

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 août 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Céline Desscan, avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. Le 25 janvier 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt (CASSO AI 114/17 - 24/2018) dont la partie « En fait » est la suivante :

“A. X. _____ (ci-après : l’assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d’un CFC de ramoneur, magasinier sans formation, a présenté à compter du 30 avril 2012 une incapacité de travail totale, puis de 50 % dès le 1^{er} août 2012, date à laquelle il a repris son activité à 50 %. Il a déposé le 23 octobre 2012 une demande de prestations AI auprès de l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l’OAI ou l’intimé), en faisant état d’un infarctus du myocarde survenu le 30 avril 2012.

Dans un rapport du 9 décembre 2012 au Dr A. _____, médecin conseil auprès de Z. _____, assureur perte de gain de l’employeur, la Dresse L. _____, médecin traitante de l’assuré, a posé les diagnostics de cardiopathie ischémique (infarctus STEMI et pose d’un stent non actif le 30 avril 2012), d’obésité modérée, de douleurs des membres d’origine indéterminée (diagnostic différentiel : polyneuropathie éthylique, myopathie ou autre pathologie des parties molles), de fibromyalgie, de goutte, de gonarthrose interne bilatérale, de déficit en vitamine D, de trouble anxio-dépressif récurrent, ainsi que de difficultés liées à la consommation d’alcool avec une ancienne consommation massive d’alcool et une abstinence depuis mai 2012. Elle a en outre relevé ce qui suit s’agissant de la capacité de travail :

« 4) Raisons médicales et/ou limitations fonctionnelles contribuant à une quelconque incapacité de travail :

a. Sur le plan cardiologique aucune limitation n’entrave à l’heure actuelle la reprise du travail à 100 %.

b. Par contre, la pathologie algique dont souffre M. X. _____ impose encore à l’heure actuelle une reprise [de l’activité] actuelle à 50 % maximum. Je peux affirmer que c’est en raison des douleurs et de l’importante fatigabilité de M. X. _____ que j’ai dû prolonger l’incapacité de travail à 50 % au-delà du 17 juillet 2012.

Je n’ai aucune idée de l’évolution possible des polyalgies. Il est vrai que M. X. _____ n’a pu m’avouer la gravité de son alcoolisme qu’en date du 26 novembre 2012. Auparavant, il a toujours minimisé sa consommation, alors qu’elle s’élevait à 20 unités d’alcool par jour durant 30 ans. Le patient étant abstinent à l’alcool depuis mai 2012, je pense toutefois que la pathologie algique peut être en lien avec le sevrage à l’alcool et à une probable polyneuropathie d’origine alcoolique.

5) Une reprise du travail le cas échéant par paliers progressifs est-elle envisageable, dans la négative, prière de détailler vos arguments :

Pour l’instant, une reprise progressive d’une activité à 100 % me semble impossible, mais je conserve l’espoir de voir une amélioration de la symptomatologie algique, ceci à condition bien

sûr que les dégâts neurologiques ne soient pas définitifs. Je souhaite que vous puissiez nous autoriser à réévaluer la situation dans 3 à 6 mois, avec un maintien d'une capacité de travail à 50 % durant cette période. »

Dans un rapport du 22 janvier 2013 à la Dresse L._____, la Dresse E._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec dysbalance musculaire, de fibromyalgie (diagnostic différentiel : tunnel carpien, polyneuropathie éthylique), de gonarthrose interne (status après ostéotomie de valgisation en 2002 et 2003), d'épisodes de crise de goutte avec traitement d'Allopurinol, de cardiopathie ischémique, de trouble anxieux et dépressif récurrent, ainsi que d'ancienne consommation massive d'alcool. Elle a en outre fait état de ce qui suit :

« Monsieur X._____ présente des arthralgies, myalgies diffuses, avec épisodes de crampes, dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, certainement associées à une dysbalance musculaire. Les éléments objectifs restent discrets ; l'ensemble du tableau évoque en effet une fibromyalgie, dans un contexte d'état anxieux très important, évoluant depuis plusieurs années. La situation s'est décompensée suite à la problématique cardiaque et ses conséquences, notamment le sevrage éthylique. Comme je vous l'avais déjà signalé par fax, un nouveau bilan neurologique avec la question d'un tunnel carpien, mais également d'une polyneuropathie est indiqué, ainsi qu'une appréciation psychiatrique. Monsieur X._____ accepte ces deux propositions. Sur le plan thérapeutique, je ne peux que proposer la poursuite du traitement que vous avez déjà introduit. En l'état, une capacité de travail de 50 % me paraît justifiée. »

Dans un rapport du 8 mars 2013 à la Dresse L._____, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a constaté que sur le plan clinique, l'examen neurologique était à considérer comme normal, sans élément en direction d'une atteinte radiculaire, tronculaire, polyneuropathique ou musculaire. L'examen clinique avait été complété par un électroneuromyogramme (ENMG), lequel n'avait pas mis en évidence d'atteinte significative. Le bilan ne faisait ainsi pas la démonstration d'une affection neurologique contribuant aux plaintes du patient.

Le 12 mai 2013, la Dresse L._____ a adressé l'assuré au Dr M._____, cardiologue, pour un bilan. Elle a indiqué que malgré une évolution très favorable sur le plan cardiologique, l'intéressé ne travaillait toujours qu'à 65 % depuis le 1^{er} janvier 2013 en raison d'importantes douleurs des membres, en particulier dans les épaules, les mains, les pieds et les cuisses. Elle a précisé que depuis qu'elle connaissait l'assuré, soit dès août 2008, il s'était toujours plaint de douleurs mal systématisées et sans signe clinique évident. Il avait toutefois présenté à quelques reprises des crises de goutte aux pieds cliniquement indéniables. En juin 2012, elle avait posé un diagnostic de fibromyalgie sur la base de la palpation de 15 points positifs sur les 18 points diagnostiques de la maladie. Un traitement avait été instauré, sans réel bénéfice. Les investigations effectuées tant sur le plan sanguin que chez les Drs E._____ et K._____

n'avaient apporté aucune piste diagnostique, l'amenant à retenir un probable trouble somatoforme douloureux versus un syndrome fibromyalgique sévère.

Dans un rapport du 18 juillet 2013 au Dr A._____, la Dresse L._____ a informé que la prolongation de l'incapacité de travail de l'assuré était liée aux diagnostics de syndrome fibromyalgique (avec fatigue chronique, douleurs des muscles des membres sous forme de brûlures et douleurs des insertions tendineuses et tensions cervico-scapulaires), de trouble anxio-dépressif récurrent, ainsi que de difficultés liées à la consommation d'alcool avec une abstinence depuis mai 2012. Elle a ajouté que depuis la décision du Dr A._____ de « forcer » son patient à travailler à 65 % à partir du 1^{er} janvier 2013, il en résultait une augmentation des douleurs ressenties et une importante fatigue, de sorte qu'en dehors de ses heures de travail, il passait son temps à dormir.

Dans un rapport à l'OAI du 1^{er} août 2013, le Dr J._____, psychiatre traitant depuis le 22 avril 2013, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F 10.2), ainsi que de fibromyalgie. Ces diagnostics avaient été posés en juin 2013, ces troubles existant probablement depuis la fin de l'adolescence. Le spécialiste a relevé que les symptômes de l'assuré étaient survenus à la suite de son sevrage. Ils se manifestaient également sur le plan somatique. Le patient présentait une alexithymie et une intolérance à l'incertitude, laquelle amplifiait sa sensibilité au stress. Les facteurs de stress eux-mêmes amplifiaient sa symptomatologie. Il existait une interaction entre les symptômes présentés et ceux de la fibromyalgie. Le patient semblait actuellement atteindre ses limites au niveau de la gestion de ses symptômes et de son activité professionnelle. Cela se manifestait particulièrement du point de vue des troubles du sommeil, de l'asthénie et de la perte de l'élan vital. Le pronostic était incertain car l'évolution des douleurs liées à la fibromyalgie jouait un rôle important par rapport à la capacité de travail du patient et exerçait une influence sur la symptomatologie psychiatrique. Les restrictions étaient une fatigabilité, des difficultés de concentration, une hypersensibilité au stress, ainsi que des douleurs musculaires. L'incertitude liée au travail représentait un facteur de stress élevé, qui se traduisait par une augmentation des douleurs musculaires et gastriques, ainsi que de la fatigue et des troubles du sommeil. Par ailleurs, la charge physique du travail de magasinier produisait également une augmentation des douleurs musculaires et de la fatigue. L'activité exercée était exigible à un taux de 50 % pour une durée encore indéterminée.

Par avis médical du 20 août 2013, la Dresse F._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué qu'au vu de la tentative de reprise du travail à 65 % qui avait par la suite échoué, elle s'alignait sur la proposition du psychiatre traitant, soit une capacité de travail à 50 %. Un nouveau rapport devrait être demandé à celui-ci à la fin de l'année.

Le 9 décembre 2013, l'OAI a été informé du licenciement de l'assuré.

Dans un rapport à l'OAI du 13 décembre 2013, le Dr J._____ a relevé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis août 2013. La capacité de travail dans l'activité habituelle était toujours de 50 %, celle dans une activité adaptée restant à évaluer. Les raisons justifiant cette capacité limitée étaient les mêmes que celles mentionnées dans le rapport précédent. Les limitations fonctionnelles consistaient en une hypersensibilité au stress, des difficultés relationnelles, des difficultés dans la gestion des émotions se manifestant sur le plan somatique, de même que des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne et à reconnaître la maladie (alexithymie).

