

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 novembre 2020

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Métral, juge et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à [...], intimé.

---

**Art. 6 ss et 17 al. 1 LPGA ; art. 8 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.**           **a)** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], célibataire, sans enfant, est entré en Suisse en 1993. Selon l'extrait de son compte individuel, il a travaillé depuis le mois de juillet 1994, d'abord pour le compte de [...] SA, puis pour le restaurant [...]; il a ensuite travaillé auprès d'[...], J.\_\_\_\_\_ SA, [...] SA, [...], [...] SA, puis à nouveau pour J.\_\_\_\_\_ SA, jusqu'en décembre 2009. Ces emplois successifs ont été entrecoupés de périodes de chômage.

Le 17 août 2010, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en mentionnant un état anxio-dépressif réactionnel, des condylomes acuminés, ainsi qu'un lombago aigu sur ancienne fracture L1, avec une incapacité totale de travail à compter du 30 décembre 2009.

Sur mandat de [...], assureur perte de gain, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en neurologie. Dans son rapport du 6 octobre 2010, faisant suite à son examen du 5 octobre 2010, ce spécialiste n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail ; sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé ceux de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et de personnalité avec des traits émotionnellement immatures et dépendants. Il a précisé que tous les symptômes présentés par l'assuré s'étaient manifestés dans le contexte de soucis par rapport à des problèmes somatiques objectivables. Au jour de l'expertise, l'état psychique de l'intéressé était encore marqué par une symptomatologie anxio-dépressive d'une intensité plutôt légère, celui-ci se plaignant encore d'une certaine tension interne, d'une baisse de l'humeur, ainsi que de troubles du sommeil et de quelques problèmes de concentration. L'expert a relevé que l'assuré restait toutefois facilement abordable, qu'il n'y avait aucun ralentissement psychomoteur et que le rapport affectif était facile à obtenir. Il en découlait que

l'intéressé serait capable, du point de vue purement psychiatrique, en mobilisant toute sa bonne volonté et en mettant des priorités, de reprendre une activité professionnelle correspondant à son âge, à sa formation et à ses limitations physiques, l'attestation d'une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques n'étant pas justifiée.

Le Dr R. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a résumé en ces termes la situation de l'assuré dans un rapport du 4 janvier 2012, à l'issue de l'instruction de la première demande de prestations :

« Assuré de 43 ans, d'origine [...], en Suisse depuis septembre 1993, célibataire, exerçant la fonction d'aide monteur en cheminée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2009 en incapacité totale de travail dès le 30 novembre 2009 (contrat résilié le 30 novembre 2010).

Il dépose une demande en août 2010. Il a présenté un lumbago aigu le 30 novembre 2009, avec reprise d'une capacité de travail à 50% le 12 janvier 2010, rechute le 1<sup>er</sup> février, en incapacité de travail persi[s]tante depuis cette date. En raison de la persistance de son incapacité de travail, l'assuré subit une expertise médicale pour l'assurance perte de gain par le Dr [...], rhumatologue FMH le 25 août 2010 et le Dr X. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, le 5 octobre 2010. Sur le plan rhumatologique, l'expert retient une pleine capacité de travail dès le mois d'août 2010, les douleurs musculo-squelettiques ayant complètement disparu et l'assuré ne présentant aucune limitation fonctionnelle rhumatologique.

L'expert psychiatre retient un trouble anxieux et dépressif mixte sur personnalité avec des traits émotionnellement immatures et dépendants, sans répercussion sur la capacité de travail. Il ne retient aucune incapacité de travail d'origine psychiatrique. La symptomatologie anxio-dépressive de l'assuré est d'intensité légère, purement réactionnelle existant depuis plusieurs années et n'ayant jamais empêché l'assuré de travailler.

Il était fait mention dans le dossier de condylomes anaux douloureux pour lesquels on manquait d'informations. On a réinterrogé le spécialiste en charge, le Dr [...], chef de clinique en chirurgie viscérale. L'assuré a été hospitalisé une journée le 29 octobre 2010 pour des condylomes acuminés de la sphère anale dont le spécialiste nous confirme qu'ils n'ont aucun effet sur la capacité de travail. A l'occasion d'une IRM il a été découvert de façon fortuite un anévrisme de l'artère carotide interne gauche en 2010. On a interrogé le service de neurochirurgie concernant ce problème. Dans un rapport médical du 14 novembre 2011, la Dresse [...], cheffe de clinique de neurochirurgie nous informe que dans son activité d'aide monteur, l'activité est pleinement exigible sans limitation fonctionnelle.

**En conclusion**, il s'agit donc d'un assuré jeune qui a présenté à l'occasion d'un effort un lumbago aigu qui s'est prolongé, entraînant une incapacité de travail du 30 novembre 2009 au 31 juillet 2010. La récupération sur ce plan a été totale, dès août 2010. Les autres

problèmes allégués par les soignants ont été confirmés comme sans atteinte sur la capacité de travail de l'assuré, à part un jour d'hospitalisation le 29 octobre 2010 pour une intervention proctologique. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle chez cet assuré » .

Dans un rapport du 13 août 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué que l'examen neurologique était dans la norme.

Poursuivant l'instruction de la demande, l'OAI a confié à la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la réalisation d'un examen clinique psychiatrique au SMR. Dans son rapport du 13 mai 2014, faisant suite à un examen de l'assuré du 10 octobre 2013, cette spécialiste n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, elle a posé celui de trouble dissociatif (F44.9). Elle a, pour le surplus, observé ce qui suit :

« [...] L'assuré consulte la Dresse T.\_\_\_\_\_ depuis la fin du mois de décembre 2012 jusqu'à maintenant. Ce psychiatre a retenu comme diagnostics incapacitants un trouble dissociatif sans précision (F44.9), un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger (F33.0) et un status post-fracture-tassement L1.

