

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mai 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Piguet, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ;
87 al. 2 et 3 RAI**

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], technicien en stérilisation, a déposé une demande de prestations du 24 juillet 2013 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant souffrir de dépression depuis 2004.

Dans un rapport du 2 septembre 2013, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif réactionnel récidivant existant depuis 2004, lequel était en relation avec un divorce et la naissance de deux enfants issus d'une deuxième union. Le Dr M._____ n'avait pas revu l'intéressé depuis 2010, période à laquelle il avait constaté une incapacité de travail totale.

Aux termes d'un rapport produit auprès de l'OAI le 21 octobre 2013, les Drs J._____, médecin praticien, N._____ et R._____, ont posé les diagnostics de troubles anxieux et de difficultés liées à l'entourage immédiat (situation familiale conflictuelle) existant depuis plus de deux ans selon la description de l'intéressé. Ces médecins ont fait état notamment de difficultés sur le plan psychosocial, d'état d'épuisement et de difficulté dans la concentration en lien avec son état anxio-dépressif.

En réponse à un questionnaire de l'OAI du 11 mars 2014, le Dr M._____ a expliqué qu'il ne connaissait aucun diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail, qu'il n'avait pas revu le patient depuis 2010 et qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle d'ordre strictement médical à sa connaissance.

Dans un avis du 24 juin 2014, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré qu'en l'absence de prise en charge spécialisée et au vu du caractère réactionnel des troubles dépressif et anxieux (souvent de bon pronostic) mentionnés tant par le

Dr M._____ que par les Drs J._____ et R._____, il concluait à la bonne évolution des troubles psychiques. Il retenait comme incapacité de travail totale la période du 15 septembre au 4 octobre 2010 comme attestée par le Dr M._____.

Aux termes d'un projet de décision du 1^{er} juillet 2014, confirmé par décision du 27 octobre 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, considérant que l'intéressé présentait une capacité de travail totale dans toute activité.

B. Le 26 janvier 2015, le Dr C._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, et Y._____, psychologue-psychothérapeute, ont demandé la réouverture du dossier de l'assuré, indiquant une chronicité de son problème psychique (dépression qui persistait) et l'apparition d'anxiété liés à une séparation difficile avec une importante problématique dans la définition de la garde des enfants.

L'intéressé a déposé une seconde demande de prestations du 10 février 2015 auprès de l'OAI, mentionnant une dépression.

Par rapport du 2 mars 2015, le Dr C._____ et Y._____ ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, d'anxiété généralisée et de phobie spécifique. Ils ont observé que l'assuré était fréquemment désorienté au niveau temporaire et spatial, que son corps semblait tendu et son visage marqué par la tristesse. Il souriait rarement lors des séances et il semblait se réjouir seulement en présence de ses filles. Il n'avait pas d'idées suicidaires, mais exprimait peu de motivation pour vivre. Il présentait des symptômes de paranoïa qui se traduisaient par son sentiment d'être victime de l'injustice du monde qui l'entourait. Il souffrait également d'hallucinations auditives de type psychotique. La symptomatologie anxieuse généralisée semblait s'exprimer plus spécifiquement au niveau d'une claustrophobie et des symptômes de phobie sociale. Une hypersensibilité au stress était aussi remarquée. Le Dr C._____ et Y._____ estimaient que l'incapacité de travail était totale. Ils ont précisé que l'assuré affirmait avoir eu ses

premiers symptômes anxio-dépressifs en 2003. Selon lui, ses symptômes s'étaient aggravés au fil des années avec des courtes périodes d'amélioration. Depuis le début de sa consultation auprès du Dr C._____ et Y._____ en août 2014, une légère amélioration avait été remarquée, mais l'intéressé était toujours sévèrement handicapé par la maladie.

Aux termes d'un rapport du 12 octobre 2015, le Dr C._____ et Y._____ ont confirmé leurs diagnostics. Ils ont ajouté que l'assuré était resté stable, à part une diminution des angoisses et de la tristesse lors des séances et ensuite de leurs rencontres. Les symptômes anxio-dépressifs et psychotiques continuaient à être présents comme décrits dans leur précédent rapport. Ils ont ajouté que depuis 2011, soit depuis l'arrêt par l'intéressé de son activité, l'incapacité de travail de ce dernier était totale.

Le Dr C._____ et Y._____ ont maintenu leur appréciation dans un rapport du 12 mai 2016, en détaillant plus amplement l'évolution de l'état de santé de l'intéressé. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont précisé en outre que l'assuré relatait des maux de têtes et des difficultés respiratoires. Au niveau psychique, il présentait une symptomatologie anxio-dépressive importante accompagnée de fatigabilité et de sensibilité au stress. Il semblait avoir des limitations au niveau de relations sociales. Il supportait difficilement autrui, spécialement s'il se trouvait en groupe. Il était également limité par sa tolérance pour rester dans un endroit fermé.

Le 1^{er} décembre 2016, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, a considéré qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

L'OAI a mis en œuvre cette expertise. Par rapport du 27 décembre 2017 d'expertise médicale psychiatrique des 28, 29 novembre et 12 décembre 2017, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et A._____, psychologue, ont apprécié la situation de l'assuré notamment comme suit (*sic*) :

« [...] »

A.4 DIAGNOSTICS

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail

Nihil.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

F34.1 Dysthymie depuis 2013 au présent.

Z73.1 Traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, actuellement non décompensés.

B. QUESTIONS SPECIFIQUES SMR

B.1 ATTEINTE À LA SANTÉ

B.1.1 Manifestation et gravité des constats objectifs

Selon l'anamnèse, l'examen clinique réalisé au moment de l'expertise et du dossier médical en possession de l'expert, on retient une dysthymie F34.1 évoluant avec des hauts et des bas depuis 2013 au présent dans un contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif Z73.1 et de déconditionnement avec une recherche de bénéfices secondaires.

Au moment de l'expertise et ce depuis 2013 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques minimales subjectives, dans le sens de troubles de la concentration subjectifs, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, d'une tristesse ponctuelle et fluctuante à la limite de la norme, d'une impulsivité, d'une faible résistance au stress et à la frustration, avec une instabilité émotionnelle, sans anhédonie, sans aboulie et sans isolement social.

Nous ne retenons pas un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques comme le psychiatre traitant, mais une dysthymie **selon les critères diagnostiques de la CIM-10**, chez un assuré qui ne présente pas d'anhédonie, pas d'aboulie, pas de symptômes psychotiques ni selon l'anamnèse, ni observables à l'examen clinique (pas de délire, pas d'hallucinations, pas de symptômes psychotiques négatifs). **De plus, la journée type** de l'assuré plaide clairement non seulement contre un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques, mais aussi contre l'existence de toute limitation fonctionnelle significative en lien avec un éventuel trouble psychiatrique : il se réveille, puis il boit un café avant de s'occuper des tâches ménagères et des courses, tout en conduisant la voiture sans aucune difficulté. Il occupe le reste de son temps à lire les articles du « 20 minutes » et l'actualité sur internet, à regarder la télévision (séries télévisées) et à consulter sa boîte e-mail. Il décrit également beaucoup jouer aux cartes (solitaire), partir en promenade seul ou avec des amis, s'occuper quotidiennement et adéquatement de sa fille qu'il emmène au parc

et parfois à l'école et avec qui il joue au puzzle. Sur le plan social, l'assuré voit régulièrement sa famille et ses amis pour partager un repas ou pour discuter et il partage des bons moments au quotidien avec son épouse qui est d'une décennie sa cadette. A noter que l'assuré est parti en vacances au [...] pendant trois semaines en 2017, durant la période estivale et il envisage d'y retourner pour les fêtes de fin d'année en vacances. **La prise en charge proposée** plaide aussi clairement contre l'existence d'un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques, sans hospitalisation en psychiatrie, avec des rendez-vous avec son psychiatre tous les deux mois, sans un traitement antipsychotique à des taux sanguins ayant prouvé une efficacité supérieure au placebo et avec une compliance fluctuante au traitement antidépresseur selon l'assuré et selon son médecin traitant. Le fait que l'assuré n'a pas nécessité une prise en charge plus intense dans le passé plaide contre l'existence d'une aggravation existante selon le psychiatre traitant, mais pas confirmée par l'assuré qui ne fait par ailleurs mention d'aucun symptôme psychotique. Il explique prendre l'olanzapine plutôt en si besoin pour des moments de colère ponctuelle et qu'il n'aurait jamais bénéficié d'une prise en charge spécifique pour des troubles psychotiques.

Les Critères de gravité des Episodes dépressifs selon la nouvelle jurisprudence 30.11.2017 ne sont pas remplis.

Nous analysons ci-dessous les indicateurs de la nouvelle jurisprudence :

1. Degré de gravité fonctionnelle

Depuis l'installation de la dysthymie en 2013 au présent **on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques peu importantes**, dans le sens d'une fragilité psychique persistante, d'une faible résistance au stress, de troubles de la concentration subjectifs d'une fatigue sans ralentissement psychomoteur, sans isolement social, chez un assuré qui gère son quotidien sans difficultés, fait le ménage et les courses, part régulièrement en vacances et qui conduit la voiture et lit sans difficultés de concentration.

Cet indice est absent d'un point de vue psychiatrique de 2013 au présent.

2. Atteinte à la santé

Tenant compte de l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise et du dossier médical disponible, nous retenons **une dysthymie F34.1** dans le contexte de **traits de la personnalité émotionnellement labile Z73.1**, actuellement non décompensés.

Dans l'absence d'un épisode dépressif caractérisé ou autre trouble psychique incapacitant, cet indice de gravité est absent depuis 2013 au présent.

3. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de l'ICD-10 sont remplis pour une dysthymie F34.1 depuis 2013 au présent et sans limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique depuis 2013 au présent.

4. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objectivons une évolution globalement stationnaire, avec un traitement adéquat pour une dysthymie. La motivation pour une réadaptation professionnelle est nulle.

5. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques sont des traits de la personnalité émotionnellement labile non décompensés, donc des troubles qui n'entraînent pas de limitations fonctionnelles significatives, car ils n'ont pas empêché une activité professionnelle dans le passé.

6. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

L'assuré présente des traits de la personnalité émotionnellement labile, sans répercussion directe sur la capacité de travail, car l'assuré a pu travailler dans le passé à 100%, malgré l'existence de ces traits de la personnalité. Il dispose des ressources personnelles lui permettant de réaliser les tâches ménagères et avoir des contacts sociaux adéquats, tout en conduisant la voiture sans difficultés.

7. Contexte social

Au moment de l'expertise l'assuré garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car il arrive à garder des bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et avec des amis.

8. Cohérence

Nous avons objectivé une exagération consciente des troubles et il existe une mauvaise cohérence entre les plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue subjective et le constat objectif, s'inscrivant dans un contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile avec recherche active de bénéfices secondaires dans le sens d'une rente AI.

9. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise l'assuré garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car il arrive à regarder la télévision, à participer aux activités ménagères, à avoir des contacts sociaux adéquats, à conduire la voiture, à s'occuper des enfants, à partir en vacances, etc. Nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme et significative depuis 2013 au présent.

10. Poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assuré présente une motivation nulle pour une reprise professionnelle dans le contexte d'une recherche active de bénéfices secondaires avec un traitement adéquat pour une dysthymie.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour un éventuel trouble dépressif persistant ne sont pas remplis depuis juin 2013 au présent.

B.1.2 Constatation relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé

Voir réponse précédente B.1.1, et status clinique Chapitre A.3.

B.1.3 Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que le chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)

Voir réponse précédente B.1.1.

En plus des troubles psychiques susmentionnés, nous retenons des facteurs étrangers à l'invalidité qui limitent une reprise professionnelle à 100%, tels que des autolimitations, un déconditionnement et des avantages secondaires, l'assuré préférant passer du temps à s'occuper adéquatement de ses enfants plutôt que chercher un emploi.

B.1.4 Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur.

Il y a une exagération consciente (décalage entre les activités possibles de la journée type et les plaintes avec la demande clairement formulée comme plainte principale d'obtenir une rente AI à 100%) et inconsciente, dans le contexte de traits de la personnalité émotionnellement la bile de type impulsif.

B.1.5 En cas de maladie addictive, examen de la question de savoir si un trouble préalable ayant valeur de maladie grave à conduire syndrome de dépendance.

Il n'y a pas de toxicodépendance.

B.1.6 Le syndrome de dépendance a-t-il entraîné un trouble irréversible ?

Non, car nous ne retenons pas de toxicodépendance.

B.1.7 Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assuré et de son évolution

Dans ce cas, de longue date, l'assuré ne présente pas des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permet d'exclure un trouble de la personnalité.

Toutefois, il présente des traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif qui peuvent décompenser ponctuellement. Ces traits de la personnalité présente depuis l'âge de 18 ans n'ont pas empêché l'assuré de travailler à 100% dans le passé.

Nous n'objectivons aucun trouble grave de la personnalité chez un assuré qui a pu travailler sans limitations à 100% dans le passé. De plus, il s'agit d'un assuré qui gère son quotidien sans difficultés, part en vacances en famille, s'occupe adéquatement de ses enfants, a pu retrouver une troisième compagne et fonder une deuxième famille sans difficultés, partage des moments de bonheur au quotidien avec son épouse et avec quelques amis, ce qui plaide clairement contre un trouble de la personnalité grave ou contre un épisode dépressif avec des symptômes psychotiques.

B.1.8 Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assuré et sur les ressources personnelles dont il dispose.

Voir Chapitre A.3 et le point B.1.1.

L'assuré garde **actuellement** de bonnes capacités et ressources personnelles, car il arrive à lire, à faire des tâches ménagères, à conserver des liens sociaux, à gérer son quotidien, à conduire la voiture, etc.

B.2 CONTEXTE SOCIAL

B.2.1 Anamnèse conforme aux directives et menée par l'ensemble des experts impliqués

Voir Chapitre A.1

B.2.2 Descriptions détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assuré

Voir Chapitre A.2

B.2.3 Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par exemple à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage

Voir Chapitre A.2.

L'assuré garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car il arrive à lire, à faire des tâches ménagères, à conserver des liens sociaux, à gérer son quotidien, à partir en vacances, à conduire la voiture, etc.

B.2.4 Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par exemple chômage ou autre situation de vie précaire, directement à l'origine de problèmes fonctionnels

Voir Chapitre A.1.

En plus des troubles psychiques susmentionnés, nous retenons des facteurs étrangers à l'invalidité qui limitent une reprise professionnelle, tels que le désir de l'assuré de s'occuper de ses enfants, plutôt que chercher activement un emploi. Ces facteurs sont aggravés par des autolimitations.

B.2.5 Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.)

L'assuré est soutenu par plusieurs membres de sa famille selon l'anamnèse et par plusieurs amis.

L'intéressé est au bénéfice d'une prise en charge auprès de son psychiatre et avec une compliance optimale au traitement antidépresseur de duloxétine au moment de l'expertise, mais pas dans le passé selon ses dires.

Actuellement l'assuré présente une motivation nulle pour travailler à 100%, une motivation ambivalente pour un traitement antidépresseur et pour un suivi psychiatrique.

B.3 DIAGNOSTICS

B.3.1 Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

Voir Chapitre A.4

B.3.2 Diagnostic n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

Voir Chapitre A.4

B.3.3 Interactions des diagnostics : Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis et ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines et appréciations de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts

Les traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif ont favorisé la mise en place d'une dysthymie évoluant avec des hauts et des bas depuis 2013 jusqu'au présent selon l'anamnèse.

B.4 TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

B.4.1 La thérapie suivie jusqu'à présent été conduit dans les règles de l'art (nature est ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

Oui, dans la présence d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychiatrique.

B.4.2 Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées

Voir Chapitre A.1 et point B.4.1.

B.4.3 Déclaration fondée sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assuré

D'un point de vue psychiatrique, la situation pourrait être améliorée suite à **la continuation du traitement actuel avec une psychothérapie ciblant les avantages primaires et secondaires et les autolimitations.**

B.4.4 Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès

La coopération de l'assuré semble nulle actuellement pour une réadaptation professionnelle, dans le contexte d'autolimitations.

B.4.5 Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépend-il du tableau clinique de l'assuré ?

Non, pas pour des raisons psychiatriques, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives.

B.4.6 Dans quelle mesure ?

La question tombe.

B.4.7 Considérations fondées relatives au caractère raisonnable exigible des mesures de réadaptation

Des mesures de **réadaptation professionnelles** sont envisageables actuellement dans toute activité adaptée au niveau d'acquisition et au status somatique **à hauteur de 100% sans une baisse de rendement en raison d'une dysthymie.**

Les mesures de réadaptation n'apparaissent pas comme nécessaires d'un point de vue psychiatrique, le dernier emploi étant adapté d'un point de vue psychiatrique.

B.5 COHÉRENCE

B.5.1 Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités

médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assuré

Nous retenons des discordances entre le tableau clinique observé au moment de l'expertise et les plaintes de l'assuré, le décalage existant entre les plaintes subjectives et le constat objectif au niveau des troubles de la concentration et de la fatigue étant en lien probablement avec des traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et avec une recherche active de bénéfices secondaires.

Selon l'anamnèse, l'examen clinique réalisé au moment de l'expertise et du dossier médical en possession de l'expert, on retient une dysthymie F34.1 évoluant avec des hauts et des bas depuis 2013 au présent dans un contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif Z73.1 et de déconditionnement avec une recherche de bénéfices secondaires.

Nous ne retenons pas un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques comme le psychiatre traitant, mais une dysthymie selon les critères diagnostiques de la CIM-10, chez un assuré qui ne présente pas d'anhédonie, pas d'aboulie, pas de symptômes psychotiques ni selon l'anamnèse, ni observables à l'examen clinique (pas de délire, pas d'hallucinations, pas de symptômes psychotiques négatifs). De plus, la journée type de l'assuré plaide clairement non seulement contre un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques, mais aussi contre l'existence de toute limitation fonctionnelle significative en lien avec un éventuel trouble psychiatrique : il se réveille, puis il boit un café avant de s'occuper des tâches ménagères et des courses, tout en conduisant la voiture sans aucune difficulté. Il occupe le reste de son temps à lire du « 20 minutes » et l'actualité sur internet, à regarder la télévision (séries télévisées) et à consulter sa boîte e-mail. Il décrit également beaucoup jouer aux cartes (solitaire), partir en promenade seul ou avec des amis, s'occuper quotidiennement et adéquatement de sa fille qu'il emmène au parc et parfois à l'école et avec qui il joue au puzzle. Sur le plan social, l'assuré voit régulièrement sa famille et ses amis pour partager un repas ou pour discuter et il partage des bons moments au quotidien avec son épouse qui est d'une décennie sa cadette. A noter que l'assuré est parti en vacances au [...] pendant trois semaines en 2017, durant la période estivale et il envisage d'y retourner pour les fêtes de fin d'année en vacances. La prise en charge proposée plaide aussi clairement contre l'existence d'un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques, sans hospitalisation en psychiatrie, avec des rendez-vous avec son psychiatre tous les deux mois, sans un traitement antipsychotique à des taux sanguins ayant prouvé une efficacité supérieure au placebo et avec une compliance fluctuante au traitement antidépresseur selon l'assuré et selon son médecin traitant. Le fait que l'assuré n'a pas nécessité une prise en charge plus intense dans le passé plaide contre l'existence d'une aggravation existante selon le psychiatre traitant, mais pas confirmée par l'assuré qui ne fait par ailleurs mention d'aucun symptôme psychotique. Il explique prendre de l'olanzapine plutôt en si besoin pour des moments de colère ponctuelle et qu'il n'aurait jamais bénéficié d'une prise en charge spécifique pour des troubles psychotiques.

B.5.2 Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)

Au moment de l'expertise et depuis 2013 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques minimales subjectives, dans le sens de troubles de la concentration subjectifs, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, d'une tristesse ponctuelle et fluctuante à la limite de la norme, d'une impulsivité, d'une faible résistance au stress et à la frustration, avec une instabilité émotionnelle, sans anhédonie, sans aboulie et sans isolement social.

Depuis l'installation de la dysthymie en 2013 et jusqu'à présent, nous ne retenons pas des limitations fonctionnelles significatives.

Au moment de l'expertise l'assuré garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car il arrive à lire, à faire des tâches ménagères, à conserver des liens sociaux, à gérer seul son quotidien, à conduire la voiture, etc.

B.5.3 Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé

Voir point B.1.1.

B.5.4 Évaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques

La continuation de la thérapie actuelle pourra peut-être améliorer la situation psychique et diminuer le risque d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé, surtout si la question des avantages secondaires et primaires et des autolimitations sera abordée davantage.

B.5.5 Analyse permettant de savoir si l'assuré présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie.

L'assuré n'a pas d'inaptitude à suivre une thérapie et à prendre des médicaments en raison de sa maladie.

B.6 CAPACITÉ DE TRAVAIL

B.6.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Tenant compte de l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise et du dossier médical disponible, nous retenons une dysthymie depuis 2013, évoluant avec des hauts et des bas.

Au moment de l'expertise et ce depuis 2013 au présent, on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives cliniquement, dans le sens d'une tristesse fluctuante peu importante, de troubles de la

concentration subjectifs, d'une fatigue sans ralentissement psychomoteur, d'un isolement social partiel, d'une intolérance à la frustration avec impulsivité, dans un contexte d'autolimitations et de déconditionnement.

Tenant compte de limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail **clinique est de 100% sans baisse de rendement** dans une activité adaptée au niveau d'acquisition depuis 2013 au présent. La dernière activité est une activité adaptée d'un point de vue psychiatrique.

Une aide au placement professionnel pourra diminuer le risque d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé et la situation n'étant pas stabilisée, elle devra être réévaluée dans une année.

B.6.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Voir point précédent, B.6.1.

Une capacité de travail de 100% sans baisse de rendement est à retenir d'un point de vue psychiatrique dans toute activité adaptée au niveau d'acquisition. »

Par projet de décision du 8 janvier 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations du 10 février 2015, considérant que ce dernier présentait une capacité de travail totale dans toute activité.

Le 29 janvier 2018, le Dr C._____ et Y._____ ont indiqué que l'assuré s'opposait au projet de décision susmentionné.

Aux termes d'un rapport du 16 février 2018, le Dr C._____ et Y._____ ont contesté certains points du rapport d'expertise du 27 décembre 2017. Ils ont précisé que l'intéressé était suivi dans leur cabinet à raison de deux fois par mois. Cette fréquence bimensuelle avait été fixée compte tenu des symptômes d'anxiété observés chez l'assuré lors de ces séances. Ils ont en outre exprimé être surpris que le diagnostic d'anxiété n'ait pas été retenu, alors qu'il l'avait été par plusieurs médecins avant dite expertise. Ils ont ajouté que l'assureur maladie de l'intéressé avait accepté de prendre en charge un suivi spécialisé en traumatologie afin de travailler sur ses symptômes de claustrophobie. Ce suivi avait été mis en pause, car la thérapeute avait jugé l'assuré encore trop méfiant et

fragile pour en traiter. Le Dr C._____ et Y._____ ont relevé que l'intéressé décrivait encore des symptômes anxio-dépressifs, qui n'étaient pas mentionnés dans l'expertise, tels qu'un sommeil perturbé par des réveils fréquents et/ou des cauchemars, des maux de tête, de la tristesse, une attitude pessimiste à propos de la vie, ceci en plus des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration, de l'impression « d'avoir la tête ailleurs ». L'assuré continuait à décrire des problèmes respiratoires qui perturbaient la qualité de son sommeil. Le Dr C._____ et Y._____ étaient enfin surpris du fait que l'examen clinique de l'expertise n'évoquait pas les symptômes psychotiques, comme des hallucinations auditives, l'intéressé entendant des voix féminines non-identifiées qui parlaient toutes en même temps. Il n'arrivait pas à déchiffrer leurs paroles, mais le bruit était perturbant et induisait des nausées.

Le 2 mai 2018, l'assuré a confirmé contester le projet de décision du 8 janvier 2018.

Le 15 juin 2018, la Dre Z._____, médecin praticien, a certifié que l'intéressé souffrait de façon quotidienne de douleurs aux deux mains ensuite de sa pathologie arthrosique.

Aux termes d'un avis du 2 août 2018, le Dr D._____ a estimé que l'état psychique de l'assuré avait été examiné de façon complète et détaillée par l'expert-psychiatre et qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de s'écarter de ses conclusions, malgré une appréciation différente du psychiatre traitant.

Par décision du 7 mai 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 janvier 2018.

C. Par acte du 5 juin 2019, U._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant, principalement, à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente invalidité et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour mise en œuvre d'une

nouvelle expertise psychiatrique. En substance, il a fait valoir ne pas être en mesure de travailler depuis 2003 en raison d'une dépression, d'anxiété et de claustrophobie présentes depuis plusieurs années, ainsi que de problèmes d'arthrose aux deux mains qui lui procuraient des douleurs quotidiennes. Il considérait que la décision litigieuse était en contradiction avec les observations de son médecin psychiatre, se référant en particulier au rapport du 16 février 2018 du Dr C._____ et Y._____.

Dans une décision du 6 juin 2019, la juge instructrice a accordé à l'intéressé le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 juin 2019, consistant en l'exonération d'avances et de frais judiciaires.

Le 8 juillet 2019, l'intimé a répondu et considéré que le dossier ne permettait d'objectiver aucune nouvelle atteinte, se référant pour l'essentiel à un avis du 2 juillet 2019, par lequel le Dr D._____, médecin auprès du SMR, a indiqué que, sur le plan psychiatrique, il n'avait pas d'éléments médicaux nouveaux. Sur le plan physique, les rapports médicaux en cours d'établissement depuis mai 2018 ne lui avaient toujours pas été transmis, ne permettant ainsi pas d'objectiver une éventuelle nouvelle atteinte. Celle-ci pourrait le cas échéant être évaluée dans le cadre d'une nouvelle demande dès que les médecins traitants du recourant auraient été en mesure de l'objectiver.

Aux termes d'un rapport du 3 septembre 2019, le Dr C._____ et Y._____ ont confirmé leur appréciation et détaillé les symptômes observés, expliquant notamment qu'ils observaient peu de progrès depuis leurs derniers rapports. L'état anxio-dépressif semblait avoir légèrement évolué.

Par réplique du 13 septembre 2019, l'intéressé a précisé sa conclusion subsidiaire, en ce sens qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire soit mise en œuvre en tenant compte des observations sur le plan psychologique et de ses problèmes rhumatologiques et respiratoires. A l'appui de sa position, il a produit un rapport du 4 septembre 2019, par lequel le Dr Z._____ a certifié que le recourant

présentait des algies multiples l'invalisant au quotidien, en précisant ce qui suit (*sic*) :

« Une radiographie des mains réalisée en février 2018 retrouve de l'arthrose correspondant aux douleurs développées les mois précédents par le patient. A ce jour, il présente régulièrement des douleurs d'horaires inflammatoire des deux mains, avec difficulté de réaliser des mouvements de dextérité fine.

Je constate, que depuis 2017, une fragilité respiratoire, avec bronchites virales récidivantes l'hiver.

Par ailleurs, on relève chez ce patient une asthénie chronique, en lien, à mon avis à son état psychique, ne retrouvant pas d'explication somatique à cette asthénie constante. Il est suivi par le Docteur C._____, psychiatre à [...], également à ce sujet.

Lors des consultations, l'état de fatigue, et le manque d'élan vital, me semble être un obstacle à sa capacité de recherche d'emploi, mais également à la capacité de travailler. Il manifeste des difficultés de concentration, il me paraît plus adapté de lui proposer des ateliers thérapeutiques dans un premier temps, afin d'évaluer sa capacité réelle de travail. »

Aux termes d'une duplique du 3 octobre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant pour l'essentiel à un avis du 25 septembre 2019, par lequel le Dr D._____ a indiqué que, sur le plan psychiatrique, il n'avait pas d'éléments médicaux nouveaux. Sur le plan physique, aucun document médical ultérieur à février 2018 ne lui avait été transmis. Les lésions modérées ne permettaient pas d'expliquer les conséquences fonctionnelles rapportées, ne correspondaient à aucun status clinique pathologique (déformation, signes inflammatoires, ...) et ne nécessitaient pas de prise en charge ou de traitement spécialisés. Le cas échéant, une évolution arthrosique résistante aux traitements, notamment antalgiques, pourrait être évaluée dans le cadre d'une nouvelle demande. L'intimé a également produit le rapport du 2 février 2018 de radiographie des mains face et en oblique du 1^{er} février 2018 du Dr E._____, spécialiste en radiologie.

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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à

influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). 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 objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) 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).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de 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).

5. 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).

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).

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 asséculo-logique. 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).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations du recourant par la décision litigieuse du 7 mai 2019, au motif que celui-ci présentait une pleine capacité de travail dans toute activité. L'intéressé conteste cette appréciation.

Il y a lieu de relever que l'intimé avait rendu une première décision le 27 octobre 2014, par laquelle il avait déjà rejeté une première demande de prestations pour la même raison. Partant, se pose la question de la péjoration du degré d'invalidité de l'intéressé depuis cette décision du 27 octobre 2014 (cf. consid. 3c *supra*), à savoir en particulier et notamment si celui-ci présente désormais une incapacité de travail (cf. art. 28 al. 1 LAI).

a) Au plan somatique, force est de constater que les atteintes rapportées sont modérées, ainsi que l'a relevé le Dr D. _____ du SMR (cf. avis du 3 octobre 2019). S'agissant des mains, le Dr E. _____ a en effet décrit, sur radiographies, « des modifications arthrosiques modérées » (cf. rapport du 2 février 2018). Le Dr Z. _____ n'a d'ailleurs pas indiqué que cette arthrose, à l'instar de la fragilité respiratoire mentionnée, pourrait entraîner une incapacité de travail pour le recourant dans son activité habituelle de technicien en stérilisation, ce qui paraît en l'état peu probable. Il s'est en effet contenté d'évoquer une difficulté à réaliser des mouvements de dextérité fine (cf. rapport du 13 septembre 2019). Quant aux autres atteintes indiquées par ce médecin, elles relèvent, ainsi qu'il l'a admis, de la sphère psychiatrique et non psychologique.

Il convient dès lors de suivre l'avis du SMR du 3 octobre 2019 en ce sens que les atteintes somatiques modérées ne permettent pas de justifier les plaintes du recourant ou le fait qu'en découlerait une incapacité de travail. Si les douleurs arthrosiques devaient s'aggraver, résister à des traitements antalgiques et devenir incapacitantes, l'intéressé pourrait déposer une nouvelle demande de prestations. En

l'état, il est retenu qu'au plan physique, le recourant présente une pleine capacité de travail, notamment dans son activité habituelle.

b/i) Au plan psychiatrique, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie, et A._____, psychologue, ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie et de traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, actuellement non décompensés (cf. rapport d'expertise du 27 décembre 2017). Le recourant présentait ainsi une capacité de travail pleine dans toute activité. Celui-ci conteste cependant la valeur probante de cette expertise.

Il convient toutefois de relever que ledit rapport d'expertise n'apparaît en soi pas critiquable. Ce document porte sur 46 pages et les experts ont posé les diagnostics au terme d'un processus respectant les règles de l'art (cf. consid. 4b *supra*). La capacité de travail a en outre été examinée au moyen du catalogue d'indicateurs retenu par le Tribunal fédéral (cf. consid. 4c *supra*). En effet, le rapport d'expertise 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 du traitement et de l'effet des comorbidités. Le Dr X._____ et A._____ ont également procédé à un examen de la personnalité du recourant, de son contexte social et 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.

En outre, la lecture du rapport d'expertise du 27 décembre 2017 permet de constater que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que ledit rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend en considération les plaintes exprimées par le recourant, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont bien motivées (cf. consid. 5 *surpa*). En l'état et intrinsèquement, une valeur probante ne saurait être déniée à ce rapport d'expertise.

ii) Les griefs du recourant quant à cette expertise correspondent à ceux formulés par le Dr C._____ et Y._____. Leur position ne saurait cependant remettre en cause ce qui précède. En effet, ils ont indiqué s'étonner de ne pas retrouver des symptômes anxio-dépressifs, psychotiques, ou encore claustrophobiques. Ils ont précisé être surpris que le diagnostic d'anxiété, qui ressortait de rapports de plusieurs médecins, n'ait pas été retenu. Or, à cet égard, il y a lieu de retenir que les éléments avancés par le Dr C._____ et Y._____ ont précisément été appréciés, cliniquement et sur dossier, par le Dr X._____ et A._____ et, cas échéant, n'ont pas été retenus. En définitive, le seul fait objectif que les experts semblent avoir mal apprécié est la fréquence de consultation par le recourant de son psychiatre traitant, soit une fois tous les deux mois retenu dans l'expertise et une fois toutes les deux semaines selon le Dr C._____ et Y._____. Ce point peut cependant demeurer indécis. En effet, cet élément ne saurait être considéré comme déterminant au sein de l'appréciation des experts, et partant susceptible de remettre en cause leurs conclusions. Ces dernières sont fondées sur une motivation détaillée et fournie. Au surplus, on relèvera qu'une consultation toutes les deux semaines ne constitue également pas un suivi intense propre à justifier les diagnostics retenus par le Dr C._____ et Y._____.

c) En définitive, une pleine valeur probante doit être reconnue au rapport d'expertise psychiatrique, comme notamment à l'avis du 3 octobre 2019 du Dr D._____. Le recourant n'amène aucun élément objectif susceptible de jeter le doute sur les conclusions contenues dans ces rapports. Dès lors, l'intimé était légitimé à considérer que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail et ainsi à refuser de lui allouer une rente d'invalidité. Par conséquent, aucun changement important des circonstances n'était propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à la rente, de sorte que la décision du 27 octobre 2014 ne devait effectivement pas être révisée (cf. consid. 3c *supra*).

7. Dans sa réplique, l'intéressé a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en tenant compte des observations sur le plan psychologique et de ses problèmes rhumatologiques et respiratoires. Il convient de rejeter cette requête dès lors que les pièces au dossier permettent de statuer en connaissance de cause et que le document requis ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, de poser d'autres constatations relatives à l'état de fait pertinent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 mai 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** 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 de justice mis à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- U. _____,
- 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).

Le greffier :