A la demande de l'OAI d'indiquer si l'assuré avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée (légère, sans effort, sédentaire), la Dresse E._____ a répondu le 10 mars 2014 qu'elle avait retenu dans son rapport du 22 janvier 2013 une capacité de travail de 50 %.

Le 2 mai 2014, la Dresse F._____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise aux plans rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne.

Dans un rapport du 20 mars 2015 à la Dresse L._____, le Dr W._____, spécialiste en neurologie, a constaté que l'assuré présentait des symptômes évoquant un trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention (THADA).

Dans un rapport du 24 juin 2015 à la Dresse L._____, le Dr W._____ a indiqué que selon les dires du patient, le diagnostic d'un possible THADA avait probablement été validé par le Dr J._____, qu'il avait été mis sous Concerta et qu'il avait noté un changement important, avec une augmentation claire de sa concentration dans le cadre du travail. L'assuré arrivait désormais à finir des tâches auxquelles il renonçait autrefois, son esprit lui paraissant beaucoup plus clair. Le Dr W._____ a ajouté que la polysomnographie effectuée le 11 mai 2015, dont le rapport était joint, avait montré d'une part l'absence de syndrome d'apnées du sommeil, d'autre part un sévère syndrome des jambes sans repos et des mouvements périodiques durant le sommeil.

L'expertise pluridisciplinaire a été confiée au Q._____ (ci-après : Q._____). L'assuré a été examiné le 16 juillet 2015 par les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale, et I._____, spécialiste en rhumatologie, et le 17 juillet 2015 par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Des examens sanguins et des radiographies des genoux ont été effectués. Dans leur rapport du 28 septembre 2015, les experts n'ont retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Sans répercussion sur ladite capacité, ils ont posé ceux de fibromyalgie (M79.7) / syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), de syndrome des jambes sans repos, d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique (F32.00 à F32.10) prenant une caractéristique chronique, de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), de trouble panique (F41.0) en 2012 en rémission, de syndrome de dépendance à l'alcool avec abstinence depuis 2012 (F10.20), de

coronaropathie (status après implantation d'un stent en 2012), d'obésité de degré I, ainsi que de troubles dégénératifs discrets aux niveaux cervical et lombaire. Les experts ont retenu une capacité de travail totale dans l'activité habituelle.

Par ailleurs, ils ont relevé ce qui suit :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, l'affection cardiaque est asymptomatique, mais justifie une longue liste de médicaments. L'obésité est stable depuis plusieurs années.

La seule affection pouvant interférer avec sa capacité de travail est le syndrome des jambes sans repos, mais cette affection peut être traitée.

Il n'y a pas d'incapacité de travail à retenir.

Sur le plan rhumatologique, Monsieur X. _____ présente depuis trois ans et suite à son infarctus, des douleurs ostéoarticulaires diffuses entrant dans le cadre d'un syndrome fibromyalgique si l'on se réfère aux critères diagnostiques de l'ACR [American college of rheumatology] (1990-2010) : présence de douleurs diffuses touchant l'ensemble du rachis et les 4 extrémités, de 16/18 points de Smith positifs, d'un état de fatigue, de troubles du sommeil et de troubles cognitifs. Le diagnostic de fibromyalgie est en partie un diagnostic d'exclusion, qui peut être retenu en l'absence d'éléments somatiques objectivables et handicapants.

Dans le cas présent, les examens sanguins n'ont pas révélé de maladie rhumatismale/inflammatoire ni de troubles hormonaux ou métaboliques pouvant expliquer les douleurs. Quant au bilan d'imagerie, il ne montre que des troubles dégénératifs modestes, si l'on se réfère aux radiographies de 2012 montrant, au niveau cervical, une discarthrose C4-C5 modérée et, au niveau lombaire, un minime pincement L5-S1, une spondylose discrète en L4. Les radiographies des mains n'ont également montré aucune pathologie objectivable. De nouvelles radiographies des genoux en charge ne montrent pas d'atteinte dégénérative significative avec des espaces articulaires préservés, seuls des minimes ostéophytes peuvent parler tout au plus en faveur d'une arthrose débutante.

En conclusion, l'expertisé ne présente pas d'atteinte justifiant un handicap professionnel, raison pour laquelle nous ne retenons ni limitations fonctionnelles, ni restriction de la capacité de travail.

Sur le plan psychique, l'expertisé se plaint, depuis son infarctus de 2012, de symptômes dépressifs et, depuis environ 3 ans, de symptômes anxieux. Concernant ceux-là, l'humeur est dite dépressive en permanence d'une intensité entre 5 et 7/10, et sont décrits une tendance au repli social, une libido basse, des troubles de l'endormissement attribués au syndrome des jambes sans repos, un sommeil léger et non réparateur, parfois des levers nocturnes pour manger, une fatigue permanente d'intensité maximale de 7/10, une estime et confiance en soi faibles depuis l'adolescence, un pessimisme avec idées suicidaires occasionnelles. Il y a environ 3 ans, durant 6 mois, l'expertisé a présenté des attaques de panique dans les grands magasins et les transports publics, pouvant durer 1 h ; il les attribue à l'arrêt de sa consommation d'alcool. Il a par ailleurs une phobie de l'ascenseur - mais n'évite pas systématiquement de le prendre -, et se dit inquiet pour tout : il

reconnaît cependant que l'anxiété est mieux gérable dernièrement, grâce au traitement. Il relève que, durant l'enfance, il avait beaucoup de peine à suivre à l'école, à se concentrer ; il a toujours passé ses années à la raclette, il n'écoutait pas, ne faisait pas ses devoirs, car cela l'ennuyait. Depuis la prise de Concerta, il arrive à mieux se concentrer et est davantage persévérant.

Monsieur X. _____ se décrit comme un homme trop gentil, qui se laisse faire par les autres, qui a tendance à ne jamais refuser ce qu'on lui demande. D'ailleurs, sa femme lui a toujours reproché d'en faire trop, d'être trop disponible pour autrui. Il apprend progressivement à s'affirmer. Entre 16 et 19 ans, il dit avoir fait le couillon. Il a alors régulièrement participé à des bagarres, lorsqu'il était saoul durant des fêtes de village. Il a même mis le feu à un garage. Il explique cela par le fait qu'il se sentait malheureux et voulait se rendre intéressant. À cause de ses troubles du comportement, il a eu des problèmes avec la justice et a dû faire 15 jours de prison préventive. Il dit s'être assagi avec l'âge. De l'âge de 16 ans jusqu'en 2012, il a bu régulièrement jusqu'à 6 litres - voire plus - de bière par jour. Il n'a jamais consommé d'autres drogues.

La description des activités quotidiennes montre qu'il assume une conciergerie 12 heures par semaine, participe à la préparation des repas, gère l'administration du ménage, regarde la télévision jusqu'à 4 heures par jour, occasionnellement lit et surfe sur Internet, selon les saisons pêche et cueille des champignons. Il fréquente quotidiennement un copain et son réseau Facebook.

Comme facteurs de stress, hormis les problèmes de santé physique, nous retenons les conflits entre les parents durant l'enfance et leur divorce à l'âge de 14 ans, une incarcération de deux semaines vers l'âge de 19 ans, le suicide du père en 1988, la rupture du lien avec sa mère depuis une trentaine d'années, et depuis 23 ans avec son frère, plus récemment les tensions avec son épouse et avec sa fille.

L'examen psychiatrique montre un homme obèse, plutôt négligé, légèrement déprimé. Il n'est pas ralenti et aucun trouble cognitif patent n'est constaté. Le contenu de la pensée est fixé sur les douleurs chroniques, la fatigue, ainsi que sur les problèmes familiaux et financiers. Le dosage plasmatique de la duloxétine montre un taux sanguin dépassant l'intervalle thérapeutique, compatible avec la forte posologie prescrite ; l'observance thérapeutique est donc bonne.

Nous retenons les diagnostics d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique (F32.00 à F32.10) prenant une caractéristique chronique depuis 2012, de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) existant probablement depuis l'enfance, de syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinent depuis 2012 (F10.20), enfin de trouble panique (F41.0) en 2012 en rémission.

Enfin, il est retenu également un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ce trouble somatoforme n'est pas accompagné d'un trouble psychiatrique de l'axe I ni de l'axe II (troubles de la personnalité) suffisamment sévère pour priver l'assuré de ses ressources internes. Concernant son contexte social, l'assuré a pris de la distance avec sa famille d'origine depuis plus de 20 ans, il vit des tensions dans son couple et avec sa fille depuis qu'il est malade. Néanmoins, il ajoute que la relation avec sa femme n'est pas foncièrement mauvaise, il reste proche de ses deux fils adultes et garde des contacts réguliers avec un copain. Nous relevons aussi

que Monsieur X. _____ a réussi à se sevrer seul de l'alcool, ce qui démontre aussi la présence de bonnes ressources.
Nous n'avons pas noté d'incohérences entre les plaintes de l'expertisé et sa description de sa vie quotidienne.
La capacité de travail est complète en temps et rendement. »

Le 22 octobre 2015, la Dresse F. _____ du SMR a invité les experts à compléter leur rapport compte tenu de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015.