A l'examen de ce jour, l'assuré montre une mimique qui ne s'anime jamais. Il parle extrêmement peu. Il s'exprime peu sur ses craintes à propos de sa santé physique, ses condylomes anaux qui ont été opérés ainsi que ses problèmes rénaux. A ce dernier sujet, il faut rappeler qu'un de ses frères est décédé d'une problématique rénale.

L'assuré présente des troubles anxieux mais dont le niveau ne relève pas d'un état d'anxiété généralisée.

Il présente des symptômes de la lignée dépressive dont l'intensité ne relève pas d'un trouble dépressif majeur.

En cours d'examen, l'assuré a présenté des absences durant plusieurs secondes. Ces absences ont été investiguées au Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_, une consultation neurologique et un EEG [réd : Electroencéphalogramme] réalisé à cette occasion se sont avérés dans les normes. Ces épisodes d'absence correspondent selon l'anamnèse du patient et selon le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, à des épisodes dissociatifs. Le diagnostic de trouble dissociatif peut donc être posé.

En présence d'un trouble dissociatif, il est nécessaire d'en envisager les critères de sévérité.

Il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste comme nous venons de le voir.

L'éventuelle comorbidité somatique a été évaluée par le Docteur C. \_\_\_\_\_ dans son rapport en date du 17 mars 2014. Pour le médecin expert, il n'existe aucune comorbidité avec caractère incapacitant. Il n'y a donc aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue physique et l'activité habituelle peut être menée sans restriction, la capacité de travail résiduelle est de 100%.

L'assurée présente une perte d'intégration professionnelle et sociale mais pas totale dans toutes les manifestations de la vie. Il présente une perte d'intégration sociale personnelle puisqu'il vit seul dans son appartement avec très peu de contacts extérieurs. Il n'a plus aucun contact avec sa famille devant laquelle il a honte de se présenter parce qu'il pense que les membres de sa famille le considèrent comme fou. Il dit qu'il n'a pas d'amis. Par contre, l'assuré a des contacts humains réguliers dans l'atelier qu'il fréquente. L'assuré accomplit les différentes tâches de la vie quotidienne. Il se rend tous les jours à l'atelier.

L'assurée présente un état psychique cristallisé. Il présente très peu de ressources psychiques en relation avec un niveau intellectuel plutôt bas.

On ne peut pas considérer que le traitement est un échec puisque le psychiatre atteste qu'il y a une évolution positive depuis le début du traitement.

Dans ces conditions, le trouble dissociatif présenté n'a qu'un critère de gravité, pleinement rempli, à savoir le manque de ressources psychiques et un autre critère de gravité, partiellement rempli, à savoir la perte d'intégration sociale. Finalement, le trouble dissociatif présenté n'a pas tous les critères de gravité et il ne revêt donc pas de caractère incapacitant.

#### ***Limitations fonctionnelles***

En l'absence de diagnostic incapacitant, il n'existe pas de limitations fonctionnelles.

#### ***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?***

Il n'existe pas d'incapacité de travail.

#### ***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

Il n'existe pas d'incapacité de travail.

#### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

100% DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE ET DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE DEPUIS TOUJOURS ».

L'OAI a en outre mis en œuvre une expertise de médecine interne de l'assuré, qui s'est déroulée le 10 mars 2014. Dans son rapport du 17 mars 2014 à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité. Sans effet sur celle-

ci, il a posé les diagnostics de néphropathie à IgA (maladie de Berger) avec protéinurie non néphrotique, d'anévrisme intra-caverneux de l'artère carotide gauche, d'hypercholestérolémie non traitée, de thalassémie mineure, d'hémorroïdes de stade II, de status après cure de condylomes anaux en 2010 et de consolidation d'une fracture-tassement du plateau supérieur de L1 en 2003. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Il a en particulier relevé ce qui suit :

« L'examen clinique de ce jour ne met pas en évidence de syndrome lombo-vertébral ou de troubles statiques. La mobilité rachidienne est normale et V. \_\_\_\_\_ précise d'ailleurs qu'il n'a pas mal au dos.

Le reste de l'examen est sans grande particularité. Il est à noter la description d'une hypoesthésie sensitive diffuse de l'hémicorps gauche, semble-t-il, connue dès 2004 et confirmée en 2010 comme actuellement. L'examen neurologique s'inscrit cependant parfaitement dans la norme, sans argument en faveur d'une atteinte centrale ou périphérique.

Par ailleurs, il n'est pas constaté d'œdème (malgré la protéinurie). Il est normo-tendu à 116/70 mmHg.

Au total, et sur le plan somatique, il n'est pas relevé de limitations fonctionnelles. Les malaises annoncés, à type de fatigue du dos et de trouble de la concentration, ne reçoivent pas de substrat organique. Il n'y a apparemment pas d'argument permettant de retenir une narcolepsie en l'absence d'accès de sommeil ou de somnolence diurne excessive. Il n'est pas non plus rapporté d'épisodes de cataplexie ou de paralysie du sommeil.

### *6.3 Limitations fonctionnelles*

Comme indiqué ci-dessus, les diverses affections présentées sur le plan somatique ne permettent pas de retenir de limitations fonctionnelles. L'hémisyndrome sensitif subjectif gauche, chez ce gaucher, est tout à fait compatible avec ses activités habituelles ».

**b)** Par décision du 27 mai 2014 confirmant un projet du 10 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris que, tant sur le plan rhumatologique et psychiatrique, que de l'avis du service de neurologie du Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_, dans son activité habituelle d'aide monteur, l'activité était pleinement exigible, sans limitation fonctionnelle, depuis août 2010. Le délai d'attente d'une année [réf. : de l'art. 28 al. 1 LAI] n'étant pas atteint, aucune rente ne pouvait être allouée.

