

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mai 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Nadine Frossard Goy, juriste à Vufflens-la-Ville,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1955, gardien de musée à 70%, a déposé le 3 mars 2014 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de travail à 50% (de son 70%) depuis le 26 août 2013, en raison d'une atteinte au genou gauche.

Dans un rapport du 20 août 2014, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de gonalgies gauches après entorse du compartiment interne avec lésion méniscale et, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose dorso-lombaire sinistro-convexe) et discopathies L3-L4 et L5-S1, un côlon irritable, des hémorroïdes, une fibromyalgie, un status après trois cures de hernie inguinale droite et une cure de hernie inguinale gauche, ainsi qu'un status après appendicectomie. Le médecin précité a mentionné que le pronostic était plutôt favorable et que l'activité habituelle était exigible à 50%.

Dans un courrier du 22 avril 2015, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui suit l'assuré depuis le 31 octobre 2013, a indiqué que la capacité de travail de son patient était de 100% si l'on s'en tenait uniquement au problème du genou mais que celui-ci présentait des polyopathologies qui pouvaient modifier son appréciation.

L'assuré a été expertisé le 29 avril 2015 à la requête d'Assurances O._____, assureur perte de gain. Dans son rapport du 27 mai 2015, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission partielle (F43.22). Il a pour l'essentiel estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, mais

qu'elle serait entière dès le 1^{er} août 2015, justifiant l'incapacité de travail dans le poste actuel par une situation de conflit aigu avec l'employeur.

Dans un courrier du 8 novembre 2015 adressé au conseil de l'assuré, la Dre F._____, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué qu'à l'époque des consultations, soit en 2014, le patient se plaignait de douleurs chroniques généralisées, de problèmes digestifs et de fatigue chronique. Les diagnostics de syndrome de fatigue chronique, de syndrome myofacial pluri-régional ainsi que de syndrome poly-infectieux chronique ont été retenus. La Dre F._____ a encore précisé que les examens de laboratoire avaient démontré un état inflammatoire chronique.

Le 19 avril 2016, le Dr W._____ a fait état chez son patient d'une intolérance au gluten.

Le 16 juillet 2016, le Dr C._____ a indiqué que les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission partielle (F43.22) et de fibromyalgie (M79.7) étaient la cause d'une incapacité de travail de 100% depuis le 24 février 2015.

Le 28 juillet 2016, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé que l'assuré présentait un « cortège de symptômes rentrant dans le cadre d'un syndrome de fatigue chronique », estimant son incapacité de travail totale à compter du 24 février 2015, estimant toutefois qu'une reconversion professionnelle dans un travail adapté à ses compétences était envisageable.

Par certificat médical du 10 août 2016, le Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a attesté que l'assuré était en arrêt de travail à 100% depuis le 24 février 2015. Il a précisé que son patient présentait des douleurs étagées au niveau rachidien et polyarticulaire avec et sans origine traumatique, que cette symptomatologie était majorée par des troubles anxiodépressifs eux-

mêmes majorés par l'impossibilité de travailler et qu'un syndrome physique de fatigue chronique avec myalgies et polyarthralgies était également présent.

Par avis SMR du 14 novembre 2016, la Dre S._____ a suggéré la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, compte tenu des divergences d'appréciation de la capacité de travail même dans une activité adaptée, de l'absence d'éléments cliniques objectifs attestant l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis mai 2015 tant sur le plan somatique que psychiatrique et de l'absence au dossier d'un examen du caractère invalidant de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique selon les critères posés par la nouvelle jurisprudence en matière de troubles psychiques.

Le 31 janvier 2018, l'assuré, par sa protection juridique, a requis l'octroi d'une rente entière, subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise médicale. Etait joint à cet envoi un rapport du 19 janvier 2018 du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, à teneur duquel il présentait une maladie de Lyme, son incapacité de travail étant totale.

L'expertise pluridisciplinaire requise par le SMR a été finalement confiée au Centre d'expertise X._____ (Centre d'expertise X._____). Le 17 mai 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il serait expertisé par les Drs G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, V._____, spécialiste en médecine interne générale, et R._____, spécialiste en rhumatologie, qui l'ont examiné respectivement les 19 et 26 juin, ainsi que le 5 juillet 2018.