Dans un rapport SMR du 22 février 2016, la Dresse F. _____ a retenu une capacité totale de travail. Elle a en outre fait état de ce qui suit :

« Nous devons reconnaître l'absence formelle et bien démontrée de toute pathologie psychiatrique incapacitante comme déjà expliquée par l'expert V. _____, le 17.07.2015 ; l'expertisé se plaint depuis son infarctus d'avril 2012, de symptômes dépressifs et anxieux, une fatigue permanente d'intensité maximale de 7/10, une estime et confiance en soi faibles depuis l'adolescence ; il existe également une phobie de l'ascenseur, mais il n'évite pas systématiquement de le prendre et reconnaît finalement, que l'anxiété est mieux gérable dernièrement grâce au traitement ; puis, depuis la prise de Concerta®, il arrive à mieux se concentrer et est davantage persévérant (p. 17/20). L'expert n'a pas constaté d'incohérences entre les plaintes de l'expertisé et sa description de sa vie quotidienne et au final, retient "un épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique (F32.0 à F32.10), prenant une caractéristique chronique depuis 2012, de perturbations de l'activité et de l'attention (F90.0) existant probablement depuis l'enfance, une addiction à l'alcool, abstinent depuis 2012 et trouble panique depuis 2012, en rémission (F41.0)". Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant, ce dernier n'est pas accompagné d'un trouble psychiatrique de l'axe I, ni de l'axe II (trouble de la personnalité) suffisamment sévère pour priver l'assuré de ses ressources internes. Sur le plan social, même si l'assuré a pris de la distance avec sa famille d'origine depuis plus de 20 ans, même s'il y a des tensions dans son couple et avec sa fille depuis qu'il est malade, néanmoins, il ajoute que la relation avec sa femme n'est pas forcément mauvaise, il reste proche de ses deux fils adultes, garde des contacts réguliers avec un copain (chaque jour), il est sur "facebook" et il a réussi à se sevrer seul de l'alcool, ce qui démontre aussi la présence de bonnes ressources.

Tous ces éléments permettent d'affirmer, selon les critères de l'Arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, que le trouble somatoforme, sans comorbidité psychiatrique incapacitante est bien lui aussi non incapacitant.

Au final, nous suivons toujours les conclusions des experts, telles que formulées ci-dessus, elles sont justes et convaincantes. »

Par projet de décision du 6 juillet 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, les renseignements médicaux disponibles ne faisant pas état d'une atteinte à la santé invalidante.

Le 11 août 2016, l'assuré s'est opposé au projet précité et a prié l'OAI de lui faire part des raisons ayant amené à refuser l'octroi d'une rente.

Par courrier du 4 octobre 2016 à l'OAI, le Dr J. _____ a relevé que la capacité de travail de l'assuré était de 50 %. Il a en particulier expliqué que la composante anxieuse restait élevée et revêtait également une composante somatique importante avec, entre autres, des douleurs qui pouvaient devenir très envahissantes.

Par courrier du 9 octobre 2016 à l'OAI, la Dresse L. _____ a indiqué qu'il n'était fait aucune mention des contractures musculaires dans l'expertise, alors qu'elle les objectivait à chaque consultation. Ces contractures avaient une incidence extrême sur la qualité de vie du patient puisqu'elles se renforçaient au moindre effort réalisé et l'avaient amené à abandonner la pêche qui était le loisir qui lui permettait de se détendre. Elles avaient certainement une relation avec la fibromyalgie dont il souffrait. C'étaient bien les douleurs corporelles diffuses, réellement invalidantes, qui avaient motivé une incapacité de travail jusqu'à ce jour. La Dresse L. _____ a ajouté que l'épouse de l'assuré allait le quitter, que sa relation avec sa fille était très mauvaise et qu'il avait d'importants soucis financiers. S'agissant des diagnostics, elle a notamment retenu ceux de syndrome douloureux somatoforme et de fibromyalgie, en précisant que cette dernière atteinte était très active. L'intéressé n'était absolument pas en mesure d'assumer une activité professionnelle à 100 % et devait se voir attribuer une rente AI à 50 %. Il avait trouvé un emploi à 50 % en tant que responsable de l'entretien de terrains de football et de la gestion de la buvette. Lors de périodes de travail intense, il était à la peine tant sur le plan des douleurs que de la fatigue et mettait plusieurs jours à récupérer.

Par avis médical du 24 octobre 2016, la Dresse F. _____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments cliniques convaincants attestant un changement de l'état de santé de l'assuré sur les plans psychiatrique, de médecine interne et de rhumatologie justifiant une diminution de la capacité de travail. Elle a ajouté que l'assuré avait une vie sociale normale, une hyperactivité stabilisée, un trouble panique en rémission, qu'il était abstinent depuis 2012 et, en se référant à son nouvel emploi, qu'il disposait de bonnes ressources adaptatives. Selon la Dresse F. _____, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des experts du Q. _____, les avis précités des Drs J. _____ et L. _____ constituant une appréciation différente de la même situation.

Par décision du 24 février 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'un reclassement professionnel et d'une rente, au motif qu'aucun élément objectif n'indiquait une limitation de la capacité de travail de l'assuré. Dans un courrier du même jour à l'intéressé, l'OAI a expliqué qu'il ne ressortait de l'expertise pluridisciplinaire aucun diagnostic l'empêchant d'exercer une activité lucrative. Par la suite, il n'avait apporté aucun élément attestant un changement de son état de santé.

B. Par envoi daté du 22 mars 2017 à l'OAI, X. _____ lui a fait savoir qu'il contestait intégralement la décision précitée. Il avait fait appel à sa protection juridique qui ne lui avait pas encore répondu. L'OAI a transmis cette écriture à la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal comme objet de sa compétence. Un délai a alors été fixé au recourant afin qu'il la complète. Le 12 avril 2017, dans le délai imparti, celui-ci a allégué que l'unique expertise au dossier datait de 2015, que son état s'était péjoré depuis, ce que les Drs L. _____ et J. _____ pouvaient confirmer, et qu'il était indispensable pour lui de se présenter une deuxième fois devant des médecins conseils neutres pour faire valoir un droit qui semblait être reconnu notamment par ses médecins.

Par décision du 16 mai 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 mars 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Céline Desscan. Il a par ailleurs été astreint à verser une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} juin 2017.

Dans sa réponse du 25 juillet 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant au rapport d'expertise du 28 septembre 2015 du Q. _____, ainsi qu'à l'avis du SMR du 24 octobre 2016, selon lequel il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise précitée vu l'absence d'éléments cliniques attestant une aggravation de la santé.

Le 27 octobre 2017, le recourant, par Me Céline Desscan, a précisé ses conclusions, soit principalement l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi à l'intimé pour complément d'instruction, subsidiairement sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 30 avril 2012. Il a encore fait valoir, en substance, que l'expertise du Q. _____ n'était pas probante, dans la mesure où l'appréciation en lien avec les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'épisode dépressif léger à moyen était sommaire, les experts n'ayant notamment pas exposé les raisons les ayant amenés à s'écarter du diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique retenu par le Dr J. _____. En outre, les experts n'avaient pas analysé tous les indicateurs développés par l'ATF 141 V 281. A titre subsidiaire, le recourant a procédé à l'examen desdits indicateurs et a conclu que, « combiné avec les rapports [de ses] médecins traitants », il y avait lieu de retenir une capacité de travail de 50%.

Le 16 novembre 2017, l'OAI a confirmé sa position."

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a constaté que sur le plan cardiologique, la situation était stabilisée et qu'il n'existait à ce niveau aucune atteinte invalidante. Ensuite, également sur le plan somatique, la Cour de céans a suivi l'expertise, considérant que sur les plans de la médecine interne et neurologique, la capacité de travail du recourant était complète. Sur le plan rhumatologique, les juges de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal ont également suivi l'expertise du Q. _____ en considérant qu'il n'existait pas d'atteinte objective justifiant une incapacité de travail. En revanche, ils ont

diagnostiqué une fibromyalgie. En définitive, la Cour de céans a admis que sur les plans de médecine interne, rhumatologique et neurologique, l'expertise du Q._____ remplissait les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur le plan psychiatrique la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a aussi suivi l'expertise du Q._____ en tant que celle-ci posait le diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique.

La Cour de céans a en revanche estimé que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant n'était guère étayé, partant son influence sur la capacité de travail non plus. En ce qui concerne la fibromyalgie, la Cour a relevé que les experts avaient bien étayé leur diagnostic mais que leur appréciation de la capacité de travail du recourant n'était à cet égard pas suffisante. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a donc annulé la décision de l'OAI pour que celui-ci procède à un complément d'expertise auprès du Q._____ sur le plan psychiatrique.

A la suite de ce renvoi, l'OAI a donc mandaté le Q._____ pour un complément d'expertise psychiatrique effectué par le Dr V._____, dont le rapport date du 31 mai 2018. Ce rapport a notamment la teneur suivante :

"6. DIAGNOSTICS

Nous retenons un diagnostic de dysthymie (F34.1) depuis 2012, l'expertisé se plaint d'une symptomatologie dépressive légère, sans véritable période de rémission.

Il existe toujours une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) depuis son enfance.

Syndrome de dépendance à l'alcool, abstinent depuis 2012 (F10.20).

Un trouble panique (F41.0) depuis 2012 en rémission.

Un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) depuis 2012. L'expert somaticien retient un diagnostic de fibromyalgie, il existe un contexte psychosocial (séparation et divorce, conflit avec sa famille).