**B.** Le 16 juin 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à l'OAI un rapport, dans lequel il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et d'anxiété généralisée (F41.1), avec effet sur la capacité de travail, en indiquant que le trouble dépressif existait depuis plus de dix ans, et l'anxiété généralisée au moins depuis 2010. Il a indiqué que le pronostic était réservé au vu de la chronicité et de la persistance de la symptomatologie, estimant l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de monteur en cheminée, sans que l'on puisse actuellement s'attendre à une reprise d'activité dans une activité adaptée. Au nombre des restrictions existantes, le Dr D.\_\_\_\_\_ a énuméré de la tristesse, de l'anxiété, des oublis, de l'irritabilité, des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, des « absences », des idées noires, des idées d'héréto-agressivité et de la fatigue ; celles-ci se manifestaient au travail sous forme de difficultés en termes d'apprentissage et d'attention, d'erreurs, d'oublis, de lenteur, de rendement réduit et de problèmes relationnels.

Le 23 juin 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré que, s'il voulait que l'OAI examine les documents produits, il fallait d'abord qu'il dépose une nouvelle demande AI.

Le 8 juillet 2015, l'assuré a adressé une nouvelle demande à l'OAI, dans laquelle il indiquait être suivi, depuis le 6 mai 2015, par la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre P.\_\_\_\_\_.

Le 16 février 2016, la Dre L.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI, en relevant avoir augmenté la médication du patient, à raison de 800 mg/j de Seroquel et de 20 mg/j de Cipralext. Elle a noté que l'assuré était connu pour une structure psychotique, sans entourage proche, en permanence fragilisé par une précarité et par une insécurité en lien avec son avenir incertain ; son état de santé psychique restait très vulnérable et se péjorait au moindre événement désécurisant. Pour elle, le pronostic

demeurait très réservé et ne permettait plus à l'intéressé d'intégrer le monde du travail.

Dans un avis du 4 avril 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR a notamment exposé ce qui suit :

« 4/ une nouvelle demande après refus (décision du 27.05.14) survient dès le 08.07.15. Un RM psychiatrique annonçait le 16.06.2015 maintenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et une anxiété généralisée évoluant depuis plus de 10 ans pour le 1<sup>er</sup> et depuis au moins 2010 pour le second. Evidemment la CT serait nulle depuis 2010. *Notre avis SMR explicatif du 14.12.15* précisa que ces allégations ne rendaient ni crédibles, ni n'apportaient de notre avis aucune information pertinente au vu de l'expertise psychiatrique en oct.10, de l'examen SMR psychiatrique d'oct.13, et de l'expertise médecine interne du Dr C. \_\_\_\_\_ le 10.03.14 : cf. notre argumentation. Nous en restâmes aux conclusions antérieures.

5/ suite au projet de refus du 21.12.15, l'assuré conteste à nouveau avec l'aide du K. \_\_\_\_\_ qui explique la situation avec ensuite un court certificat médicales des P. \_\_\_\_\_. Leur psychiatre attesterait un suivi depuis le 06.05.16 (!? ce qui est étonnant) avec un traitement par neuroleptiques et Cipralax en raison d'une structure psychotique. Notre confrère plaide pour une révision. Vous demandez si ces nouveaux éléments permettent de maintenir le préavis ou si nous devons entrer en matière.

*Notre réponse :* il paraît plus que douteux que ce diagnostic important (psychose) et impossible à rater, ait pu être ignoré par 2 experts psychiatres antérieurement, le rhumatologue, et le Dr C. \_\_\_\_\_, interniste, au vu du dossier connu depuis 2010. Veuillez noter aussi que le Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_ durant les investigations neuro n'aurait rien vu aussi. Nous ajoutons que vu la gravité du diagnostic (structure psychotique), il paraît étonnant que les P. \_\_\_\_\_ n'ait pas pratiqué de monitoring, ne mette en doute leur diagnostic. Ainsi au vu des expertises et de la caractéristique de la maladie (pas de description), du contexte conflictuel depuis des années pour au départ un simple lumbago aigu ( !!), les affirmations du psychiatre n'apparaissent donc, ni plausibles, ni convaincantes en l'état.

*Au total,* nous en restons donc aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. Nous n'entrons pas en matière ».

Par décision du 14 juin 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, faute pour l'assuré d'avoir rendu plausible que l'état de fait s'était modifié après la date du 27 mai 2014.

**C.** Le 20 mars 2018, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI. Il a précisé travailler à raison de 24 heures par semaine auprès de l'Atelier F.\_\_\_\_\_ du K.\_\_\_\_\_, depuis le 28 avril 2014, pour un revenu mensuel de l'ordre de 400 francs. L'atteinte à la santé consistait en des troubles de l'humeur, présents depuis 2012.

Invité à rendre plausible une modification de son état de santé, l'assuré a produit un rapport du 30 mai 2018 de la Dre L.\_\_\_\_\_ du Centre P.\_\_\_\_\_. Elle y a posé le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (F61) à prédominance émotionnellement labile, occasionnant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle. L'évolution clinique serait défavorable selon la psychiatre qui a fait état de trois décompensations entre janvier 2016 et décembre 2017. Les symptômes décrits étaient une dysthymie, des sentiments chroniques de vide, une tension interne quasi-permanente, des idées suicidaires persistantes réactivées lors des situations de stress, une image de soi instable et la survenue transitoire d'hallucinations auditives ou de symptômes dissociatifs dans les situations de stress. Selon la Dre L.\_\_\_\_\_, l'assuré ne pourrait avoir qu'une activité occupationnelle à 50% dans un milieu protégé.

Dans un rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 10 avril 2019, [...], neuropsychologue, a notamment fait état de ce qui suit :

« **Conclusion** : Le bilan de V.\_\_\_\_\_ montre des difficultés cognitives sévères sur les plans attentionnels et exécutifs au premier plan, associées à un ralentissement psychomoteur majeur et une forte fatigabilité. Les difficultés en mémoire épisodique sont plus modérées et certainement influencées par les précédentes difficultés mentionnées.

D'un point de vue strictement neuropsychologique, les déficits cognitifs mis en évidence lors de cette évaluation entraînent très probablement des répercussions fonctionnelles impactant les activités personnelles, de vie quotidienne du patient mais également professionnelles. D'après les recommandations et critères de l'ASNP (Association Suisse des Neuropsychologues), le présent bilan correspond à une atteinte neuropsychologique moyenne à grave, avec une majorité de sous-fonctions cognitives diminuées, associées à des signes moyens à graves concernant l'affectivité, le comportement ou la personnalité. Il en résulte que la capacité fonctionnelle est significativement limitée au quotidien et pour

diverses sollicitations professionnelles. Seuls les travaux encore simples pourraient être réalisés avec une étroite supervision. Les activités simples seraient éventuellement possibles, dans certaines circonstances, en atelier protégé ou dans un environnement comparable. Selon ces mêmes critères, le degré d'incapacité de travail associé serait de l'ordre de 70 à 90%.

Cependant, les résultats de l'examen sont à interpréter avec prudence du fait de nombreux facteurs pouvant biaiser les résultats, notamment la langue maternelle et le contexte socio-culturel. De plus, une épreuve de validation de symptômes a été effectuée, se situant sous les normes (23 pour cut-off à 45). Notons toutefois que dans les résultats du bilan, aucune incohérence ou fluctuation difficilement interprétable n'est à relever pouvant indiquer une éventuelle majoration volontaire des troubles. Les facteurs psychologique, thymique et motivationnel, semblent expliquer la possible exacerbation des troubles cognitifs ».

Le 1<sup>er</sup> juillet 2019, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assuré les 28 et 30 août 2019. Dans son rapport du 20 septembre 2019 à l'OAI, ce spécialiste n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de troubles anxieux et dépressif mixtes (F41.2) depuis 2015, de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante, actuellement non décompensé (F61) et de dépendance primaire éthylique utilisation épisodique, abstinent depuis 2016 (F10.20). En outre, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % sans baisse de rendement depuis 2015, dans une activité correspondant à ses aptitudes, soit une hiérarchie simple et bienveillante, avec un coaching positif dans l'ancienne activité qui était adaptée, ces éléments pouvant diminuer le risque de décompensation du trouble mixte de la personnalité.

Il a, pour le surplus, exposé ce qui suit :

**« 3.2.14. Entretien concernant les incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert**

Nous n'avons retenu aucune incohérence chez un assuré authentique, qui n'exagère pas la journée type ou les activités encore possibles, la seule discordance étant une demande de rente Ai dans l'absence de limitations fonctionnelles objectivables.

Nous ne retenons pas de discordances entre les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte retenus tant dans une ancienne expertise psychiatrique qu'actuellement par la psychiatre traitante et les activités possibles durant une journée.

Nous retenons des discordances entre le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte retenu par la psychiatre traitante, qui selon la CIM-10 par définition a une intensité plus légère que celle d'un trouble anxieux ou dépressif léger et les symptômes psychotiques décrits. Selon la CIM-10, en cas de présence de symptômes psychotiques et de baisse thymique on devrait retenir un trouble schizoaffectif ou un trouble dépressif avec symptômes psychotiques. Toutefois, il existe une discordance entre un trouble psychotique ou dépressif sévère et la journée type avec des activités possibles chez un assuré qui gère seul son quotidien, les courses, le ménage, l'administratif simple (mais pas compliqué), qui part en vacances, qui joue au badminton, qui se promène, qui rencontre des amis avec un isolement social partial mais pas total, qui va sur internet, qui apprécie son travail à 60 % dans un atelier protégé, etc. L'absence d'une hospitalisation psychiatrique depuis 2002 avec un suivi seulement bi mensuel et sans traitement antidépresseur plaide aussi contre un trouble psychotique ou dépressif sévère.

Il existe une discordance entre le fait que la psychiatre traitante estime que la maladie psychiatrique est présente depuis 1997 et le fait que l'assuré a pu travailler à plusieurs reprises depuis 1997 au présent. Par ailleurs, aucune des deux expertises psychiatriques précédentes n'ont identifié des troubles psychotiques ou dépressives sévères, ni les anciens psychiatres traitants, ce qui plaide aussi contre des troubles psychotiques présents depuis 1997 au présent.

Le résultat du test neuropsychologique ne semble pas fiable, car selon l'examen, les résultats de l'examen sont à interpréter avec prudence du fait de nombreux facteurs pouvant biaiser les résultats, notamment la langue maternelle et le contexte socio-culturel. De plus, une épreuve de validation de symptômes a été effectuée et s'est située sous les normes.

[...]

**Dans le cas présent, la symptomatologie dépressive, ou la symptomatologie anxieuse n'ont pas eu d'intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés d'épisode dépressif ou anxieux caractérisé depuis 2015 au présent, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives** chez un assuré qui gère seul son quotidien en dehors des activités administratives complexes, qui lit, va sur internet, fait des promenades, sans isolement social total mais partiel, etc.

L'absence de limitations fonctionnelles objectivables significatives est illustrée par l'absence de plaintes psychiques significatives objectivables, mais aussi indirectement par la journée type.

Au moment de l'expertise et ce depuis 2015 au présent, on tient des limitations fonctionnelles psychiatriques peu importantes, en lien avec un trouble anxieux et dépressif mixte dans le sens d'une

fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur objectivable, d'une faible résistance au stress, d'une tendance à s'angoisser rapidement, de troubles de la concentration subjectifs, sans isolement social significatifs.

### **Indices de gravité des Troubles dépressifs légers selon la nouvelle jurisprudence du 30.11.2017**

Nous analysons les indices de gravité des troubles anxieux et dépressifs mixtes dont l'intensité est inférieure selon la CIM-10 à un trouble dépressif léger en appliquant la jurisprudence des épisodes dépressifs moyens et légers selon la nouvelle jurisprudence [du] 30.11.2017 (les troubles anxieux et dépressifs mixtes selon la CIM-10 ont une intensité inférieure à un trouble dépressif léger).

#### **1. Degré de gravité fonctionnelle**

Selon le dossier asséculo-logique, les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient des troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis 2015 dans un contexte de trouble de la personnalité mixte.

Au moment de l'expertise et ce depuis 2015 au présent on tient des limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives dans le sens d'une tristesse subjective fluctuante sans répercussions sur le quotidien, d'une intolérance au stress, des difficultés de concentration subjectives, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel et des moments d'angoisse fluctuante.

#### **2. Atteinte à la santé**

Cet indice de gravité n'est pas présent, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives.

#### **3. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic**

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour des troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis 2015 dans un contexte de trouble de la personnalité mixte.

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

Nous objectivons une évolution globalement stationnaire depuis 2015 au présent, sans un traitement antidépresseur et un suivi psychothérapeutique adéquat et sans nécessiter une nouvelle hospitalisation en psychiatrie. La motivation pour une réadaptation professionnelle est ambivalente selon l'anamnèse dans un contexte de déconditionnement et bonne pour un traitement antidépresseur qui n'a pas été proposé selon l'anamnèse.

#### **5. Comorbidités**

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées dans le sens d'un trouble de la personnalité mixte sont des troubles qui n'entraînent pas des limitations fonctionnelles significatives psychiatriques selon les activités possibles durant une journée type, chez un assuré qui a pu travailler sans limitations dans le passé et qui gère une bonne partie de son quotidien sans limitations.

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

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assuré présente des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui nous permet de retenir la présence d'un trouble de la personnalité mixte. Soulignons que ce trouble présent depuis le début de l'âge adulte n'a pas empêché l'assuré à travailler sans limitations dans le passé et qu'il n'est pas décompensé, n'ayant plus nécessité d'hospitalisation psychiatrique depuis 2015 au présent selon l'anamnèse.

## **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 quelques membres de sa famille et avec certaines connaissances qu'il fréquente en plus des réseaux sociaux sur internet selon l'anamnèse. Donc, nous ne retenons pas d'isolement social total, tout au plus partiel depuis 2015 au présent.

## **8. Cohérence**

Nous avons objecté une bonne cohérence entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue subjective et le constat objectif ou des plaintes de la concentration purement subjectives, s'inscrivant dans un contexte de trouble de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires probablement plus importants que les bénéfices secondaires qui sont aussi présents (déconditionnement après une longue pause professionnelle, peu[r] d'être expulsé, etc.,).

## **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 gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique, à lire, à faire des promenades, à avoir des contacts sociaux diminués mais existants, à faire les courses, le ménage, etc. Nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme et significative depuis 2015 au présent.

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

L'assuré présente une motivation ambivalente pour une reprise professionnelle dans un contexte de déconditionnement et dettes, une bonne motivation pour un suivi psychothérapeutique et pour les antidépresseurs qui ne lui ont pas été proposés selon l'anamnèse.

**En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour des troubles anxieux et dépressifs mixtes dans un contexte de traits de la personnalité ne sont pas remplis depuis 2015 au présent ».**

Par projet de décision du 26 septembre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations, dès lors qu'il ressortait de l'expertise psychiatrique qu'il présentait une capacité de travail de 100% dans toute activité, sans baisse de rendement.

Les 31 octobre et 5 novembre 2019, l'assuré a fait valoir ses observations. Il a produit un rapport de la Dre L. \_\_\_\_\_ du 30 octobre 2019, auquel il s'est entièrement référé. Il en résulte en particulier ceci :

« Nous avons relevé une certaine contradiction dans les réponses :

Dans la réponse 9.2, en ce qui concerne les caractéristiques d'une activité adaptée, l'expert a répondu « Hiérarchie simple et bienveillante avec un coaching positif dans l'ancienne activité qui est adaptée. Toutefois une hiérarchie simple et bienveillante peut diminuer le risque de décompensation de la personnalité ». Sans trop dépasser notre domaine de soins, cette structure adaptée ne peut être que les ateliers protégés pour les personnes invalides.

L'expert estime que V. \_\_\_\_\_ est apte à travailler à 100% sans baisse de rendement dans une activité adaptée et que le pronostic est positif en cas de réadaptation professionnelle. Certes, l'expert propose une opportunité à V. \_\_\_\_\_. Je cite sa réponse à la question 9.4 « la situation n'est pas stabilisée et devrait être réévaluée après la mise en place d'une réinsertion professionnelle et un traitement antidépresseur après une diminution voire un arrêt de Quétiapine », dans ce cas de figure, l'expert propose-t-il à l'AI de mettre en place une réinsertion professionnelle ?

Sur le plan de la prise en charge médicamenteuse, malgré une stabilité psychique relatée dans son rapport et en l'absence de symptômes dépressifs, l'expert propose « un traitement antidépresseur après une diminution voire un arrêt de Quétiapine ». Pour rappel, la Quétiapine a été introduite en 2014 par nos confrères psychiatres du Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_. Dans le cadre de troubles de personnalité marqués par des comportements impulsifs, des acting anxieux avec risque de passage à l'acte lors des attaques de paniques ou des moments de détresse (se jeter sous le train, sous une voiture ou se défenestrer), nous avons maintenu ce

traitement avec une dose entre 400 mg et 600 mg. Durant les périodes de stress, il relate également des hallucinations auditives sous forme de voix d'hommes qui appellent son nom, motivant une augmentation temporaire jusqu'à 800 g avec une bonne réponse et tolérance.

Malgré une stabilité psychique, une abstinence à l'alcool et l'absence d'un épisode dépressif, l'expert propose l'introduction d'un antidépresseur, l'arrêt total de Quétiapine et de réévaluer son état psychique d'ici six mois à une année. Cette proposition nous laisse très perplexes et nous ne savons sur quel symptôme cible l'expert ou quel type d'amélioration attend-t-il.

L'expert a également mis en doute la fiabilité du bilan neuropsychologique effectué par le neuropsychologue du Centre P.\_\_\_\_\_ en raison des barrages linguistiques et socio-culturels du patient. A noter que l'évaluation neuropsychologique a été effectuée sur quatre séances dans de bonnes conditions. V.\_\_\_\_\_ est ponctuel et respecte bien les horaires. L'examen est effectué sans interprète car le neuropsychologue estime que V.\_\_\_\_\_ est capable de passer ces examens. Vu la complexité de ses limitations fonctionnelles (fatigabilité, troubles de la concentration, seul bas face au stress et adaptation limitée aux tâches multiples), ce bilan nous permet de les évaluer de manière objective. La conclusion de cette évaluation est sans ambiguïté, les capacités fonctionnelles de V.\_\_\_\_\_ sont très limitées et ne lui permettent plus de retourner sur le marché économique libre, il peut uniquement travailler au sein d'ateliers protégés (tâches simples répétitifs, sans stress, sans pression de rendement, travail selon son rythme, sans menace de licenciement et encadrement par un maître socio-professionnel.) Face à ce doute de fiabilité, nous sommes étonnés que l'expert n'ait pas proposé un second bilan qui pourrait trancher objectivement cette situation complexe ».

Le Dr [...] du SMR, par avis du 24 décembre 2019, a relevé ce qui suit :

« **Discussion** : Si la psychiatre traitant estime qu'une hiérarchie simple et bienveillante ne peut signifier qu'une activité en atelier protégé, ce n'est de notre point de vue pas vrai. Bien que l'expert soutienne une réinsertion, il est à noter que l'absence d'atteinte durablement incapacitante et de LF [limitations fonctionnelles] comme limitation de CT [capacité de travail] justifie la décision AI ultérieurement prise. Il n'y a pas d'exigibilité médicale, ce qui pondère les arguments de la psychiatre traitante au sujet des adaptations thérapeutiques formulées par l'expert dans un but essentiellement clinique. L'expert a mis en doute les résultats de l'examen neuropsychologique à la lumière des biais soulevés lors de la discussion dudit examen ainsi que sur la base de son expertise cosignée avec une psychologue qui a donc participé à la discussion de l'examen en question. Un autre examen neuropsychologique était donc non justifié.

**Conclusion** : Nous n'avons pas d'éléments apportés lors de l'audition pour remettre en question le projet de décision AI du

26.09.19. Depuis le 2<sup>ème</sup> demande, la situation reste donc inchangée. Nous rappelons que le soutien à la réinsertion formulé par l'expert psychiatre est à encourager bien qu'il n'y ait pas de processus Réa à engager formellement en absence d'atteinte durablement incapacitante ».

Par décision du 30 avril 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Par courrier du même jour, il s'est référé à l'appréciation du SMR du 24 décembre 2019.

**D.** Par acte du 2 juin 2020, V.\_\_\_\_\_, représenté par Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi des prestations AI, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, il a soutenu que l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ n'était pas probante, et que c'est sans fondement que l'expert avait retenu une capacité de travail entière, en écartant, sans autre examen, le rapport d'évaluation neuropsychologique du 10 avril 2019, et celui de la Dre L.\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2019. Il a plaidé qu'il était à l'évidence inapte à gagner sa vie autrement que de façon anecdotique et symbolique dans un atelier protégé. A titre de mesures d'instruction, il a requis son audition personnelle et celle de « quelques témoins », ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 16 juin 2020, le recourant s'est vu accorder l'assistance judiciaire.

Par réponse du 13 juillet 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le recourant a maintenu sa position par écriture du 13 août 2020. Il a en outre renouvelé ses réquisitions tendant, *a minima*, à son audition personnelle, ainsi qu'à celle de deux témoins, à savoir une assistante sociale, ainsi qu'un maître socioprofessionnel du K.\_\_\_\_\_.

**E n d r o i t :**

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

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

**2.** Le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit en particulier de déterminer si, compte tenu de l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision des rentes et autres prestations durables, applicable par analogie aux nouvelles demandes de prestations, la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre le moment où la décision du 27 mai 2014, et celui où la décision litigieuse du 30 avril 2020 ont été rendues et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifierait l'octroi de prestations de l'assurance-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 LPGGA).

**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 LPGGA, 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.

**d)** Tout changement important des circonstances propre 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)** 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).

**b)** 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).

**c)** 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).

**5.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 20 mars 2018 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision du 27 mai 2014 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen complet de son droit aux prestations (cf. consid. 3b supra).

**a)** Par la décision du 27 mai 2014, l'OAI a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il ne présentait aucune incapacité de travail dans son activité habituelle, que ce soit sur les plans rhumatologique, neurologique et/ou psychiatrique. L'intimé s'était en particulier fondé sur l'expertise réalisée par l'interniste C. \_\_\_\_\_ en mars 2014, ainsi que sur le rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 13 mai 2014 établi par la Dre S. \_\_\_\_\_. A l'époque, la Dre S. \_\_\_\_\_ avait retenu pour seul diagnostic celui de trouble dissociatif, considérant qu'il était sans effet sur la capacité de travail.

**b)** Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, à l'appui de laquelle le recourant n'a fait état que d'une atteinte au niveau psychiatrique, l'intimé lui a, derechef, nié le droit à la rente. Après complément d'instruction, l'OAI a ainsi retenu qu'il présente une capacité de travail entière dans toute activité professionnelle. Cette appréciation est en particulier fondée sur le rapport d'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 20 septembre 2019, ainsi que sur l'avis du SMR du 24 décembre 2019.

Or, contrairement à l'argumentation soutenue à l'appui du recours, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_. Ce dernier a entendu l'assuré à deux reprises, a répondu de manière claire à toutes les questions qui lui étaient posées et a procédé à divers examens neurocognitifs et psychométriques. Il a également pris en considération les plaintes du recourant, et son appréciation repose sur une analyse approfondie des rapports médicaux au dossier. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a en particulier pris connaissance du rapport d'évaluation

neuropsychologique du 10 avril 2019. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert ne s'est pas contenté d'indiquer que le rapport d'évaluation précité ne semblait pas fiable, mais a expliqué que les résultats d'examen étaient à interpréter avec prudence du fait de nombreux facteurs pouvant biaiser les résultats, notamment la langue maternelle et le contexte socio-culturel. Ce faisant, l'expert Q. \_\_\_\_\_ n'a fait que mettre en évidence les doutes formulés par l'auteur de l'évaluation neuropsychologique lui-même, lequel avait également relevé qu'une épreuve de validation des symptômes avait été effectuée et s'était située sous les normes, élément repris par l'expert Q. \_\_\_\_\_ en page 38 de l'expertise. Dans ces circonstances, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il affirme que l'expert aurait dû procéder à une nouvelle appréciation neuropsychologique. Cela est d'autant plus vrai que l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ a été cosignée avec une psychologue qui avait participé à la discussion de l'examen en question.

S'agissant des symptômes psychotiques prétendument oubliés par le Dr Q. \_\_\_\_\_, ce dernier a bien relevé qu'il n'était retenu aucun symptôme psychotique ni dans le présent, ni dans le passé, ce qui était corroboré par le dossier asséculogique, qui ne faisait pas état de symptômes psychotiques dans l'absence d'un traitement antipsychotique avant la prise en charge psychiatrique actuelle. L'expert Q. \_\_\_\_\_ a en outre objectivé selon l'anamnèse des phénomènes hypnagogiques et hypnopompiques sans délire et sans hallucinations à proprement parler. Si la psychiatre traitante avait estimé que la maladie actuelle était présente depuis 1997, l'expert a relevé que l'assuré avait pu travailler depuis cette date, que cette maladie n'avait pas nécessité d'hospitalisation psychiatrique récente, et qu'aucune des expertises antérieures, ni aucun psychiatre traitant, n'avait décrit de symptômes psychotiques. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a en outre mis en exergue que le diagnostic de trouble dépressif et anxieux mixte retenu par la psychiatre traitante était contradictoire avec la présence de symptômes psychotiques selon la CIM-10. De surcroît, dans le cadre de l'expertise, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a procédé à une évaluation des symptômes psychotiques par l'échelle PANSS (réd. : *Positive and Negative Syndrome Scale* ou Echelle des symptômes positifs

et négatifs), laquelle évalue la gravité des symptômes psychotiques, en utilisant la classification de gravité proposée par Leuch ; il a estimé à cet égard que la cotation observée s'élevait à 55, ce qui correspondait à un état psychotique « absent/à la limite de la norme ». Il ne peut donc être fait grief à l'expert d'avoir occulté la problématique des symptômes psychotiques.

Quant au fait que l'expert Q. \_\_\_\_\_ a indiqué, par erreur, que le recourant travaillait depuis 2012 pour le compte de l'atelier F. \_\_\_\_\_ du K. \_\_\_\_\_, et non depuis 2014, respectivement qu'il n'avait pas détaillé le parcours professionnellement « finement », cela ne permet pas encore de dénier au rapport d'expertise toute valeur probante ; le recourant n'en disconvient du reste pas, puisqu'il indique que cette contradiction n'est « pas décisive pour le sort juridique du dossier » (cf. recours, p. 5).

Le recourant déplore également que selon son expérience, le Dr Q. \_\_\_\_\_ serait très restrictif dans ses appréciations d'expert. Or, cette allégation, au demeurant non étayée, ne permet pas non plus de douter des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique. A toutes fins utiles, on rappellera que le fait qu'un médecin œuvre régulièrement le compte des assurances ne permet pas encore de considérer qu'il est prévenu (cf. consid. 4c *supra*). De même, le fait que l'OAI ait décidé d'entrer en matière sur la troisième demande du recourant ne permet pas non plus de retenir, sans autre examen, une péjoration de l'état de santé du recourant.

En outre, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a exposé de façon détaillée les raisons pour lesquelles les éléments du dossier, l'anamnèse et l'examen permettaient de poser les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de troubles anxieux et dépressifs mixtes, ainsi que de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, diagnostics qui rejoignent ceux posés par les Drs X. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_. Il a également expliqué pourquoi le diagnostic de troubles psychotiques posé par la psychiatre traitante devait être écarté. Il a ainsi en particulier exposé qu'il existait une discordance entre un trouble psychotique ou dépressif sévère

et la journée type, avec des activités possibles chez un recourant qui gérait seul son quotidien, les courses, le ménage, l'administratif simple, qui partait en vacances, qui jouait au badminton, qui se promenait et qui rencontrait occasionnellement des amis. Il a également relevé l'absence d'hospitalisation psychiatrique avec un suivi uniquement bimensuel et sans traitement antidépresseur, ce qui plaidait également contre un trouble psychotique ou dépressif sévère. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a ainsi considéré que la symptomatologie dépressive ou anxieuse n'avait pas eu d'intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, en l'absence de limitations fonctionnelles significatives. L'expert Q.\_\_\_\_\_ a passé en revue de manière détaillée les indices de gravité des troubles anxieux et dépressifs mixtes, dont l'intensité est inférieure, selon la CIM-10, à un trouble dépressif léger. S'agissant du degré de gravité fonctionnelle, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a mis en évidence au jour de l'expertise des limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives dans le sens d'une tristesse subjective fluctuante sans répercussions sur le quotidien, d'une intolérance au stress, des difficultés de concentration subjectives, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total. Il a considéré que l'indice de gravité d'atteinte à la santé n'était pas présent. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a également mis en évidence que le trouble de la personnalité, présent depuis le début de l'âge adulte, n'avait pas empêché l'assuré de travailler par le passé, qu'il n'était pas décompensé et qu'il n'avait plus nécessité d'hospitalisation depuis 2015. Il a relevé que le recourant gardait de bonnes capacités et ressources personnelles (bonnes relations avec des membres de sa famille et certaines connaissances qu'il fréquentait en plus des réseaux sociaux).

**c)** Pour le surplus, le recourant ne soutient pas, à juste titre, que des atteintes de nature somatique seraient apparues depuis la décision du 27 mai 2014. Il relève uniquement, sans toutefois amener d'éléments de nature à étayer son propos, que la « focalisation sur la seule psychique » serait « sans doute insuffisante ». Or, force est de constater que le recourant n'a produit aucun rapport faisant état d'une péjoration au plan somatique depuis la décision de refus du 27 mai 2014 ; la psychiatre traitante n'en fait pas état, pas plus que l'expert Q.\_\_\_\_\_

lorsqu'il liste les plaintes de l'intéressé. Dans ces conditions, l'OAI n'avait pas à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, avec des volets de médecine interne et de rhumatologie, comme le requiert le recourant.

Il résulte de ce qui précède qu'il ne peut être fait grief au Dr Q.\_\_\_\_\_ d'avoir omis des éléments déterminants dans le cadre de son appréciation étayée, claire et dénuée de contradiction de la situation du recourant, laquelle doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Les conclusions du Dr Q.\_\_\_\_\_ apparaissent pleinement convaincantes et doivent être confirmées.

**d)** L'analyse du Dr Q.\_\_\_\_\_ n'est du reste mise en doute par aucun élément du dossier. En particulier, le rapport de la Dre L.\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2019 ne fait pas état d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en considération par l'expert. En particulier, et comme le relève le Dr [...] du SMR dans son avis du 24 décembre 2019, il n'y a pas d'exigibilité médicale, ce qui pondère les arguments de la Dre L.\_\_\_\_\_ au sujet des adaptations thérapeutiques formulées par l'expert dans un but essentiellement clinique. Au demeurant, la psychiatre traitante ne mentionne pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante, ni de limitation fonctionnelle de la capacité de travail du recourant.

Dès lors qu'au plan psychique, le recourant présente une capacité de travail entière dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit aux prestations.

**e)** Sur le vu de tout ce qui précède, force est donc de constater que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié de manière significative depuis la décision du 27 mai 2014.

**7.** Dans un autre moyen, le recourant soutient encore que dans l'éventualité où une certaine capacité résiduelle était retenue, le rapport d'évaluation neuropsychologique du 10 avril 2019 devrait conduire à un abattement de 25 %, « au pire de 20 % » de la capacité résiduelle

retenue, au titre de facteur correctif destiné à intégrer la perte de rendement.

**a)** Il convient de distinguer la question de la baisse de rendement, qui a une incidence sur la capacité de travail, de celle de l'abattement, qui s'opère sur le revenu d'invalidé tiré des statistiques, retenu lorsqu'il y a lieu de procéder à l'évaluation du taux d'invalidité (cf. art. 16 LPGA).

En effet, lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**b)** En l'espèce, pour les raisons exposées ci-dessus (cf. consid. 4 *supra*), le rapport d'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ ne permet pas de retenir une diminution de rendement qui devrait être prise en considération dans la fixation de la capacité de travail. Dans la mesure où la capacité de

travail du recourant est entière aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, l'intimé n'avait pas à procéder à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA.

Quoi qu'il en soit, dans l'éventualité – non réalisée ici – où le revenu avec invalidité était fondé sur la base de l'ESS, et un abattement opéré dans la proportion requise sur le revenu statistique, il n'en résulterait pas pour autant un préjudice économique susceptible d'ouvrir le droit à la rente (cf. art. 28 LAI). Partant, ce grief doit être rejeté.

**8.** A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, neurologique et rhumatologique. A cet égard, et comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. En outre, ni l'audition du recourant, ni les témoignages de l'assistante sociale et du maître socioprofessionnel, ne sont de nature à apporter un éclairage sur la capacité de travail du recourant d'un point de vue médical. Il y sera dès lors renoncé par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

**9. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 30 avril 2020 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 (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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).

**c)** Par décision de la juge instructrice du 16 juin 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 juin 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 7 septembre 2020. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Carré est arrêtée à 2'052 fr. 50, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 30 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de V.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'052 fr. 50. (deux mille cinquante-deux francs et cinquante centimes), TVA et débours compris.

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

**VI.** 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 :

- Me Olivier Carré (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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 :