Le 7 septembre 2018, l'assuré a remis à l'OAI un rapport du Dr P._____ du 21 mars 2018 selon lequel le patient souffrait d'une méniscopepathie interne des deux genoux, ce qui pouvait être considéré comme une pré-arthrose sans pouvoir prédire la vitesse d'évolution, ainsi que des pathologies associées. Le Dr P._____ précisait qu'il ne voyait pas très bien comment le patient pouvait concrètement être réinséré dans

une activité adaptée, compte tenu des examens successifs réalisés et de son âge.

Les experts du Centre d'expertise X. _____ ont adressé leur rapport à l'OAI le 10 septembre 2018, après avoir procédé à une évaluation consensuelle. Ils ont estimé que la capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Ils ont retenu que la situation au jour du rapport était marquée par l'absence d'atteinte psychiatrique. Ils ont également relevé que les symptômes du syndrome douloureux et de la fatigue persistaient alors que le contexte émotionnel de 2015 avait disparu. Dès lors qu'aucune perturbation émotionnelle n'existait depuis 2017, les experts n'ont pas retenu de syndrome douloureux somatoforme.

Sur le plan rhumatologique en particulier, la Dre R. _____ a retenu ce qui suit.

« **7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE**

7.1 [...]

7.2 Evaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., pronostic

On peut retenir deux faits principaux, à savoir des douleurs plutôt ostéo-articulaires multiples et migratrices dans le cadre d'un syndrome de fatigue chronique, l'expert rejoint en cela l'avis du Dr [...] qui évoquait le diagnostic de fibromyalgie. L'éventualité d'une maladie inflammatoire rhumatismale surajoutée d'apparition plus récente au vu de la description du patient de crises douloureuses principalement aux interphalangiennes, mais également aux articulations des avant-pieds et des genoux, est à envisager. L'examen clinique est toutefois normal à l'heure actuelle, et les deux éléments dont nous disposons sont : élévation modérée du taux des urates à 448 et élévation modérée des facteurs rhumatoïdes à 32 de type IgM.

Ces derniers éléments ne permettent pas de conclure à une maladie rhumatismale inflammatoire active actuellement.

L'examen clinique de ce jour est rassurant, en particulier l'examen des deux genoux est strictement normal avec des genoux secs et stables et bien mobiles. On peut signaler que dernièrement l'assuré a eu une IRM [imagerie par résonance magnétique] de chaque genou, en décembre 2017, à droite et, en juin 2018, à gauche et que cet examen s'est montré tout à fait rassurant avec seulement une petite déchirure

radiaire du ménisque interne qui apparaît comme une affection dégénérative classique.

Cette affection n'a donc pas de caractère incapacitant.

L'assuré se plaint beaucoup plus du syndrome de fatigue chronique et de fatigabilité à l'effort. Il décrit clairement une restriction du périmètre de marche à environ une demi-heure. Il s'agit clairement de phénomènes d'autolimitation, le patient s'étant progressivement limité dans ses activités physiques, il présente actuellement un déconditionnement global qui fait que lorsque son effort est plus important, il se sent courbaturé le jour suivant. Il n'y a pas de raison objective à cette limitation de la tolérance à l'effort.

On peut donc conclure à des douleurs aspécifiques dans le cadre de ce syndrome qui n'a pas de caractère incapacitant.

En conclusion, si l'on prend en compte la dernière activité professionnelle de l'assuré, à savoir celle de gardien de musée à 70%, clairement l'assuré peut travailler dans ce poste sans limitation. »

Pour le surplus, la Dre R. _____ a estimé qu'il n'y avait pas réellement d'incohérence chez l'expertisé mais plutôt des phénomènes d'autolimitation et que ses ressources étaient bonnes, dès lors qu'il était capable de gérer sa situation avec l'aide de son épouse.

Sur le plan de la médecine interne, le Dr V. _____ s'est exprimé en ces termes :

« **7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE**

7.1 [...]

7.2 Evaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., pronostic

Traitement

Je n'ai pas d'opinion concernant les traitements naturels et l'assuré ne veut pas d'autres types de traitements. Il y a possiblement une intolérance au gluten, mais les tests sont négatifs hormis une valeur des HLA-DQ8 positif. Cela ne signifie pas qu'il y a une maladie cœliaque, mais une prédisposition pour le développement de cette maladie (en plus les HLA-DQ2 sont négatifs et sont présents chez les patients cœliaques).

Les IgG et IgM sont négatives pour une Borréliose (ils sont mentionnés à ++ dans un test effectué par le médecin homéopathe), raison pour laquelle on peut douter d'une maladie de Lyme.

En ce qui concerne les valeurs élevées de mercure, l'assuré serait traité par un chélateur naturel depuis 3 semaines

(ignore le nom) et il devrait avoir un nouveau contrôle dans 3 mois.

Réadaptation

Sans tenir compte des conclusions des autres experts, une réadaptation est tout à fait envisageable. »

Le Dr V._____ a encore mentionné, à l'instar du Dr R._____, qu'il n'y avait pas d'incohérence chez l'assuré et que ses ressources étaient préservées dans les activités de la vie quotidienne.

Sur le plan psychiatrique, le Dr G._____ a, pour sa part, écrit ce qui suit :

« **7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE**

7.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle

Monsieur Z._____ n'est connu pour aucun antécédent psychiatrique familial ou personnel. L'histoire personnelle, l'évaluation des différents secteurs de sa personnalité et l'absence de difficultés relationnelles récurrentes permettent d'affirmer l'absence d'argument en faveur de troubles de la personnalité.

Dans le contexte d'un conflit professionnel, il a présenté une première perturbation émotionnelle en 2013 n'atteignant pas [un] degré suffisant pour justifier un diagnostic de trouble de l'adaptation. La seconde perturbation émotionnelle, suite à un licenciement, est nettement plus importante en raison de l'enjeu principal qu'est son avenir professionnel en raison de son âge. Cette anamnèse correspond à un trouble de l'adaptation depuis février 2015 avec incapacité de travail totale depuis le 24.02.2015. D'ailleurs, ce diagnostic est retenu par l'expert psychiatre qui évalue l'expertisé en 2015 à la demande de l'assureur perte de gain. Une pleine capacité de travail est jugée possible dès le 01.08.2015. Durant l'année 2016, l'état psychique serait resté stationnaire selon l'expertisé. L'impact principal a été un retrait social comme seule limitation. Aucun traitement psychotrope n'a été jugé nécessaire ni même un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique. L'atteinte n'a d'ailleurs pas eu d'impact négatif sur ses activités de la vie quotidienne. Tous les symptômes psychiques ont par contre disparus dès l'année 2017. L'expertisé estime qu'il a eu une réaction émotionnelle violente, passagère et non invalidante, qui n'a pas nécessité d'intervention médicale.

La situation actuelle est marquée par l'absence d'atteinte psychiatrique. Il n'y a pas d'argument en faveur de trouble anxieux, de l'humeur ou psychotique. On ne retrouve pas

d'élément en faveur d'abus de substance ou d'un syndrome de dépendance à un toxique.
S'agissant du syndrome douloureux et de la fatigue, ces symptômes persistent alors que le contexte émotionnel de 2015 a disparu. Il n'y plus de perturbation émotionnelle depuis 2017. Pour cette raison, on ne retiendra pas de syndrome douloureux somatoforme. »

Le Dr G._____ a estimé qu'il n'y avait pas de problème de cohérence et que les ressources de l'expertisé étaient bonnes.

Par projet de décision du 13 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente, faute d'atteinte incapacitante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

Le 31 janvier 2019, l'assuré, par sa représentante, a contesté ce projet. Il a joint un rapport du Dr P._____ du 29 décembre 2018, selon lequel les experts du Centre d'expertise X._____ avaient élué le syndrome de fatigue et « un peu passé sous silence » l'atteinte objective aux deux genoux, qui toutefois ne constituait pas un motif de rente d'invalidité dans le cas de l'assuré, compte tenu du métier exercé. Il a encore produit un rapport du 21 décembre 2018 du Dr T._____, qui a estimé que l'expertise était « tout à fait adéquate », relevant cependant qu'une réadaptation ou une reprise du travail deux ans avant la retraite était utopique dans un contexte de fatigue chronique, de polyarthralgies et d'une souffrance psychique importante depuis trois ans, que les bilans biochimiques avaient révélé un facteur rhumatoïde positif sans état inflammatoire clair ce qui parlait en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde débutante voire « à bas bruit » et qu'une prise en charge médicamenteuse de type antirhumatismal ou cortisonique était vouée à l'échec compte tenu de l'extrême sensibilité de l'assuré à toute médication chimique. Etait joint un rapport du Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, du 20 décembre 2018, qui a relevé que le patient souffrait selon lui d'une maladie qui n'avait pas de diagnostic pour le moment, et qui se manifestait par des manifestations proches d'un syndrome de fatigue chronique et d'une fibromyalgie avec des crises algiques importantes et une intolérance à l'effort marquée.

Par courriel du 14 mars 2019, l'assuré a complété son argumentation et a produit une attestation du 13 mars 2019 du Dr Q._____ selon laquelle il souffrait d'une forme de syndrome d'activation mastocytaire qui englobait l'intégralité de ses plaintes. Le médecin précité précisait qu'il n'existait aucune thérapeutique définie pour cette pathologie ce qui rendait la situation du patient complexe.

Par avis du 10 avril 2019, la Dre S._____ du SMR s'est référée au rapport SMR du 6 novembre 2018, aux termes duquel elle avait conclu qu'il n'y avait pas d'argument pour s'écarter des appréciations des experts du Centre d'expertise X._____, que l'incapacité de travail de l'assuré avait été limitée dans le temps, pendant les périodes d'acutisations des atteintes ostéo-articulaires, et que l'activité de gardien de musée était une activité adaptée à l'état de santé de l'intéressé.

Par décision du 12 avril 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Dans la motivation du même jour jointe à la décision, l'OAI a expliqué que les experts du Centre d'expertise X._____, dont le rapport d'expertise avait pleine valeur probante, n'avaient retenu aucune atteinte durable ni de limitations fonctionnelles sur le plan de la médecine interne. Sur le plan rhumatologique, la fatigue musculaire et la fatigabilité ressenties par l'assuré devaient être mises sur le compte d'un syndrome de fatigue chronique avec douleurs aspécifiques, dans la mesure où aucune maladie rhumatismale inflammatoire n'avait pu être mise en évidence. Enfin, sur le plan psychiatrique, aucun trouble invalidant n'avait été retenu, la seule limitation constatée consistant en un retrait social, aucun suivi psychothérapeutique ni traitement psychotrope n'ayant été jugé nécessaire. L'OAI a par ailleurs estimé que ni l'avis des Drs Q._____ et T._____, ni celui du Dr P._____ ne remettait en doute les conclusions du rapport d'expertise du Centre d'expertise X._____.

B. Par acte du 28 mai 2019, Z._____, représenté par Nadine Frossard Goy, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et

au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il a pour l'essentiel fait valoir qu'il était en incapacité de travail totale depuis le mois de février 2015, et que l'expertise du Centre d'expertise X._____ n'était pas probante, car elle n'était ni objective, ni complète. Il a fait grief aux experts de ne pas l'avoir écouté, ni n'avoir tenu compte de ses plaintes, et de ses explications, et d'avoir omis de tenir compte de diagnostics pourtant déjà posés, comme la borréliose et la maladie cœliaque. Il a notamment relevé que le Dr G._____ avait refusé de l'expertiser sans, au préalable, pouvoir lire l'avis d'un confrère, que les douleurs dont il souffrait n'avaient quasiment pas été évoquées par les experts et qu'il y avait des indications fausses dans le rapport d'expertise concernant l'heure du lever et le fait d'aller faire ses courses dans les supermarchés ou encore sur le fait que c'était son épouse qui conduisait sur les longs trajets alors qu'elle n'avait pas de permis de conduire. Le recourant a finalement argué que le rapport d'expertise du Centre d'expertise X._____ s'écartait de sa situation réelle et a donc requis qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre. Avec son recours, il a notamment produit les pièces suivantes :

- un courriel du Dr Q._____ du 16 mai 2019, dans lequel ce médecin critique le rapport d'expertise du Centre d'expertise X._____ et précise que son patient souffre toujours de manière très importante de douleurs musculaires et articulaires diffuses, d'une fatigue et fatigabilité très importantes, d'hypersensibilité multiple, d'intolérances multiples qui le rendent clairement inapte au travail;
- un rapport du Dr T._____ du 23 décembre 2016, par lequel ce médecin atteste que le recourant présente de nombreuses intolérances médicamenteuses (Dafalgan, Co-Dafalgan, Millepertuis, Griffonia).

Il a encore produit les rapports du Dr J._____ du 19 janvier 2018, du Dr W._____ du 19 avril 2016, du Dr Q._____ du 13 mars 2019 et du Dr D._____ du 5 janvier 2017, figurant déjà au dossier.

Dans sa réponse du 19 août 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours.

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, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 96 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande de prestations déposée le 3 mars 2014.

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à

indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

c/aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification

jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

ab) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré

de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

4. En l'espèce, le recourant a présenté une atteinte au genou gauche en août 2013, sous forme d'entorse en rotation. C'est cette atteinte qu'il a mentionnée à l'appui de sa demande de prestations du 3 mars 2014, et le seul diagnostic avec effet sur la capacité de travail retenu par son médecin traitant, le Dr C._____, dans son rapport à l'OAI du 20 août 2014. Pour sa part, le Dr P._____ a observé le 22 avril 2015 que pour ce qui avait uniquement trait au genou gauche, un travail à 100% serait possible. Le Dr C._____ a toutefois indiqué dans ses rapports ultérieurs (cf. rapports des 15 mars 2015 et du 16 juillet 2016) que son patient présentait un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission partielle (F43.22) et une fibromyalgie (M79.7), lesquels étaient la cause d'une incapacité de travail de 100% depuis le 24 février 2015, sans toutefois détailler les raisons le conduisant à retenir que ces diagnostics étaient invalidants. Cette observation a du reste été

relativisée par le Dr T._____, qui a, quant à lui, jugé qu'une reconversion professionnelle dans un travail adapté à ses compétences était envisageable (cf. rapport du 28 juillet 2016). S'ajoute la prise de position, elle aussi au demeurant peu détaillée, de la Dre F._____ du mois de novembre 2015. C'est dans ce contexte que l'OAI a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise (cf. avis SMR du 14 novembre 2016).

Les Drs V._____, G._____ et R._____ du Centre d'expertise X._____ ont examiné le recourant les 19, 26 juin et 5 juillet 2018, puis ont procédé à une évaluation consensuelle du cas. Ils ont eu accès à l'ensemble du dossier du recourant, et ont eux-mêmes procédé à des examens complémentaires, en particulier à un examen sanguin et des radiographies. Aucun élément ne permet de retenir que l'expertise du Centre d'expertise X._____ serait emprunte de partialité et incomplète. Bien au contraire, les experts ont examiné l'ensemble des pièces ; ils ont reçu l'assuré à tour de rôle, sur trois jours. Il ressort du rapport que les plaintes de l'assuré ont été décrites. L'expert rhumatologue a à cet égard en particulier relevé que l'expertisé se plaignait de douleurs ostéo-articulaires globales et migratrices depuis de nombreuses années et que ces douleurs ne s'étaient pas franchement intensifiées ces dernières années ou ces derniers mois, celui-ci étant nettement plus gêné par la fatigue musculaire et la fatigabilité à l'effort que par les douleurs articulaires. Il a également mentionné les douleurs aux genoux à la suite d'une entorse en 2013. La Dre R._____ a procédé à un entretien approfondi avec l'expertisé par rapport à son affection au jour de l'examen, en particulier la fatigue perpétuelle ressentie dès le lever avec une fatigabilité à l'effort. Elle a en outre effectué un examen clinique du recourant avant de fournir une appréciation circonstanciée de sa situation. Le Dr V._____ a, pour sa part, mentionné que les plaintes du recourant étaient de deux types : d'une part, des douleurs multiples ostéo-articulaires et, d'autres part, des douleurs au niveau du système digestif. Il a également procédé à un examen clinique de l'expertisé en concluant que son état général était excellent et a évalué l'état de santé du recourant en lien avec sa spécialité. Le Dr P._____ a, dans son rapport du 29 décembre 2018, relevé qu'à ses yeux, chaque spécialiste avait

objectivement décrit la situation du recourant, sauf en ce qui concernait le syndrome de fatigue chronique. Or, le médecin précité a concédé qu'il n'était pas en mesure de prendre position à cet égard, dès lors que sa discipline n'était pas vraiment concernée par ce type de pathologies. Pourtant, les experts se sont bien prononcés sur la question de la fatigue, puisqu'ils ont retenu le diagnostic non incapacitant de syndrome de fatigue chronique avec douleurs mal systématisées en relevant en particulier pour quelle raison ils ne retenaient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et en précisant qu'un phénomène d'autolimitation était présent chez l'assuré, celui-ci s'étant progressivement limité dans ses activités physiques, ce qui avait engendré un déconditionnement global (cf. rapport de la Dre R._____, pp. 14-15 et rapport du Dr G._____, p. 17).

Au plan psychiatrique, le Dr G._____ a très clairement expliqué l'évolution de l'état de santé du recourant. En effet, il a mentionné qu'après avoir présenté une première perturbation émotionnelle en 2013 avec une symptomatologie légère et très transitoire, ne nécessitant pas d'intervention médicale, le recourant avait connu une seconde perturbation émotionnelle, des mois de février à août 2015, plus importante cette fois-ci, étant donné l'enjeu principal qu'était son avenir professionnel en lien avec son âge. Il a précisé que l'état psychique du recourant avait été stationnaire durant l'année 2016 et que tous les symptômes psychiques avaient disparu dès l'année 2017. Il a relevé que l'impact principal avait été un retrait social comme seule limitation et que son entourage s'était montré particulièrement compréhensif et soutenant. L'expert a par ailleurs mentionné que le médecin traitant du recourant lui avait proposé un traitement de millepertuis, lequel avait dû être arrêté en raison de l'intolérance à ce traitement et a relevé qu'aucun traitement psychotrope, ni suivi psychiatrique ou psychothérapeutique, n'avait été jugé nécessaire. Il a précisé que l'atteinte n'avait pas eu d'impact négatif sur les activités de la vie quotidienne grâce à son entourage privé et médical, ni sur ses hobbies (natation, promenades), l'expertisé ayant pu s'adapter à la symptomatologie avant de la voir disparaître. L'expert a également passé en revue un catalogue d'affections psychiques (troubles

anxieux, troubles phobiques, état de stress post-traumatique, trouble obsessionnel compulsif, symptômes dissociatifs, symptômes dépressifs, symptômes hypomaniaques ou maniaques, troubles de la concentration, troubles de la mémoire, troubles alimentaires, symptômes psychotiques, troubles de la personnalité, syndrome de dépendance) sans avoir décelé un trouble de cet ordre-là chez le recourant. Le Dr G. _____ a constaté que l'expertisé était orienté dans le temps, l'espace, à la personne et à la situation, que l'intelligence était cliniquement dans les normes compte tenu du niveau de scolarisation, que le jugement et le raisonnement apparaissaient dans les normes, que la perception de soi et des autres était préservée, que le contrôle des affects et des pulsions l'était également et que tout au long de l'évaluation, la relation établie était adéquate et sans distance. Le discours était précis, sans contradiction, le processus de pensée ne montrait rien qui laissait suggérer un état psychique décompensé et aucun trouble dans la sphère neuropsychologique n'était cliniquement observé, hormis une concentration plus difficile à maintenir après une heure d'évaluation. Il n'y avait pas de signe de nervosité ou d'irritabilité malgré une anxiété légère et contextuelle, ni de tremblement périphérique, ni d'hyperventilation, ni de sudation importante, ni d'agitation psychique. Sur le plan dépressif, l'expert a constaté que l'humeur était stable, ni déprimée, ni anormalement élevée, que l'expression émotionnelle était normalement fluctuante, l'expertisé se montrant souriant et ayant ri à plusieurs reprises, que le ton de la voix était ferme, la gestuelle fluide et harmonieuse et qu'il n'y avait pas de ralentissement mental, ni d'abattement, mais l'apparition d'une légère fatigue après une heure d'évaluation. Aucune idéation dépressive ou suicidaire n'était constatée et les envies ou les désirs pouvaient être exprimés. Sur le plan psychotique, l'expert n'a pas décelé d'élément pathologique, en particulier d'idée délirante, d'hallucination, de trouble formel ou logique de la pensée, de fuite dans les idées, de tendance digressive ou de logorrhée. En définitive, le Dr G. _____ a retenu l'absence d'atteinte psychiatrique. L'expert précité s'est encore prononcé par rapport aux indicateurs pertinents posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques en précisant que l'expertisé n'avait jamais bénéficié de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique

ni de traitement psychotrope, qu'il n'y avait pas de problème au niveau de la cohérence et que celui-ci disposait de bonnes ressources personnelles, dès lors qu'il parlait plusieurs langues, que l'intelligence était cliniquement dans les normes, qu'il détenait deux formations et qu'il n'y avait pas de trouble de la personnalité, ni de pathologie psychiatrique pouvant diminuer ses ressources. L'expert a encore ajouté que l'expertisé était en mesure de s'adapter aux règles, aux routines, de planifier et structurer des tâches ou de se montrer flexible et capable de s'adapter aux changements ou à l'environnement, qu'il détenait des compétences spécifiques acquises dans sa vie privée et professionnelle qu'il pouvait mettre à profit, que sa capacité de jugement et de prise de décision n'était pas altérée, que sa capacité d'endurance était également préservée d'un point de vue psychique, qu'il était en outre apte à s'affirmer, à établir des relations avec autrui de manière harmonieuse, à évoluer au sein d'un groupe et à entretenir des relations de proximité et enfin qu'il pouvait initier des activités spontanées, maintenir son hygiène et assurer lui-même les soins corporels ou se déplacer par ses propres moyens. S'agissant des ressources externes, l'expert a relevé que même si les contacts avec ses amis s'étaient réduits, ils existaient encore, qu'il était en outre bien entouré par sa femme et sa belle-mère et qu'il avait gardé également des contacts téléphoniques avec ses frères en France, son fils au Danemark et plusieurs connaissances dont des voisins.

Finalement, il résulte de ce qui précède que le rapport des médecins du Centre d'expertise X._____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante : il a en effet été établi à la suite de plusieurs examens de l'assuré, en connaissance de son dossier et ses conclusions sont claires. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que le recourant ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé.

On relèvera encore que la maladie cœliaque n'a pas été ignorée, vu qu'il ressort en particulier du texte de l'expertise de médecine interne que le Dr B._____, spécialiste en gastroentérologie, a fait état d'une prédisposition génétique pour le développement d'une maladie

coéliqua (cf. p. 6). De même, il ressort de l'expertise une mention du certificat médical du Dr J. _____ du 19 janvier 2018, lequel a mentionné une maladie de Lyme. Pour le surplus, on lit dans le même rapport de médecine interne les plaintes de l'assuré en lien avec son alimentation, sans lactose ni gluten (p. 7). Il est encore fait mention au plan gastroentérologique que le recourant présente une intolérance au lactose non interprétable, ainsi qu'un HLA-DQ8 positif, ce qui pouvait signifier une prédisposition génétique pour le développement d'une maladie coéliqua. (p. 8). Dans ces conditions, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que les experts auraient ignoré la maladie coéliqua. Le Dr V. _____ a d'ailleurs encore relevé à cet égard que la possible intolérance au gluten ne signifiait pas qu'il y ait une maladie coéliqua, mais uniquement une prédisposition pour le développement de cette maladie (p. 14). Quant à la maladie de Lyme, le Dr V. _____ a bien exposé que les IgG IgM étaient négatifs pour une borrelia, alors qu'ils étaient mentionnés à « ++ » dans un test effectué par le médecin homéopathe, ce qui pouvait faire douter de la présence d'une telle maladie chez le recourant.