7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Avis concernant la personnalité de l'assuré, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

Depuis notre dernière évaluation de juillet 2017, le syndrome douloureux chronique et la fatigue ne s'améliorent pas. Son épouse l'a quitté fin 2016 et le divorce a été prononcé en février 2018. Depuis août 2017, l'expertisé ne prend plus de psychotropes ni d'autres médicaments et il a arrêté toute prise en charge psychique jusqu'à il y a un mois (il a repris une psychothérapie avec une psychologue). Il se sent capable de travailler à 50% dans son activité de concierge, qui lui paraît adaptée, car cela lui laisse la liberté de s'organiser comme il veut et d'intégrer des pauses régulières durant son activité. Notons, que l'expertisé travaille également comme concierge de l'immeuble (quelques heures par semaine) où il vit et dans la déchetterie de sa commune (8 heures par mois).

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Traitement

Une approche psychothérapeutique paraît utile pour aider l'expertisé à s'adapter au mieux à son syndrome douloureux somatoforme persistant. Au vu de l'évolution, un traitement antidépresseur ne paraît pas formellement indiqué actuellement, car son état psychique ne s'est pas détérioré depuis l'arrêt du Cymbalta il y a six mois. En revanche, la reprise d'un traitement de Concerta paraît indiquée en raison de son déficit de l'attention.

Une réadaptation est exigible du point de vue psychiatrique, mais ne paraît pas nécessaire, car le travail de concierge semble parfaitement adapté.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

La description des activités quotidiennes est peu congruente par rapport aux plaintes, en effet l'expertisé cumule en plus de son travail de concierge dans un stade, une charge de concierge dans l'immeuble où il vit, un travail dans la déchetterie de sa commune, il a travaillé durant cet hiver. L'expertisé ne majore pas ses symptômes psychiques.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

En ce qui concerne les ressources personnelles et externes de l'expertisé, nous pouvons dire que son aptitude à la communication est conservée, en effet il peut exprimer clairement sa problématique, il a été capable de respecter le cadre de l'expertise et de bien collaborer avec l'expert. Sa capacité d'adaptation et de flexibilité psychique paraissent conservées, il a pu par exemple trouver un moyen de pallier son déficit de l'attention en faisant une liste des tâches à effectuer

durant son activité professionnelle de concierge. L'expertisé est capable de s'organiser, il peut faire son travail, il gère seul son administration. Sa capacité d'endurance paraît limitée, car il dit devoir dormir en moyenne douze heures par jour et dit devoir faire régulièrement des pauses pour se reposer. Sa capacité de prise de décision ou de jugement est préservée, il a pu s'opposer à la décision de l'assurance[-]invalidité. Ses capacités relationnelles dans le cadre familial et de groupe sont préservées, il continue à avoir des contacts avec des connaissances, il a une bonne relation avec ses enfants et son ex-épouse, a de bonnes relations avec les personnes qu'il côtoie dans son travail. Son réseau social paraît limité, il a pris de la distance depuis de nombreuses années avec sa propre famille. L'expertisé est autonome dans ses activités quotidiennes, il gère lui-même le ménage, son administration, peut se déplacer seul.

8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

Huit heures par jour.

- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ?
Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non, du point de vue psychiatrique.

- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?

100%.

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Sans objet.

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?

L'activité de concierge paraît adaptée.

- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ? CT

Huit heures par jour.

- La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non.

- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?

100%.

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Sans objet.

8.3 Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

- D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

Sans objet.

- Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

Sans objet."

Dans un avis du 20 juillet 2018, la Dre F. _____ a indiqué n'avoir aucun argument pour s'écarter des conclusions de l'expert, relevant que sur le plan somatique, il n'existait aucun document attestant d'un changement en particulier d'une aggravation.

Dans un projet du 26 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande, projet confirmé par décision du 1^{er} octobre 2018.

B. Par acte du 1^{er} novembre 2018, X. _____, représenté par Me Céline Desscan, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant à l'admission du recours et à l'octroi d'une demi-rente ou des prestations de l'assurance-

invalidité, selon précisions apportées en cours d'instance ; subsidiairement, il a conclu au renvoi à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer la pertinence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et son éventuel caractère invalidant, ainsi que le caractère invalidant de la fibromyalgie.

Par réponse du 3 décembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Avec sa réplique du 15 février 2019, persistant dans ses conclusions et requérant l'audition de deux témoins en sus de sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, le recourant a produit une correspondance adressée le 4 février 2019 à son avocate par la Dre L. _____ dont la teneur est la suivante :

- "1. Je suis M. X. _____ depuis le 23 novembre 2006. Alors qu'il me consultait tous les un à deux mois précédemment, M. X. _____ a, de désespoir, interrompu tout suivi médical entre le 4 juillet 2017 et le 17 avril 2018. Depuis cette dernière date, je revois M. X. _____ mensuellement.
2. Oui, je maintiens mes diagnostics. En lien avec son syndrome somatoforme douloureux et sa fibromyalgie, M. X. _____ présente une claire exacerbation des signaux douloureux émis par son corps. A ce sujet, l'expert rhumatologue consulté, le Dr I. _____, affirmait dans son rapport du 28.09.2015 que les lésions dégénératives présentées par M. X. _____ n'expliquaient pas le niveau de douleur décrit, faisant totalement fi du syndrome somatoforme douloureux lorsqu'il a rendu sa conclusion de pleine capacité de travail. M. X. _____ présente de nombreuses caractéristiques des diagnostics mentionnés plus haut, à savoir :
 - a. les douleurs chronique diffuses touchant principalement les épaules, le dos et les membres, associées à des contractures musculaires majeures ;
 - b. une importante fatigue chronique induisant une hypersomnie (besoin de dormir minimum 12 heures par jour), mais un sommeil demeurant non réparateur puisque la fatigue est présente dès le réveil ;
 - c. une tolérance à l'effort réduite avec besoin d'effectuer des pauses fréquentes, déjà après une brève période de travail, chaque activité physique induisant une augmentation des

- douleurs et de la fatigue, nécessitant par conséquent des périodes de repos et de sommeil prolongés ;
- d. une raideur corporelle matinale nécessitant les journées favorables une heure pour la mise en train et les journées habituelles quatre heures pour parvenir à retrouver une certaine mobilité (la démarche de M. X. _____ est en soi caractéristique puisqu'il se déplace avec les membres supérieurs tendus, le tronc raide et une sorte de balancement du corps donnant l'impression d'une démarche mécanique) ;
 - e. le syndrome des jambes sans repos ;
 - f. des problèmes circulatoire avec des mains qui deviennent violettes lors d'activités réalisées dans l'eau froide ;
 - g. un état dépressif induit par la chronicité des douleurs et l'incapacité à mener une vie active normale, pourtant vivement souhaitée ;
 - h. un trouble anxieux ayant évolué vers un trouble panique, en particulier en lien avec le stress au travail
 - i. un trouble de la concentration ;
 - j. le trouble de l'attention ne fait pas partie des deux syndromes, étant un diagnostic à part qui a une grande répercussion sur la capacité de M. X. _____ à organiser son travail puisqu'il perd beaucoup de temps à sérier son travail sans arriver à respecter son cahier des charges.
3. Avant sa rupture avec tout suivi médical en juillet 2017, M. X. _____ prenait un très lourd traitement médicamenteux avec, en particulier, un dosage d'antidépresseur très élevé (Cymbalta 120 à 180mg/j) et un antiépileptique prescrit pour le syndrome des jambes sans repos à dose maximale (Lyrica 2x300mg/j). En plus, M. X. _____ recevait des substitutions vitaminiques (vitamine B9, B12 et D), le traitement consécutif à son infarctus myocardique de 2012 (Aspirine Cardio, Ineg, Lisitril et Meto Zerok), ainsi que du Dafalgan et du Condrosulf pour sa gonarthrose débutante. Après plusieurs mois sans traitement médicamenteux et une péjoration de l'état général de M. X. _____, les traitements essentiels sont progressivement réintroduits, en particulier reprise d'un antidépresseur (Saroten) le 7 janvier 2019. M. X. _____ a aussi repris contact avec le cabinet du Dr J. _____ pour la reprise de son suivi psychothérapeutique.
 4. Le fait est de constater que les traitements introduits pour soulager les symptômes de la fibromyalgie et le syndrome somatoforme douloureux ont échoué, raison pour laquelle M. X. _____ a interrompu durant plusieurs mois sa médication. Il est toutefois conscient que les médicaments prescrits consécutivement à son infarctus myocardique sont essentiels pour le protéger d'un nouvel événement vasculaire. De même il est favorable à la prise d'un traitement préventif de la goutte qui ajoute à ses douleurs articulaires usuelles. En revanche, M. X. _____ demeure, à juste titre, dubitatif face à la prescription d'un antidépresseur, mais suffisamment souffrant, il vient d'accepter un nouvel antidépresseur (Saroten).
 5. Sur la base de mon long suivi de M. X. _____, je peux affirmer que sa capacité de travail en tant que magasinier est nulle car cette activité induit des gestes répétitifs et le port de charges

élevées, sans possibilité de repos au besoin puisque les gestes sont tributaires de la demande des clients.

6. Non, l'activité de magasinier est clairement contre-indiquée dans le cas du handicap dont souffre M. X._____. Une activité professionnelle adaptée au handicap doit avoir les caractéristiques suivantes : activités variées, non répétitives, sans port de charge majeure et surtout avec une flexibilité dans l'organisation du temps de travail. Le temps de présence maximal devrait être de l'ordre de 4 heures par jour afin de respecter les temps de repos essentiels pour la récupération et éviter l'intensification des douleurs. Il est probable que le rendement de M. X._____ est réduit et qu'il lui faut plus de temps qu'autrui pour réaliser les tâches attribuées. Je me permets ici de signaler que M. X._____ a tenté d'assumer une activité d'aide boucher à 100% durant l'hiver 2017-2018 qui s'est malheureusement soldé par une importante aggravation de son état algique et de son épuisement physique et psychique. Cette expérience montre d'un côté le désir marqué de M. X._____ d'essayer de mener une vie normale avec une activité professionnelle à 100% et de l'autre, son impossibilité à le réaliser.
7. En raison de ses symptômes et handicaps, M. X._____ a traversé une importante crise avec sa femme qui s'est soldée par la séparation du couple. L'épouse a déménagé à [...], ce qui a particulièrement affecté M. X._____. De plus, M. X._____ a souffert du rejet de sa fille adolescente qui ne supportait pas de le voir à ce point diminué. En parallèle, M. X._____ a abandonné toute vie sociale hormis celle qui est liée à son activité actuelle. Et ce n'est pas le fait de rencontrer régulièrement un copain, comme signalé dans le rapport du psychiatre, le Dr V._____, qui dénote d'une vie sociale épanouie. De plus en raison de l'intensification de ses douleurs, M. X._____ a abandonné la pêche et la récolte des champignons, loisirs qui lui étaient pourtant très chers.
8. Par la connaissance de M. X._____ que j'ai acquise au cours des sept dernières années en particulier, je peux affirmer que les troubles dont souffre M. X._____ l'empêchent totalement d'assumer les activités telles que celles qu'il a déjà exercées, à savoir magasinier, monteur en échafaudage, aide-boucher et aide de cuisine. En revanche, j'encourage vivement M. X._____ à poursuivre son activité pour le compte du club de football de [...] où il est engagé comme gestionnaire de la buvette, responsable de l'entretien des terrains, des vestiaires et des tenues des équipes. Cette activité a l'avantage d'être modulable au gré de l'évolution de l'état physique de M. X._____, à l'exception bien sûr du temps de présence obligatoire durant les matchs. De plus, il s'agit d'une activité à temps partiel, équivalent à un taux de 50% qui est parfait pour permettre à M. X._____ de conserver une activité professionnelle malgré son handicap. Je répète ici mon indication clairement posée à l'attribution d'une rente AI à 50% à l'attention de M. X._____.
9. Les faits relatés par le Dr V._____ ne font pas état de la durée et de l'intensité des activités mentionnées. Ainsi la conciergerie

de l'immeuble consiste à nettoyer la cage d'escalier une fois par semaine et la déchetterie implique un temps de présence de deux ou trois heures un samedi matin sur deux. Ces deux activités sont ainsi très annexes. Quand l'expert écrit que M. X. _____ « a travaillé durant l'hiver. L'expertisé ne majore pas ses symptômes physiques. », il fait preuve d'un mépris total des dires de M. X. _____ puisque ce dernier était dans un état d'épuisement psychique et physique évident quand je l'ai vu le jour précédent l'expertise du 18 avril 2018, présentant une telle aggravation des symptômes somatoformes douloureux que sa vie était devenue un cauchemar : il se disait épuisé, sans aucune énergie, souffrant terriblement dans son corps, a bout psychiquement, très affecté par le fait que toutes les thérapies mises en place jusque-là n'avaient jamais été en mesure de le soulager durablement.

10. J'ai la très désagréable impression que l'expert relate la réalité de M. X. _____, en minimisant toutefois la symptomatologie décrite et surtout, en ne tenant absolument pas compte des signes, symptômes, souffrances et difficultés transcrits dans son analyse finale. Analyse finale qui ne montre aucune prise en compte des éléments apportés par les médecins traitants dans le cadre du recours. L'expert conclut à une capacité de travail totale alors qu'il explique pourtant dans son rapport les limitations évoquées par M. X. _____. De plus, dans sa conclusion, l'expert ne tient nullement compte de l'importante prise en charge médicale et psychiatrique, ainsi que de la lourde médication prescrite à M. X. _____. Il n'est simplement pas pensable qu'un assuré ayant la lourdeur du suivi de M. X. _____ puisse être apte au travail à 100%. A mon avis il s'agit ici d'un déni manifeste et répété de la réalité de M. X. _____.
11. Je maintiens, comme en octobre 2016, la demande d'attribution d'une rente AI à 50% à l'attention de M. X. _____."

Dans un avis du 4 mars 2019, la Dre F. _____ relève qu'aucun fait médical nouveau n'est apporté. Elle remarque que le médecin traitant rapporte les propos de l'assuré qui ne sont pas corroborés par l'expert psychiatre, relevant d'une part que l'assuré avait de lui-même cessé son traitement psychotrope en août 2017 et qu'aucun séjour hospitalier n'avait été réalisé malgré la gravité des plaintes psychologiques. S'agissant de la psychothérapie avec une psychologue reprise par le recourant de lui-même, la Dre F. _____ remarque qu'aucune précision n'est apportée quant à l'évolution de la situation psychiatrique du recourant. En conclusion, elle relève qu'aucun élément nouveau n'a été apporté pour justifier un changement et/ou une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique relevant que la

médecin traitant n'était pas psychiatre et qu'aucun consilium psychiatrique récent n'existait.

Se déterminant sur la duplique déposée par l'intimé, le recourant a produit un courrier du 2 avril 2019 de la Dre L._____ à son avocate, ainsi libellé :

- “1. M. X._____ bénéficie actuellement d'un suivi psychothérapeutique. En raison du désespoir induit par la gravité de sa symptomatologie, il avait interrompu tout suivi psychothérapeutique et médical durant l'hiver 2017-2018. Mais comme son état général s'était clairement péjoré durant cette période, il a repris de son propre chef le suivi au cabinet du Dr J._____ à partir du début du printemps 2018.
Remarque : il est fréquent que les patients souffrant de pathologies chroniques lourdes interrompent momentanément leur suivi thérapeutique en raison des doutes quant au bénéfice réel du suivi et de la thérapie.
2. En raison d'une intensification des symptômes anxiodépressifs au début de l'année 2019, j'ai introduit un antidépresseur qui peut présenter un bénéfice au niveau des douleurs chroniques (Saroten®). Malgré l'augmentation de la dose, les symptômes dépressifs avec pleurs fréquents, rumination, perte de l'estime de soi, anhédonie, aboulie et hypersomnie se sont intensifiés. De plus les douleurs du syndrome somatoforme douloureux et de la fibromyalgie se sont aussi majorés. En cas d'évolution toujours défavorable lorsque je revois M. X._____ le 8 avril prochain, j'interromprai ce traitement.
En parallèle à ce nouveau traitement, j'ai demandé à M. X._____ d'effectuer une phase test de luminothérapie qui s'est malheureusement aussi révélée sans bénéfice aucun.
J'aimerais ici souligner la grande difficulté que le corps médical rencontre à apporter un soulagement aux patients souffrant d'un syndrome somatoforme douloureux. Leurs douleurs sont réellement ressenties, mais l'état actuel de la science médicale n'a pas permis de contrôler les manifestations algiques liées à ce syndrome.
3. Remarques concernant l'avis de la Dre F._____ du 4 mars 2019 :
 - a. La Dre F._____ accorde pleine confiance à l'expertise réalisée en 2018 par le même psychiatre qu'en 2015, alors que l'on est en droit d'attendre l'avis d'un autre expert dans une situation telle que celle de M. X._____. D'autant plus que l'expert psychiatre souligne dans son rapport une partie des symptômes relatés par M. X._____, mais n'en tient nullement compte dans son évaluation de la capacité de travail de M. X._____.
 - b. La Dre F._____ mentionne que « *malgré la gravité des plaintes psychologiques, aucun séjour hospitalier n'est réalisé* » : peut-être ne sait-elle pas qu'actuellement les hospitalisations en milieu psychiatrique sont de courtes durées et en général motivées par la mise en danger du patient lui-même ou d'autrui

en cas de risque hétéro-agressif et que les séjours hospitaliers ont surtout pour but de « faire passer la crise ». Dans le cas de M. X._____, une hospitalisation a été évoquée à plusieurs reprises quand les idées suicidaires étaient prépondérantes, mais sachant que l'hospitalisation ne résout en rien les problèmes au quotidien, nous y avons à chaque fois renoncé tout en maintenant un suivi thérapeutique et psychothérapeutique ambulatoire intensif.

- c. Je suis atterrée par le manque de considération de la Dre F._____ quant aux informations fournies dans mon rapport à votre intention du 4 février 2019. Elle prétend que je n'apporte pas « *d'éléments nouveaux pour justifier un changement et/ou aggravation de l'état de santé sur le plan somatique (la psychiatrie n'est pas son domaine d'activité...* ». Lorsqu'un parent dénigre l'autre parent aux yeux de leur enfant, on parle d'aliénation parentale, j'associe ici les conclusions de la Dre F._____ à ce genre de comportement à mon encounter sur le plan professionnel.

Ayant travaillé durant deux ans en psychiatrie dans le cadre de ma formation FMH de médecine interne générale, j'ai acquis une certaine expérience dans ce domaine et mon activité de médecin généraliste m'amène à quotidiennement suivre des patients souffrants de pathologies psychiatriques (les psychiatres par leur nombre ne sont pas en mesure d'assumer la totalité de la patientèle psychiatrique).

Concernant le plan somatique, la Dre F._____ ne tient absolument pas compte de la longue liste des symptômes décrits dans mon rapport du 4 février 2019. La aussi elle fait fi de l'invalidité conférée par les nombreuses manifestations douloureuses et psychiques dont souffre M. X._____, niant une évidence pourtant transcrite noir sur blanc.

Je demeure perplexe face à cet aveuglement quant à la souffrance réelle d'un assuré menant au maintien d'une position de refus de rente totalement injuste en l'occurrence."

Sous bordereau de pièces complémentaires, joint à son écriture du 4 avril 2019, le recourant a également produit un dossier d'enquête constitué par la Justice de Paix des districts [...], selon lequel l'intéressé a requis, le 13 août 2018, l'institution d'une curatelle de représentation et de gestion ; par rapport du 15 février 2019 à l'instance civile, la Dre L._____ a notamment décrit un état de santé mauvais sur le plan physique et psychique, le recourant « ayant subi deux refus de la part de l'OAI à sa demande d'attribution d'une rente invalidité à 50%, M. X._____ se trouve dans une situation financière dramatique ».

Dans un avis du 15 mai 2019, la Dre F._____ s'est déterminée, relevant en particulier qu'aucun consilium psychiatrique récent n'existait.

Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

C. Par décision du 6 novembre 2018, X._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} novembre précédant. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires mais astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} février 2019. Un avocat d'office en la personne de Me Céline Desscan lui a été désigné.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 23 octobre 2012.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au

sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

Enfin, 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).

4. a) En l'occurrence, le recourant soutient qu'il n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative à un taux supérieur à 50 %. L'OAI ne partage pas cette appréciation, en se fondant sur le rapport d'expertise du Q._____ du 28 septembre 2015 et son complément psychiatrique effectué par le Dr V._____, dont le rapport date du 31 mai 2018.

b) Sur les plans de médecine interne, rhumatologique et neurologique, dans l'arrêt qu'elle a rendu le 25 janvier 2018 (CASSO AI 114/17 - 24/2018), la Cour de céans a admis que l'expertise du Q._____ remplissait les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur le plan psychiatrique, la Cour a aussi suivi l'expertise du Q._____ en tant que celle-ci posait le diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique. Estimant en revanche que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant n'était guère étayé, partant son influence sur la capacité de travail non plus, et qu'en ce qui concernait la fibromyalgie les experts avaient bien étayé leur diagnostic mais que leur appréciation de la capacité de travail du recourant n'était pas suffisante, la Cour de céans avait annulé la décision de l'OAI en lui renvoyant la cause en vue d'un complément d'expertise sur le plan psychiatrique. A cet égard, il sera relevé d'emblée qu'il s'agit d'un complément d'expertise. Or le seul fait qu'un médecin ait déjà réalisé une première expertise à un stade antérieur de la procédure administrative n'exclut pas d'emblée sa désignation pour la réalisation d'une nouvelle expertise ou d'un complément d'expertise (TF 9C_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 3 et la référence). L'assuré n'a du reste soulevé aucune demande de récusation formelle en rapport avec le cas concret ou matérielle en rapport avec la spécialité de l'expert, tant dans la procédure de mise en œuvre de l'expertise initiale qu'à l'occasion de son complément sur le plan psychiatrique près de trois ans plus tard. Dans ces conditions, il n'y a donc aucun inconvénient à ce que ce soit le même expert psychiatre (en l'occurrence le Dr V._____) qui a effectué la première expertise qui ait procédé au complément, contrairement à ce que prétend la Dre L._____.

aa) Sur les plans de la médecine interne et neurologique, en l'absence d'aggravation survenue, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations des experts du Q._____ qui n'ont pas retenu d'incapacité de travail, aux motifs que l'affection cardiaque est asymptomatique, que l'obésité est stable depuis plusieurs années et que le syndrome des jambes sans repos peut être traité.

Sur le plan rhumatologique, au terme d'un examen complet ainsi qu'une étude de l'imagerie disponible et des radiographies des genoux réalisées par leurs soins, les experts ont conclu que l'assuré ne présentait pas d'atteinte objective justifiant une incapacité de travail. Là aussi, cette appréciation reste actuelle compte tenu de l'absence de péjoration intervenue depuis lors.

Force est de constater que la situation sur le plan somatique n'a pas évolué et que, s'agissant des effets des atteintes à la santé sur les plans de médecine interne, neurologique et rhumatologique, le recourant présente toujours une capacité de travail entière.

bb) S'agissant des effets des atteintes à la santé psychique du recourant sur sa capacité de travail, l'expert psychiatre n'a, au jour de son complément d'expertise (le 18 avril 2018), retenu aucune atteinte incapacitante. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une dysthymie (F34.1), depuis 2012, un syndrome de dépendance à l'alcool (F10.20), abstinant depuis 2012, un trouble panique (F41.0), depuis 2012, en rémission, et un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), depuis 2012. Il a ajouté que l'expert somaticien retenait un diagnostic de fibromyalgie et qu'il existait un contexte psychosocial (séparation et divorce, conflits avec sa famille). L'expert psychiatre a dûment motivé son évaluation du cas, sur la base de ses propres constatations objectives. Ainsi, il a relevé que, depuis le mois d'août 2017, l'assuré ne prenait plus de psychotropes ni d'autres médicaments et qu'il avait repris une psychothérapie avec une psychologue. Il a remarqué qu'au vu de l'évolution un traitement antidépresseur ne paraissait pas indiqué car, malgré l'arrêt du Cymbalta® six mois auparavant, l'état de santé psychique du recourant ne s'était pas détérioré. Notant qu'en plus de son activité de concierge exercée à mi-temps, l'intéressé assurait la conciergerie de son immeuble (quelques heures par semaine) et travaillait dans la déchetterie de sa commune (huit heures par mois), l'expert a qualifié de « peu congruente par rapport aux plaintes » la description des activités quotidiennes, avec la précision que l'assuré ne majorait pas ses symptômes psychiques en lien avec le cumul

d'emplois. Au jour de l'expertise, l'assuré disposait de ressources personnelles et externes ; en effet, il pouvait exprimer clairement sa problématique, avait été capable de respecter le cadre de l'expertise et de bien collaborer avec l'expert. Sa capacité d'adaptation et de flexibilité psychique paraissait conservée ; il avait trouvé un moyen de pallier son déficit de l'attention en établissant une liste des tâches à effectuer dans le cadre de son activité professionnelle de concierge. Il était autonome dans ses activités quotidiennes, se déplaçait seul, gérait lui-même le ménage, son administration et était capable de s'organiser, d'accomplir son travail, même si son endurance semblait limitée (il affirmait devoir dormir en moyenne douze heures par jour et devoir faire régulièrement des pauses pour se reposer). Sa capacité de prise de décision ou de jugement était préservée ; il avait pu s'opposer à la décision de l'assurance-invalidité. Il conservait des contacts avec des connaissances et avait une bonne relation avec ses enfants et son ex-épouse ainsi qu'avec les personnes qu'il côtoyait dans son travail. A l'aune de son analyse du cas, l'expert a retenu une capacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu de huit heures par jour, avec la précision que la profession de concierge paraissait adaptée, l'assuré étant en mesure de l'exercer à 100 % (soit huit heures par jour). Dans ces circonstances, des mesures médicales et thérapeutiques n'étaient pas indiquées.

c) aa) Le recourant conteste la valeur probante de l'évaluation complémentaire de l'expert psychiatre en lui opposant l'avis divergent de sa médecin traitant.

Dans sa réplique du 15 février 2019, c'est en vain que le recourant tente de remettre en cause la qualité du travail de l'expert en soutenant que seul un examen d'une durée de 1h15 (et non durant 2h15) a eu lieu. Il convient d'observer qu'en page 2 du rapport complémentaire du 31 mai 2018 il est écrit « Date et heure des investigations (de 9 heures à 11 heure 15) : 18 avril 2018 ». Il n'y a par conséquent aucun motif de s'écarter de la durée d'examen mentionnée par l'expert psychiatre. Au demeurant, le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (TF

9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence), si bien que le grief du recourant selon lequel, l'expert V. _____ l'a vu durant une durée limitée est mal fondé. Cela étant, dans son rapport du 4 février 2019, la Dre L. _____ dresse une liste « des signaux douloureux émis par son corps » (de l'assuré) en lien avec le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme et fibromyalgie. Les signes rapportés par la médecin traitant, qui n'est pas une spécialiste, pour tenter de justifier l'incapacité de travail de l'assuré à 50 % dans son activité habituelle sont d'ordre subjectif, basés sur les plaintes de ce dernier. Ces éléments répertoriés ne se fondent pas sur un examen clinique approfondi, complet et exhaustif, ni sur une investigation paraclinique. A l'inverse, l'expert psychiatre s'est basé sur une anamnèse détaillée prenant en compte les plaintes de l'assuré, un status clinique détaillé et exhaustif, en adéquation avec l'évaluation de la capacité de travail retenue, dont les conclusions sont exemptes de contradictions et dûment motivées sur la base de l'ensemble des éléments du dossier. On extrait le passage suivant de l'expertise effectuée le 8 avril 2018 (rapport d'expertise du 31 mai 2018 p. 9 s.) :

"3.2 Entretien approfondi sur les thèmes suivants

Affection actuelle

Anamnèse systématique

Symptômes de la lignée dépressive

Depuis 2012, il a toujours été un peu déprimé. Depuis l'été 2017, il ressent un *gros ras le bol*, car sa maladie n'évolue pas vers le mieux, il n'accepte pas le syndrome douloureux chronique et de se battre contre l'Assurance Invalidité lui prend de l'énergie. Il broie du noir, se demande à *quoi ça sert de se battre lorsque l'on va dans un mur*. Il se sent plus abattu que triste. L'intensité de l'humeur dépressive fluctue entre 5 et 8 sur 10.

Il n'a envie de rien, car il est limité physiquement. Il connaît ses limites, il sait que s'il en fait trop il doit beaucoup se reposer. Il aurait envie, mais il sait qu'il n'y arrive pas physiquement. Il ressent un sentiment de solitude, mais il est tellement fatigué le soir qu'il n'arrive pas à sortir. Sa libido est plus ou moins conservée.

Ces derniers temps, il n'a pas très faim, mais son poids est resté stable.

Il doit dormir en moyenne douze heures par jour pour récupérer. Son sommeil est profond. Cinq jours sur sept, il fait une sieste qui parfois dure plus de deux heures.

Il ressent une fatigue permanente d'intensité de 5 à 6 sur 10. Il est fatigable, lorsqu'il travaille il accumule les douleurs et de la fatigue.

Son estime et sa confiance sont conservées. Il dit qu'il fait ce qu'il doit faire. Mais c'est pénible de ne pas être reconnu par l'Assurance Invalidité, car lui ne fait pas exprès d'être malade.

Il a plus de difficultés à se concentrer depuis qu'il a arrêté le Concerta en août dernier. Mais il a trouvé un stratagème, au travail il se fait une liste des tâches, les effectue les unes après les autres et coche après avoir fini une activité. Il a de la difficulté à suivre, lorsqu'il regarde la télévision. La lecture des journaux est impossible.

Il est plutôt pessimiste quant à l'évolution de sa fibromyalgie, il sait que ce n'est pas dégénératif, mais également que ce n'est pas possible de la soigner. Néanmoins, il arrive à la gérer en se reposant beaucoup.

Il n'y a pas de notion de tentative de suicide, ni d'idées suicidaires. Parfois, il pense à la mort, mais il n'espère pas mourir.

Symptômes de la lignée hypomaniaque et maniaque

Aucune différence par rapport à notre dernière évaluation.

Symptômes de la lignée anxieuse

Il arrive, en faisant des exercices de respiration, à gérer son angoisse et se *refocaliser*. Il n'a plus eu de crise de panique depuis notre dernière évaluation, mais une semaine avant notre rendez-vous d'expertise, il a vomi de la bile le matin, car il se sentait très tendu. Il a toujours tendance à éviter ce qui est fermé et de s'approcher des fenêtres, car il souffre de vertige.

Il vérifie la fermeture des portes, car il a des difficultés à se concentrer, en lien avec son déficit de l'attention.

Symptômes de la lignée psychotique

Aucune différence par rapport à notre dernière évaluation.

Symptômes de déficit de l'attention

Aucune différence par rapport à notre dernière évaluation.

Description de la personnalité

Aucune différence par rapport à notre dernière évaluation.

Habitudes

Depuis 2012, il ne boit plus une goutte d'alcool. Fin 2016, à la suite du départ de son épouse, il est passé par une période où l'envie de boire se faisait ressentir, son médecin traitant lui a proposé de l'hospitaliser pour le protéger, mais l'expertisé a pris sur lui-même et il a pu traverser cette période.

Anamnèse familiale / hérédité

Aucune différence par rapport à notre dernière évaluation.

Evénements particuliers à la naissance, développement dans la petite enfance, relations au sein de la famille, comportements particuliers à l'âge préscolaire et scolaire

Aucune différence par rapport à notre dernière évaluation.

Antécédents personnels

Il n'a pas été hospitalisé en hôpital psychiatrique depuis notre dernière évaluation.

Formation scolaire et parcours professionnel, activités bénévoles, service militaire

Aucune différence par rapport à notre dernière évaluation.

Activités professionnelles et positions occupées, date et contexte de la cessation de l'activité, expérience de mesures de réadaptation ou du placement à l'essai en

Il continue à travailler comme concierge dans un stade de foot à 50% de mars à octobre, mais son salaire est versé sur douze mois. En hiver 2017-2018, de fin octobre à début mars, il a travaillé entre vingt et quarante heures par semaine comme aide-boucher (il faisait les marchés, préparait et vendait la marchandise). Il a recommencé à travailler en mars 2018 comme concierge du stade de foot. Il travaille toute l'année comme concierge dans l'immeuble où il habite, ce qui lui permet de baisser son loyer de 300 Francs. De plus il travaille 8 heures par mois dans la déchetterie de la commune, ce qui lui rapporte 200 Francs par mois, qui lui sont payés tous les six mois.

Tableau clinique par rapport au travail

L'expertisé pense pouvoir assumer un travail de 50%. Son travail de concierge est parfaitement adapté, car il peut l'effectuer à son rythme en insérant des pauses au besoin.

Anamnèse sociale

Son épouse l'a quitté fin 2016 et le divorce a été prononcé en février 2018. Leur fils de 26 ans travaille comme employé de banque, il est indépendant et ne vit plus avec l'expertisé. Son fils de 23 ans vit avec l'expertisé, mais de juillet 2016 à octobre 2017 il était à l'armée, ne rentrait que les week-ends. Comme il travaille comme mécatronicien à [...], l'expertisé ne croise que rarement son fils à la maison. Leur fille a 19 ans, elle est au gymnase, elle aimerait s'orienter vers une carrière dans le milieu médical ou vétérinaire. Elle vit avec sa mère.

L'expertisé est célibataire, il n'a pas refait sa vie depuis sa séparation.

Il rencontre du monde lorsqu'il va travailler. Il croise des connaissances au village, lorsqu'il va boire un café au bistrot le matin. Il dit qu'il ne reste pas *cloîtré* dans son coin. Il voit de temps à autre son ex-épouse, avec qui il garde une relation correcte. Il rencontre ses enfants régulièrement.

Événements marquants

Aucune différence depuis notre dernière évaluation.

Déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, organisation des loisirs, hobbies, aides nécessaires pour le ménage et dans la vie quotidienne, moyens de transport utilisés, types de déplacements, vacances, etc.

L'expertisé vit dans un appartement de six pièces, qui comprend quatre chambres, un salon, une cuisine, une grande terrasse. Il partage cet appartement avec son fils de 23 ans. Il se lève vers 8 heures, fait sa toilette, sort boire un café au bistrot du village. Il organise son 50% de travail de concierge d'un stade tout au long de la journée. Il est peu rentable, tout lui prend beaucoup plus de temps, car il est plus lent, il doit faire régulièrement des pauses. Il dit que son 50% lui prend 100% de son temps. Il tond le gazon du stade de foot, nettoie les vestiaires et l'extérieur, s'occupe de la lessive des maillots, trois à quatre fois par semaine il s'occupe de la buvette une heure avant le match, durant le match et une heure après le match. Une heure et demie par semaine, il s'occupe de la conciergerie de l'immeuble où il habite, qui comprend deux étages et demi, ce qui lui permet de diminuer son loyer. Il travaille environ 8 heures par mois dans la déchetterie de sa commune. Durant la dernière saison de hockey sur glace, il est allé quatre fois aux matchs avec son fils.

Loisirs

Il a été cinq à six fois depuis début mars 2018 à la pêche. Il aimerait aller à la cueillette des champignons, mais n'en a pas eu l'énergie ces temps.

Vacances : il n'est pas parti en vacances depuis une vingtaine d'années.

Voiture : il n'a pas de permis de conduire.

Transports publics : c'est son fils qui l'a véhiculé à [...] en voiture, il rentrera en train et en bus dans son village qui se trouve au-dessus d'[...].

Supermarché : c'est lui qui fait les courses.

Activités ménagères : il gère intégralement toutes les tâches ménagères dans son appartement. L'hiver dernier, il a engagé une femme de ménage, car il n'avait pas l'énergie pour faire son ménage, mais actuellement, comme il travaille à 50%, il peut assumer lui-même les tâches ménagères et n'aurait plus le budget pour engager la femme de ménage.

Administration : il gère intégralement toutes les tâches administratives de son ménage et s'occupe de la caisse de la buvette.

Animaux : il a un chat dont il s'occupe.

Lecture : il ne lit pas.

Télévision : il ne la regarde presque plus. Il ne la regarde que lorsqu'il tient la buvette, il met la chaîne d'Eurosport.

Ordinateur : n'en fait pas.

Bricolage : il effectue des petits bricolages dans son travail de concierge au stade, mais pas à la maison.

Autres : aucun.

Traitement(s) suivi(s) à ce jour y compris médicamenteux

Progressivement, il a arrêté tous ses médicaments, qu'il ne prend plus depuis août 2017. Il est en train de discuter avec son médecin traitant quel médicament est vraiment utile. Le fait de ne plus prendre le Cymbalta ne change pas fondamentalement son état, d'après ses dires.

Depuis un mois, il a recommencé sa psychothérapie avec une nouvelle psychologue qu'il a rencontrée quatre fois jusqu'à présent. Il projette de reprendre rendez-vous avec le Dr J._____, son psychiatre.

Médecins actuels

Dr L._____, généraliste, [...].

Dr J._____, psychiatre, [...].

Suivi psychologique Mme I._____, [...].

Perception de l'avenir, en général et en lien avec une activité professionnelle ou avec la réadaptation professionnelle

Il se sent capable d'assumer un 50%, son travail de concierge est adapté, car il peut s'organiser comme il l'entend et incorporer des pauses au besoin. Il a des dettes avec l'assurance maladie qui l'a mis aux poursuites pour environ 4000 Francs, car l'aide pour son assurance maladie a été coupée pendant une année, mais elle a repris depuis peu. Son travail de concierge dans l'immeuble où il habite lui permet de baisser son loyer de 300 Francs. Son travail de 8 heures par mois dans la déchetterie de la commune lui rapporte 200 Francs par mois, ce qui lui sont payés tous les six mois. Cet hiver il a aidé un boucher qui ne le payait que 15 Francs par heure. Il a essayé de trouver un autre travail, mais il ne trouve rien.

Entretien concernant les incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert

Il n'est pas apparu d'incohérences.

Le cas échéant, entretien concernant le matériel d'observation recueilli

Sans objet.

4. CONSTATATIONS

4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure

L'expertisé se montre coopérant. Il ne paraît pas stressé durant notre entretien.

4.2 Compréhension linguistique

Parfaite.

4.3 Constatations lors de l'examen en rapport avec sa spécialité

Présentation

Expertisé de taille moyenne, en léger surpoids, qui fait son âge. L'hygiène est conservée. L'expertisé est soigné, il est rasé de près. Il est habillé simplement, ses habits sont propres. Il donne une impression générale appropriée par rapport à son âge et à son contexte social. Il n'est pas en retrait, ni prostré, il n'y a pas de maniérisme. La mimique de son visage et son regard n'expriment pas de tristesse, il ne pleure pas durant notre entretien. Il se montre inquiet par rapport à son avenir financier. L'intonation de la voix est sans particularité. Le débit de paroles ne montre ni logorrhée, ni ralentissement. Il échange volontiers avec l'interlocuteur.

Contact et attitude relationnelle

Contact normal. Il ne se montre pas indifférent, ni hautain, ni parasité par des attitudes d'écoute. L'attitude est coopérante. Il ne se montre pas expansif, ni familier, ni séducteur, ni obséquieux. Il n'est pas en retrait, ni fuyant, ni méfiant, ni réticent, ni opposant, ni hostile.

Activité psychomotrice

Il n'y a pas d'hyperactivité, ni d'agitation psychomotrice, ni d'agitation sans but. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Il n'y a pas de perturbation qualitative de la psychomotricité ni de mouvements anormaux.

Fonctions cognitives et langage

Langage sans particularité. L'expertisé est vigilant. Il n'y a pas de déficit attentionnel durant notre entretien. L'expertisé est orienté aux quatre modes. Il n'y a pas de troubles de la mémoire à court ni long terme. Le raisonnement et le jugement sont sans particularité.

Pensée

Il n'y a pas de troubles du cours de la pensée, notamment en ce qui concerne le rythme ni le déroulement de la pensée. Le contenu de la pensée est focalisé sur ses douleurs chroniques et surtout sa fatigue, ainsi que les difficultés à joindre les deux bouts. Il n'y a pas de rumination, ni d'obsession, ni de fabulation, ni d'idées délirantes.

Perception

Il n'y a pas de signes indirects d'hallucinations.

Affectivité

Il n'y a pas de déficit émotionnel. L'affect est approprié. Il n'y a pas de labilité émotionnelle ni d'hyperémotivité. Il n'y a pas d'agressivité pathologique. L'humeur est euthymique.

Comportements observables

Il n'y a pas de compulsions, ni de stéréotype, ni d'impulsion.

COMPORTEMENT DE L'ASSURÉ LORS DES EXAMENS

*Adéquat : oui.
Collaborant : oui.
Démonstratif : non.
Majorant : non."*

Dans son rapport du 4 avril 2019, la médecin traitant rappelle qu'après l'interruption du suivi psychothérapeutique et médical durant l'hiver 2017-2018, l'assuré a repris contact avec le cabinet du Dr J. _____ au printemps 2018 ; or selon l'expert psychiatre, l'intéressé a repris une psychothérapie avec une psychologue. La médecin traitant rapporte également une intensification des symptômes anxiodépressifs depuis le début 2019, avec l'introduction d'un antidépresseur (Saroten®) qui, malgré l'augmentation du dosage, n'a pas permis d'atténuer les symptômes dépressifs (avec pleurs fréquents, rumination, perte de l'estime de soi, anhédonie, aboulie et hypersomnie intensifiés). Elle ajoute que « les douleurs du syndrome somatoforme douloureux et de la fibromyalgie se sont intensifiés », avec la précision qu'en cas d'évolution toujours défavorable lors de sa prochaine consultation (le 8 avril 2019) ce traitement serait interrompu. Elle indique par ailleurs qu'une luminothérapie, conduite en parallèle à ce nouveau traitement, s'est aussi malheureusement révélée infructueuse. Malgré la nouvelle prise en charge instaurée au printemps 2018, les médecins traitants (les Drs J. _____ et L. _____) n'apportent aucun élément objectif sur l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré. Dans ces conditions on ignore tout de la fréquence des consultations et de la nature du traitement psychotrope instauré. On ne peut que déplorer, avec la médecin du SMR dans son dernier avis du 15 mai 2019, l'absence d'un conseil psychiatrique récent depuis le complément d'expertise de mai 2018. Cela étant, l'avis divergent de la médecin traitant paraît tout au plus procéder d'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical lors du complément d'expertise au printemps 2018, mais sans avoir effectué un examen clinique objectif, ni pris en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas d'un assuré qui conserve pourtant de réelles ressources lui permettant de surmonter le handicap dans son vécu quotidien. Depuis 2012, l'intéressé a en effet été

en mesure de se réadapter par lui-même sur le plan professionnel. Sur le plan personnel, il a été en mesure de traverser une séparation d'avec sa femme à la fin 2016 suivi de leur divorce au début 2018. Il se sent capable de travailler comme concierge (ce qu'il fait du reste sans trop de ménagement, cumulant plusieurs emplois en parallèle), gère intégralement les courses au supermarché, les tâches ménagères et administratives. Au quotidien, il vit dans un appartement (de six pièces) avec son fils de 23 ans, s'occupe d'un chat, conserve une hygiène, fréquente le « bistrot » du village, a gardé une relation correcte avec son ex-femme et rencontre régulièrement ses enfants, côtoie des personnes dans le cadre de son emploi au stade, et se rend plusieurs fois aux matchs de hockey sur glace avec son fils durant la saison. Même s'il ne possède pas de permis de conduire, orienté aux quatre modes, l'assuré est parfaitement autonome dans ses déplacements au moyen des transports publics. Au terme de son examen, l'expert psychiatre a décrit un comportement adéquat chez un assuré collaborant, ni démonstratif ni majorant. Dans ce contexte, l'abandon des loisirs, à savoir la pêche et la récolte des champignons, annoncé par la médecin traitant n'est pas apte à établir une quelconque incapacité de travail chez l'assuré sur le plan médical. Etant rappelé que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, 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 asséculo-logique (cf. consid. 3d supra), l'avis isolé de la Dre L._____ ne permet pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise de septembre 2015 ainsi que son complément psychiatrique de mai 2018, et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts du Q._____ ou en établir le caractère incomplet. Aussi, en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3b supra) n'a pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2).

bb) Dans ses déterminations du 4 avril 2019, en vue d'étayer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, le recourant invoque encore qu'une mesure de curatelle va être instituée en sa faveur par la Justice de Paix des districts [...].

Pour ce qui est de la question d'une mise sous curatelle, aux dires de l'expert psychiatre (rapport d'expertise du 31 mai 2018 p. 15), le recourant parvient à s'occuper de la conduite de ses affaires administratives, contrairement à ce qu'affirme l'intéressé. Cette analyse se voit confortée à la lecture du rapport d'enquête constitué par l'instance civile, dont un rapport du 15 février 2019 de la Dre L._____ atteste que cette demande a été sollicitée en raison de la situation financière difficile dans laquelle se trouvait le recourant après avoir subi deux refus de l'intimé quant à sa demande d'une rente d'invalidité. Au jour de son examen, l'expert a également noté une situation économique difficile, l'assuré présentant des dettes pour lesquelles il était poursuivi par son assureur-maladie à hauteur d'environ 4'000 fr. ; l'intéressé expliquait cette situation par le fait qu'il n'avait plus bénéficié de subsides durant une année. Dans ces conditions, on doit admettre que ce n'est pas des motifs de santé qui sont à l'origine de la démarche initiée à l'été 2018 auprès de l'instance civile, mais la situation économique précaire dans laquelle se trouvait le recourant.

d) Satisfaisant aux exigences jurisprudentielles, le rapport d'expertise du Q._____ du 28 septembre 2015 et son complément psychiatrique du 31 mai 2018 peuvent se voir conférer pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). Il doit ainsi être admis que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité, aucun élément objectif n'indiquant que sa capacité de travail soit limitée.

e) Compte tenu de l'absence de limitation de la capacité de travail, l'assuré ne remplit donc pas les conditions pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. C'est par conséquent à juste titre que l'office intimé a rejeté la demande du recourant du 23 octobre 2012.

5. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes d'expertise médicale judiciaire ainsi que d'audition de deux témoins du recourant doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision de la juge en charge de l'instruction du 6 novembre 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance

judiciaire avec effet au 1^{er} novembre 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Céline Desscan. Sur la base de la liste des opérations produite le 29 juin 2021, il convient d'arrêter à 4'470 fr. l'indemnité de Me Desscan, correspondant à vingt-quatre heures et cinquante minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 4'814 fr. 20.

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 240 fr. 70.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 5'054 fr. 90 (4'814 fr. 20 + 240 fr. 70).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Céline Desscan, conseil du recourant, est arrêtée à 5'054 fr. 90 (cinq mille cinquante-quatre francs et nonante centimes), débours et TVA compris.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Céline Desscan (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :