cet angle, le grief du recourant ne peut donc qu'être écarté. b) Le recourant se prévaut en outre d'une violation de son droit d'être entendu. aa) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) de caractère formel, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). bb) D'une part, l'assuré invoque un défaut de motivation. Il soutient plus précisément que la décision du 15 mai 2019 n'était accompagnée d'aucune motivation, que l'intimé n'a pas observé les exigences de l'art. 74 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et que l'office n'a pas davantage fourni les raisons l'ayant amené à considérer l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ comme probante (cf. mémoire de recours du 19 juin 2019 p.1, 3 et 6). aaa) Le droit d'être entendu comprend notamment le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire de la comprendre et de l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références ; 129 I 232 consid. 3.2 ; TF 9C\_669/2013 du 4 décembre 2013 consid. 3.2 ; voir également art. 49 al. 3 LPGA). Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). Pour ce qui est des prononcés de l'office de l'assurance-invalidité, l'art. 74 al. 2 RAI précise que la motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent

sur des points déterminants. bbb) En l'espèce, l'OAI a rendu le 18 janvier 2018 un projet de décision contenant les principaux motifs à l'appui de sa position et annonçant qu'une décision identique au préavis serait prochainement rendue. Le 12 mars 2018, l'assuré a présenté des objections détaillées sur plusieurs pages. Dans un courrier du 26 mars 2019, l'office a réfuté ces objections. Puis, par décision du 15 mai 2019, l'intimé a formellement confirmé son projet susmentionné. Selon le dossier de l'OAI, la décision du 15 mai 2019 était assortie d'une motivation – « cont[enant] 4 pages et fai[sant] partie intégrante de cette décision » (cf. décision du 15 mai 2019 p. 1) – identique à celle du projet du 18 janvier 2018. Sous l'angle de l'art. 74 al. 2 RAI, l'office a donc considéré que les observations du 12 mars 2018 ne contenaient pas d'éléments déterminants, qu'elles n'appelaient donc pas de modification des motifs initialement retenus et qu'elles pouvaient être traitées par le biais d'une communication séparée, établie le 26 mars 2019. En tout état de cause, il reste que l'intimé s'est ainsi déterminé sur les objections présentées, qui ne sont donc pas restées sans examen, et que le recourant a été en mesure de saisir la position de l'office. Quant aux critiques visant les raisons ayant amené l'OAI à privilégier l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, elles portent au final sur le résultat de l'appréciation des preuves et se confondent avec le grief tiré d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, de sorte qu'elles doivent être examinées avec le fond du litige. Certes, le recourant a également soutenu que la motivation de la décision du 15 mai 2019 ne lui était pas parvenue. Il demeure qu'au vu des écritures échangées antérieurement, l'intéressé était en mesure de saisir les enjeux en présence, singulièrement les éléments essentiels sur lesquels l'autorité intimée s'était fondée pour justifier sa position ; le Tribunal en veut pour preuve que l'assuré a été en mesure de déposer un mémoire de recours circonstancié le 19 juin 2019. Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où un défaut de motivation devrait être admis, il conviendrait de constater qu'un éventuel manquement serait réparé devant l'autorité de céans, le recours selon les art. 56 ss LPGa étant un moyen de droit permettant un examen complet de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C\_127/2007 du 12 février 2008), et le recourant ayant eu tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la présente procédure de recours. cc) D'autre part, le recourant critique l'absence de mesure d'instruction suite au dépôt des observations du 12 mars 2018 (cf. mémoire de recours du 19 juin 2019 p. 6). Or, tel qu'invoqué, ce grief n'a pas de portée propre par rapport à celui tiré de l'arbitraire dans l'appréciation des preuves (TF 9C\_258/2019 du 25 juillet 2019 consid. 3.1 et les références citées). Il sera dès lors examiné conjointement avec les autres motifs matériels. 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGa). 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). 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 un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 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 (art. 29 al. 1 LAI).

b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2). L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie s'il y a reprise de l'invalidité après suppression de la rente. C'est encore le lieu de préciser que lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4).

c) Tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent, désormais, en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La preuve d'un trouble psychosomatique ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue

(succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante : il y a lieu d'examiner si elles permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

5. 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (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. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). 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).

6. Aux termes de sa décision du 15 mai 2019, l'intimé a considéré que l'incapacité de travail et de gain du recourant était totale à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la loi (art. 28 al. 1

let. b LAI), soit au mois de décembre 2016, justifiant l'ouverture du droit à une rente entière. Dès le mois de février 2017, la capacité de travail était cependant entière dans toute activité, conduisant ainsi à la suppression du droit à la rente au 31 mai 2017, soit après trois mois d'amélioration (art. 88a al. 1 RAI). Le recourant, pour sa part, s'est prévalu d'une complète inaptitude à reprendre une quelconque activité lucrative. a) Sur le plan strictement somatique, il est constant que des atteintes ostéoarticulaires ont été mentionnées par les Drs Q.\_\_\_\_\_ (rapport du 29 août 2016) et H.\_\_\_\_\_ (rapport 19 octobre 2016) sous la forme de discopathies, troubles de la statique rachidienne, arthrose rachidienne et syndrome rotulien – atteintes pour partie confirmées radiologiquement par la Dre U.\_\_\_\_\_ (rapport du 29 novembre 2016). Si les Drs Q.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont qualifié les diagnostics retenus d'incapacitants, rien dans la documentation médicale au dossier ne tend cependant à prêter un tel caractère à ces pathologies. On soulignera notamment qu'aucun médecin n'a concrètement détaillé en quoi les troubles en question impactaient objectivement la capacité de travail de l'assuré. Les médecins n'ont du reste fait état d'aucune incapacité de travail durable liée à ces troubles. Aucune atteinte neurologique, respectivement musculaire, n'a par ailleurs été mise en évidence par le Dr V.\_\_\_\_\_. Sur la base de ces éléments, on ne peut donc conclure à une diminution de l'exigibilité du fait de troubles somatiques. b) Sous l'angle psychosomatique, le diagnostic de fibromyalgie a certes été évoqué par les rhumatologues traitants. Ainsi, dans son rapport du 29 août 2016, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a signalé qu'une telle atteinte était présente depuis une douzaine d'années, avec des plaintes diffuses d'origine musculo-tendineuses, variables selon la fatigue, et une amélioration relative après traitement. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'a toutefois pas détaillé son raisonnement, que ce soit du point de vue de l'objectivation du diagnostic ou de l'explicitation de ses composantes. Par la suite, se prononçant les 19 octobre et 3 novembre 2016, la Dre H.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de fibromyalgie mais pour autant, là encore, elle n'a pas spécifié le raisonnement médical à la base de ce diagnostic. Cela étant, prenant position sur la base de ces comptes-rendus, le Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas établi de manière convaincante. Il a en particulier relevé l'absence d'examen détaillé et a souligné que non seulement les zones douloureuses n'étaient pas décrites comme des points sensibles à la pression digitale selon la doctrine médicale, mais qu'en outre les douleurs de la nuque et des lombes étaient davantage en lien avec les discopathies bien décrites et objectivées radiologiquement (avis médical SMR du 13 octobre 2017) – éléments objectifs qui ne peuvent qu'être pris en considération par la Cour de céans. A cela s'ajoute que la Dre H.\_\_\_\_\_ semble, ultérieurement, être revenue sur le diagnostic de fibromyalgie dans la mesure où elle a adressé le patient au neurologue V.\_\_\_\_\_ afin de poursuivre les investigations relatives à la symptomatologie douloureuse en question. Or, dès son premier examen, le Dr V.\_\_\_\_\_ a réfuté l'existence d'une fibromyalgie, soulignant en particulier que la palpation des points habituels de fibromyalgie n'avait déclenché aucune douleur chez le patient (rapport du 17 février 2017). Au final, il apparaît ainsi que les avis recueillis auprès des médecins somaticiens ne permettent pas de conclure à un diagnostic de fibromyalgie. Si par ailleurs le psychiatre F.\_\_\_\_\_ et l'expert X.\_\_\_\_\_ ont eux aussi évoqué une atteinte fibromyalgique (rapports des 12 février 2016, 20 mai 2016, 1<sup>er</sup> août 2016, 27 novembre 2016, 7 juin 2017, 9 juillet 2017 et 5 mars 2018 ; rapport d'expertise du 27 décembre 2019 spéc. p. 23), ils se sont toutefois contentés d'en affirmer péremptoirement l'existence sans détailler le moindre raisonnement médical concret ; en particulier, la simple référence faite par les psychiatres F.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ à un bilan effectué au Centre hospitalier

N. \_\_\_\_\_, sans autre indication, s'avère insuffisante pour étayer un quelconque diagnostic. Le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est du reste montré équivoque, voyant dans les plaintes somatiques un moyen pour l'assuré d'échapper à ses sentiments de détresse et imputant le déficit musculaire de l'intéressé à la problématique psychique (rapport du 9 juillet 2017) : pour le psychiatre traitant, l'aspect psychique – et non psychosomatique – était donc prédominant du point de vue diagnostique. Il découle de ce qui précède que la position défendue par ces deux psychiatres n'est pas convaincante. C'est enfin le lieu de rappeler que le neurologue V. \_\_\_\_\_ a certes conclu à un trouble somatoforme douloureux mais qu'il a pour ce faire raisonné par exclusion, en l'absence de pathologie musculaire, et sans étayer son point de vue (rapport du 30 mai 2017). Notamment, il ne s'est pas référé aux critères détaillés à cet égard dans la CIM-10 (F45.40), soit une détresse persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse. Aucun des médecins consultés n'a, du reste, rejoint cette appréciation. En particulier, l'expert X. \_\_\_\_\_ a expressément fait part de ses doutes quant à l'existence d'une telle atteinte (rapport d'expertise du 27 décembre 2019 p. 23). On voit donc mal comment ce diagnostic pourrait être retenu. A l'aune de ce qui précède, force est de constater que l'existence d'une atteinte psychosomatique – fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux – n'apparaît pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Au demeurant, même à retenir un diagnostic psychosomatique, on pourrait difficilement lui prêter une nature incapacitante sur la base des avis médicaux au dossier. En effet, aucun des médecins interpellés n'a évoqué la moindre incapacité de travail en lien avec les douleurs de l'assuré – que ce soit le Dr Q. \_\_\_\_\_ (rapport du 29 août 2016), la Dre H. \_\_\_\_\_ (rapports des 19 octobre et 3 novembre 2016) ou le Dr V. \_\_\_\_\_ (rapports des 17 février et 30 mai 2017). Bien plus, le Dr F. \_\_\_\_\_ a expressément indiqué que l'assuré avait toujours pu travailler malgré ses douleurs (rapport du 12 février 2016), ce qui plaide d'autant plus à l'encontre d'un trouble invalidant. Il n'est toutefois pas nécessaire d'approfondir davantage l'analyse à ce stade. En effet, l'examen de la nature incapacitante des troubles psychosomatiques comme des atteintes psychiques repose sur une grille commune d'indicateurs (cf. consid. 4c supra), analysée ci-dessous (cf. consid. 6c infra). c) Le volet psychique appelle, quant à lui, une évaluation nuancée. aa) A cet égard, il sied de rappeler que, sur mandat de l'assureur perte de gain, une expertise a été réalisée le 14 février 2017 par le Dr M. \_\_\_\_\_. Au terme de ses investigations, l'expert a conclu à un trouble incapacitant sous forme d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Il a plus particulièrement retenu qu'un état dépressif avait pu être déclenché en 2014 mais que la situation s'était améliorée depuis lors et qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail de principe, avalisant tout au plus une diminution de rendement de 20 % (rapport d'expertise du 6 mars 2017 et rapport complémentaire du 19 août 2017). aaa) Cette expertise, certes antérieure à la jurisprudence étendant aux atteintes psychiques la procédure probatoire développée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281, 143 V 409 et 143 V 418), permet néanmoins d'appréhender la situation du recourant à satisfaction. En effet, quand bien même le Dr M. \_\_\_\_\_ ne s'est pas explicitement référé à la procédure probatoire susdite, il a néanmoins émis une appréciation globale tenant compte de manière adéquate des critères établis par la jurisprudence. C'est ainsi que l'expert a décrit les éléments pertinents pour le diagnostic, notamment sous l'angle de l'intensité de l'épisode dépressif (rapport d'expertise du 6 mars 2017 p. 15 et 16 ; rapport complémentaire du 19 août 2017 p. 3 s.), et a conclu à un état dépressif léger « tout juste atteint » (rapport d'expertise du 6 mars 2017 p. 15 ; rapport complémentaire du 19 août 2017 p. 4). Le Dr M. \_\_\_\_\_ a par ailleurs tenu

compte des traitements entrepris (rapport d'expertise du 6 mars 2017 p. 14 s. ; rapport complémentaire du 19 août 2017 p. 4) et a de surcroît noté que l'intéressé ne présentait pas d'autre psychopathologie majeure, ni de trouble de la personnalité (rapport d'expertise du 6 mars 2017 p. 16). S'agissant de l'interaction entre les différents diagnostics, l'expert a relativisé la notion de fibromyalgie présente anamnestiquement depuis douze ans mais n'ayant jamais eu d'impact sur la capacité de travail (rapport d'expertise complémentaire du 19 août 2017 p. 1 s.) – émettant ainsi une appréciation concordante avec les majorité des avis médicaux au dossier (cf. consid. 6b supra). Le Dr M. \_\_\_\_\_ a de surcroît souligné que, nonobstant les plaintes, le fonctionnement de l'assuré demeurait plutôt correct, l'intéressé conduisant son véhicule, faisant des trajets pour ses petits-enfants, utilisant les transports publics, s'occupant de sa maison et ayant des intérêts assez divers investis (rapport d'expertise du 6 mars 2017 p. 15), soit des éléments révélateurs de ressources préservées ; celles-ci ont du reste été détaillées par l'expert (rapport complémentaire du 19 août 2017 p. 2). Pour ce dernier, la situation était très largement dominée par une vision subjective négative et des facteurs extra-médicaux/contextuels tels que l'absence de diplômes, l'âge, la situation du marché du travail, l'état de santé de l'épouse ou encore une déception très dominante sur la thématique de l'ex-employeur (rapport d'expertise du 6 mars 2017 p. 15 s.). Or il s'agit là d'éléments étrangers à la notion d'invalidité – notion qui présuppose, d'une part, un examen objectif de l'exigibilité (art. 7 al. 2 LPG), sans égard à l'appréciation subjective de l'assuré, et qui exclut, d'autre part, les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a). C'est en outre le lieu de relever que l'expert a observé un décalage net entre l'auto-appréciation de l'assuré et le constat psychiatrique objectif (rapport d'expertise du 6 mars 2017 p. 16), ce qui illustre une incohérence dans la symptomatologie. Au final, le Dr M. \_\_\_\_\_ a donc dressé le portrait d'un assuré conservant l'essentiel de ses ressources nonobstant ses plaintes – que ce soit sous l'angle d'une atteinte psychosomatique ou d'une atteinte psychique. Ces éléments permettent par conséquent de se rallier à l'entière capacité de travail assortie d'une diminution de rendement de 20 % telle que retenue par l'expert M. \_\_\_\_\_. Certes, le Dr F. \_\_\_\_\_ a contesté les conclusions de l'expert M. \_\_\_\_\_ (rapport du 7 juin 2017). Ce dernier a toutefois dûment écarté les critiques émises par le psychiatre traitant quant à l'intensité du trouble dépressif, la méthodologie utilisée ou l'appréciation de la capacité de travail (rapport complémentaire du 19 août 2017). Plus généralement, rien dans l'évaluation du Dr F. \_\_\_\_\_ ne vient infirmer l'analyse de l'expert psychiatre. En particulier, la Cour observe que le médecin traitant a signalé un trouble dépressif d'intensité moyenne (rapports des 20 mai 2016, 7 juin 2017 et 9 juillet 2017), voire sévère ou grave (rapports des 12 février 2016, 1<sup>er</sup> août 2016 et 5 mars 2018), en se fondant avant tout sur les plaintes – par définition subjectives – de l'assuré. Bien plus, le Dr F. \_\_\_\_\_ a avant tout mis le développement de cette symptomatologie sur le compte de difficultés au travail auxquelles s'étaient surajoutées la maladie de l'épouse (rapports des 20 mai 2016, 1<sup>er</sup> août 2016, 7 juin 2017 et 9 juillet 2017) – soit précisément des facteurs psychosociaux étrangers à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a, précité). A cela s'ajoute que l'expert X. \_\_\_\_\_ a privilégié l'appréciation de l'expert M. \_\_\_\_\_ à celle du Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 27 décembre 2019 spéc. p. 29). S'il a certes émis certaines réserves quant à des éléments qui auraient insuffisamment été pris en compte par l'expert M. \_\_\_\_\_, il a néanmoins estimé que les constatations de ce dernier médecin permettaient effectivement d'admettre une entière capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 %, validant ainsi les conclusions du rapport d'expertise du 6 mars 2017

(cf. *ibid.* spéc. p. 34 ss). Dans ces conditions, il y a lieu de reconnaître valeur probante aux conclusions de l'expert M.\_\_\_\_\_. bbb) Sur la base des éléments développés ci-avant, on doit tout d'abord admettre que l'assuré a souffert d'un trouble dépressif dès 2014 mais que ce trouble s'était de toute évidence considérablement amendé lors de l'examen conduit par l'expert M.\_\_\_\_\_. Cela étant, et dans la mesure où l'expert psychiatre n'a pas spécifiquement évalué l'exigibilité pour la période antérieure à son examen, le SMR a retenu que, à compter de l'incapacité de travail attestée par le Dr F.\_\_\_\_\_ le 24 décembre 2015 et jusqu'à l'examen pratiqué par le Dr M.\_\_\_\_\_ le 14 février 2017, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité – appréciation sur laquelle il n'y a pas lieu de revenir, dès lors qu'elle n'est pas contestée et s'avère en définitive favorable au recourant. Le SMR a par ailleurs conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité dès la date de l'examen du 14 février 2017 – reprenant ainsi l'exigibilité arrêtée par le Dr M.\_\_\_\_\_, mais sans toutefois tenir compte de la diminution de rendement de 20 % signalée par l'expert ni indiquer les raisons d'un tel positionnement. En ce sens, il y a donc lieu de rectifier l'avis émis par ce service en reconnaissant à l'assuré, dès le mois de février 2017, une pleine exigibilité assortie d'une diminution de rendement de 20 %. bb) C'est toutefois le lieu de relever que, dans son rapport d'expertise du 27 décembre 2019, l'expert X.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution postérieure à l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_. aaa) L'expert X.\_\_\_\_\_ a plus précisément retenu qu'une péjoration de l'état psychique de l'assuré était intervenue dans le courant de l'année 2017, rapportée tant par l'intéressé que par le Dr F.\_\_\_\_\_, (cf. rapport d'expertise du 27 décembre 2019 p. 24), secondairement à l'évaluation du Dr M.\_\_\_\_\_ (cf. *ibid.* p. 30) ; de fait, on rappellera que le Dr F.\_\_\_\_\_ avait évoqué le 5 mars 2018 une aggravation de la symptomatologie dépressive. Si l'expert X.\_\_\_\_\_ a certes expliqué qu'il ne lui était pas possible d'indiquer la date exacte de cette aggravation, il a en revanche indiqué qu'elle se situait entre l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ du 6 mars 2017 et l'adaptation médicamenteuse intervenue en juillet 2018, dite aggravation ayant ensuite mené à une hospitalisation au cours du mois d'octobre 2018 (cf. rapport d'expertise complémentaire du 6 septembre 2020 p. 1 s.). Cela étant, l'expert a considéré que l'assuré présentait désormais un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, les limitations fonctionnelles étant liées à des troubles cognitifs, une tristesse, un ralentissement psychomoteur, de la fatigue et une augmentation de la fatigabilité, ainsi qu'une réduction de la capacité à éprouver du plaisir (cf. *ibid.* p. 23 et 29 ; cf. rapport d'expertise complémentaire du 6 septembre 2020 p. 2). Pour le Dr X.\_\_\_\_\_, il en résultait une incapacité de travail de 100 % dans une activité professionnelle impliquant d'avoir une bonne présentation, d'avoir de l'entregent, de la facilité dans les contacts, ainsi qu'une facilité à s'exprimer et à convaincre (cf. rapport d'expertise du 27 décembre 2019 p. 23 s. et 29) – soit typiquement dans l'activité précédemment exercée par l'assuré jusqu'à son licenciement. L'expert a par ailleurs précisé que le recourant n'aurait pas été apte à retrouver une quelconque activité par ses propres moyens mais qu'une activité dans le domaine administratif aurait été adéquate (cf. rapport d'expertise complémentaire du 6 septembre 2020 p. 3). bbb) Dès lors que la valeur probante de cette évaluation est communément admise tant par la partie recourante (cf. écritures des 7 avril, 24 juin et 29 septembre 2020) que par la partie intimée (cf. écritures des 8 juin et 29 septembre 2020 ; cf. avis médical SMR des 21 avril et 23 septembre 2020), la Cour de céans peut s'y rallier sans avoir à procéder à de plus amples développements. On retiendra ainsi que l'état de santé psychique du recourant a connu une évolution défavorable dès le courant de l'année 2017, après l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_. Cette évolution s'est ensuite

progressivement amplifiée jusqu'à aboutir à une adaptation de la médication durant le mois de juillet 2018 puis à une hospitalisation trois mois plus tard, au cours du mois d'octobre 2018 ; elle persistait encore lors de l'examen réalisé par le Dr X. \_\_\_\_\_ à la fin de l'année 2019, dont il est ressorti que la situation était incompatible avec l'exercice de l'activité habituelle du recourant mais laissait entrevoir d'éventuelles aptitudes – à déterminer sur le plan de la réadaptation – dans une activité de type administratif. A la lumière de ces éléments, on peut donc retenir que l'état de santé psychique de l'assuré s'est notablement détérioré, au point d'influer négativement sur sa capacité de travail, à compter du mois de juillet 2018 pour ne plus connaître d'amélioration significative depuis lors. d) Cela étant, sur le plan médical, le dossier apparaît suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. On ne voit pas, à tout le moins, en quoi l'expertise médicale judiciaire initialement requise par le recourant (cf. mémoire de recours du 19 juin 2019 p. 13) permettrait d'éclaircir davantage l'état fait, d'autant que l'intéressé s'est finalement rallié sans réserve au rapport d'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ du 27 décembre 2019, complété le 6 septembre 2020. Sous cet angle, il y a donc lieu de renoncer à de plus amples investigations, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). 7. Reste à se positionner du point de vue de la perte de gain et, partant du taux d'invalidité. a) Compte tenu d'une entière incapacité de travail dans toute activité du 24 décembre 2015 jusqu'à l'issue du délai d'attente légal d'une année (art. 28 al. 1 LAI), le 24 décembre 2016, c'est à juste titre que l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2016 – cette date coïncidant également avec la fin du délai de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. consid. 4a supra). b) Pour ce qui est de la situation subséquente telle que prévalant lors de l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, il y a lieu de rappeler, d'une part, que lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (comparaison en pour-cent ; TF 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4, TF 9C\_137/2010 du 19 avril 2010, TF 9C\_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). D'autre part, d'un point de vue économique, lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail (et non au niveau de l'abattement sur le revenu d'invalidité, cf. TF 9C\_759/2018 du 18 février 2019 consid. 2 et les références citées). Si l'on effectue une application combinée de ces deux jurisprudences au cas particulier, il s'ensuit que l'entière exigibilité avec une diminution de rendement de 20 % retenue dès le mois de février 2017 donne lieu, en définitive, à une capacité de travail de 80 % dans toute activité, ayant pour corollaire un taux d'invalidité de 20 % inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a supprimé le droit à la rente avec effet au 31 mai 2017, soit à l'issue du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI. Au demeurant, le droit à d'autres prestations ne fait pas l'objet de la présente contestation. Tout au plus relèvera-t-on, au surplus, que même avec une perte de gain atteignant 20 %, on voit mal en quoi des mesures professionnelles auraient pu trouver à s'appliquer à l'égard d'un assuré disposant d'une pleine aptitude à exercer son activité habituelle comme toute activité. Par surabondance, on ajoutera encore que compte tenu de la préservation des aptitudes professionnelles du recourant dans son domaine usuel d'activité, il ne saurait être question d'appliquer, pour la période courant jusqu'à l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, la jurisprudence développée à l'égard des assurés proches de l'âge de la retraite (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; cf. consid. 7c infra). c) Quant à l'évolution mise en évidence par l'expert X. \_\_\_\_\_, elle appelle les

observations suivantes. aa) L'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur – comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques – joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, mis à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1). La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3). En l'occurrence, le rapport d'expertise du 27 décembre 2019 complété le 6 septembre 2020 a montré que l'état de santé psychique du recourant s'était dégradé jusqu'à conduire à l'adaptation de son traitement médicamenteux en juillet 2018 puis à une hospitalisation en octobre 2018 et que, en conséquence, l'intéressé n'était plus à même d'exercer sa profession habituelle mais se trouvait néanmoins en mesure d'exercer une activité adaptée de type administratif selon des modalités à déterminer. Que l'on se fonde sur la reddition du rapport initial ou sur celle de son complément, il reste qu'au moment où l'expert X. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'exigibilité médicale d'une activité lucrative, l'assuré était âgé de 64 ans et 9 mois, respectivement de 65 ans et 6 mois. Or on peine à imaginer qu'un employeur eût consenti à engager le recourant et à le former dans un domaine autre que celui du conseil en assurances – son secteur d'activité durant près de vingt ans – alors que l'intéressé se trouvait à trois mois de l'âge légal de la retraite, respectivement l'avait déjà dépassé (art. 21 al. 1 let. a LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10]). Il faut au contraire admettre qu'au moment où les documents médicaux ont permis d'établir de manière fiable les faits relatifs à la capacité résiduelle de travail de l'assuré pour la période postérieure à l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, le recourant ne pouvait alors plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, avec pour conséquence une incapacité de gain totale donnant droit à une rente entière d'invalidité. bb) S'agissant de l'ouverture du droit à la rente, il y a lieu de rappeler ici la teneur de l'art. 29bis RAI en vertu duquel, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1

let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. L'art. 29bis RAI est applicable seulement au calcul de la période d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, qui est une condition matérielle du droit à la rente, mais pas à la détermination de la période d'attente selon l'art. 29 al. 1 LAI, qui est un délai de nature procédurale (ATF 142 V 547 consid. 3.1 à 3.3). On précisera par ailleurs que le renvoi à l'art. 29bis RAI opéré par l'art. 88a al. 2 RAI a pour seul effet de préciser le calcul du délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let b LAI dans une situation précise et n'influe pas sur la manière de déterminer à quel moment on peut considérer qu'il existe un changement justifiant une révision. La modification de la rente ne peut ainsi être prise en compte qu'après l'expiration du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (dans ce sens : TF 9C\_99/2012 du 24 septembre 2012 consid. 7 ; voir également TFA I 11/00 du 22 août 2001). Dans le cas particulier, il est constant que le recourant a présenté un trouble dépressif en raison duquel il s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016 (compte tenu d'un délai de carence, au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, allant de décembre 2015 à décembre 2016), puis que ce droit a été supprimé avec effet au 31 mai 2017, ensuite d'une amélioration de l'état de santé psychique. Or c'est une nouvelle détérioration de ce même trouble dépressif qui est à l'origine de l'incapacité de travail occasionnée depuis le mois de juillet 2018 et toujours en cours au moment de l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_. Aussi, dès lors que le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était déjà arrivé à échéance en décembre 2016 et que l'aggravation survenue au cours du mois de juillet 2018 a perduré plus de trois mois (art. 88a al. 2 RAI), il y a donc lieu de fixer la naissance du droit à une nouvelle rente entière d'invalidité à l'échéance de ce dernier délai – soit à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018. Par surabondance, on peut encore souligner le positionnement particulièrement vague de l'intimé sur les conséquences de l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ du point de vue du droit aux prestations – l'office s'étant rallié à l'appréciation de l'expert, tout en faisant état de difficultés à statuer sur le droit aux prestations mais sans pour autant identifier la moindre mesure susceptible de lever les difficultés alléguées (cf. déterminations du 29 septembre 2020). On ne voit dès lors pas en quoi de tels éléments feraient obstacles à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018. 8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis. La décision attaquée doit ainsi être confirmée en tant qu'elle alloue au recourant une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 31 mai 2017. Pour la période postérieure, cette décision doit être réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). Dans le cas particulier, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis par 200 fr. à la charge de l'office intimé et par 200 fr. à la charge du recourant. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a par ailleurs droit à des dépens réduits qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGa, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), à la charge de l'intimé. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 19 juin 2019 par W.\_\_\_\_\_ est partiellement admis. II. La décision rendue le 15 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que W.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 31 mai 2017 et à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de W.\_\_\_\_\_. I V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens réduits. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Nathalie Berger (pour W.\_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.