Pour ce qui est des griefs soulevés par le recourant contre l'expert G. _____, en particulier le fait qu'il aurait exigé de pouvoir lire le rapport d'un confrère en début d'expertise, on relèvera, à l'instar de l'intimé, que l'expert doit avoir pris connaissance du dossier de l'examiné dans son entier pour l'évaluation de l'aptitude au travail. Il est tenu de se consacrer à l'étude des pièces le composant, ce qui lui permettra d'établir une anamnèse détaillée et d'apprécier la situation en tenant compte aussi bien des plaintes de l'expertisé que des constatations objectives d'autres médecins. Dès lors, le fait pour un expert de vouloir connaître l'opinion d'un confrère avant de se prononcer lui-même sur le cas n'apparaît pas choquant. Quant aux incohérences dont se prévaut le recourant en lien avec son quotidien, force est de constater que celles-ci n'ont pas été déterminantes dans l'appréciation de sa capacité de travail. Le recourant n'a d'ailleurs pas fait état d'erreurs de retranscription de ses dires à la suite du dépôt du rapport d'expertise (cf. opposition du 31 janvier 2019). Ce n'est qu'au stade du recours qu'il les a invoqués, si bien que l'on peut douter de sa crédibilité à ce niveau-là. Quoi qu'il en soit, ces imprécisions,

qui n'ont pas eu d'incidence sur l'appréciation faite par les experts de la capacité de travail du recourant, ne suffisent pas à remettre en cause le caractère probant de l'expertise du Centre d'expertise X._____.

S'agissant enfin des pièces produites en recours, et en particulier du courriel et de l'attestation du Dr Q._____, elles ne sont pas non plus de nature à remettre en cause les conclusions bien étayées des experts du Centre d'expertise X._____. Le courriel du Dr Q._____ du 16 mai 2019 consiste pour l'essentiel en une critique générale du Centre d'expertise X._____, qui toutefois ne permet pas de comprendre en quoi l'appréciation des médecins dudit centre ne pourrait être suivie. Quant au diagnostic de « syndrome d'activation mastocytaire », le Dr Q._____ ne décrit pas en quoi il consiste, mais uniquement que la majorité des médecins et même des hématologues « ne comprennent rien à cette pathologie et donc ne considère[nt] pas son existence», précisant que cet élément « ne donnera pas un levier intéressant pour le patient ». Quant au rapport du Dr P._____ du 29 décembre 2018, il ne permet pas non plus de remettre en cause les conclusions du rapport des médecins du Centre d'expertise X._____, ce médecin évoquant uniquement un tout début d'arthrose des deux genoux sans influence sur la capacité de travail du recourant. Enfin le Dr T._____ lui-même a relevé le 21 décembre 2018 que l'expertise était « tout à fait adéquate », estimant uniquement qu'au vu de l'éloignement du travail depuis plusieurs années, et de la proximité de l'âge de la retraite, une nouvelle prise d'emploi serait utopique. Or ces considérations ne sont pas de nature médicale. Quant à l'état inflammatoire qui parlerait en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde débutante voire à bas bruit, l'expert rhumatologue a bien exposé que l'éventualité d'une maladie rhumatismale inflammatoire surajoutée aux douleurs ostéoarticulaires multiples et migratrices dans le cadre d'un syndrome de fatigue chronique, d'apparition plus récente, était à envisager. Il a toutefois relevé que l'examen clinique était normal au jour de l'examen et que les seuls éléments dont il disposait, soit une élévation modérée du taux des urates à 448 d'une part des facteurs rhumatoïdes à 32 de type IgM d'autre part, ne permettraient pas de conclure à une maladie rhumatismale inflammatoire active au jour de l'examen.

Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'OAI a retenu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans toute activité.

Enfin, vu la capacité de travail entière dans toute activité, il n'y a pas lieu de faire application de la jurisprudence sur les assurés proches de l'âge de la retraite.

5. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 avril 2019 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 mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Mme Nadine Frossard Goy (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :