

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 décembre 2019

Composition : M. NEU, président
M. Bonard et Mme Silva, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 et 53 al. 1 LPGA ; 28 LAI ; 88bis al. 2 RAI

E n f a i t :

A. a) K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, au bénéfice d'un CFC de tôlier en carrosserie, a travaillé en qualité de carrossier indépendant dès 1998 pour son entreprise individuelle, la [...].

A la suite d'un accident de plongée survenu le 17 août 2005, il a présenté des cervico-brachialgies droites après une fracture-tassement de C6 avec un rétrécissement foraminaux discret en C6-C7 à droite. Il s'est retrouvé en incapacité de travail à 100 % jusqu'au 3 janvier 2006 puis a retrouvé une capacité de travail de 50 % comme patron de carrosserie, tandis qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité purement administrative (cf. rapport médical du 14 novembre 2006 du Dr T. _____, spécialiste en médecine générale, expertise médicale du 24 janvier 2007 du Dr X. _____, spécialiste en neurologie, et rapport du Service médical régional de l'assurance-invalidité [SMR] du 25 avril 2008).

En date du 6 octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Par décision du 24 novembre 2008, l'OAI a rejeté le droit de l'assuré à la rente ainsi qu'à des mesures professionnelles dans le cadre de son activité indépendante. Considérant l'abandon de l'activité indépendante comme exigible, l'OAI a retenu que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et a procédé à une approche théorique de la capacité de gain, qui mettait en évidence un degré d'invalidité de 16 %.

b) Par acte du 11 décembre 2008 de son mandataire, K. _____ a recouru contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2006.

Dans des courriers des 29 juin et 31 août 2009, le recourant a informé l'OAI de la cessation de toute activité lucrative dans sa carrosserie en raison de ses problèmes de santé et de son souhait d'obtenir des mesures professionnelles. Lors d'une audience du 18 janvier 2010 au Tribunal cantonal, le recourant a précisé qu'il avait cédé son entreprise à son employé.

c) Le 15 juin 2010, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était sensiblement aggravé et qu'il était en totale incapacité de travailler.

En date du 21 juin 2010, l'OAI a pris acte de cette aggravation, qu'il a traitée comme une nouvelle demande de prestations.

Dans un rapport médical du 13 juillet 2010, le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a diagnostiqué chez l'assuré une spondylarthropathie axiale présente depuis 2008, qui a entraîné une totale incapacité de travail depuis le 21 avril 2010.

Le Dr M._____ a indiqué, dans un rapport du 23 novembre 2010, que les traitements médicamenteux entrepris avaient jusque-là échoué et que la capacité de travail de l'assuré était nulle en raison d'une atteinte périphérique et axiale importante, limitant fortement aussi bien le choix de la position, que l'activité physique, le patient étant incapable de faire, par exemple, de la mécanique de précision ou des mouvements fins, mais également de se déplacer ou de rester en position stationnaire.

d) Par arrêt du 18 novembre 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par l'assuré, estimant que l'abandon de son activité indépendante ne se justifiait pas, et a renvoyé le dossier à l'OAI pour procéder au calcul du degré d'invalidité selon la méthode extraordinaire, après complément d'instruction.

e) L'OAI a recouru contre cet arrêt au Tribunal fédéral par acte du 14 décembre 2010, recours qui a été rejeté par arrêt du 20 mai 2011.

B. Par décision du 19 mars 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré, sous déduction des périodes durant lesquelles il avait touché des indemnités journalières de l'AI, un quart de rente d'invalidité du 1^{er} août 2006 au 31 août 2010, compte tenu d'un degré d'invalidité de 48 % déterminé selon la méthode extraordinaire, puis une rente entière dès le 1^{er} septembre 2010, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé.

C. L'OAI a initié une procédure de révision du droit à la rente en mai 2013. L'assuré a fait savoir le 5 juin 2013, par retour de questionnaire, qu'il était sans activité lucrative et qu'il était « occupé avec [s]on fils ».

Dans des rapports médicaux des 1^{er} et 8 juillet 2013, les Drs T._____ et M._____ ont indiqué que l'assuré n'avait pas d'activité lucrative, qu'on pouvait exiger de lui un temps de présence d'une à deux heures par jour, qu'il présentait toujours des douleurs importantes et ne pouvait maintenir une position plus de 10 minutes. Le Dr M._____ précisait en outre que le pronostic était mauvais, le patient ayant bénéficié de tous les traitements de fond conventionnels et biologiques disponibles pour sa maladie, avec une réponse plus que partielle.

Par communication du 6 septembre 2013, l'OAI a informé l'assuré que sa rente d'invalidité n'était pas modifiée puisque sa situation n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

D. **a)** En janvier 2015, l'OAI a eu connaissance de l'inscription au registre du commerce, en date du 18 juin 2013, de la société Q._____ SA, qui a pour but l'achat, la vente, l'importation et l'exportation de tous produits, et dont l'administrateur unique avec signature individuelle était K._____. Un site internet avait été créé pour cette entreprise sous le nom de domaine www.Q._____.ch, de même qu'une page Facebook, sur laquelle la société proposait la vente des produits de la marque « [...] ». A partir de ce constat, l'OAI a réalisé huit contrôles depuis le domicile de

l'assuré entre le 4 février 2015 et la 6 mars 2015, puis mis en place un suivi par un détective privé, durant deux fois trois jours entre avril et mai 2015, lesquels ont permis de constater que l'assuré était actif au quotidien au sein de sa société (cf. communication du Service LFA de l'OAI du 3 juin 2015).

L'assuré a été interpellé à ce sujet lors d'un entretien organisé à l'OAI le 17 juin 2015.

Par décision du 22 juin 2015, l'OAI a suspendu la rente d'invalidité de l'assuré par voie de mesures provisionnelles avec effet au 30 juin 2015, au motif que celui-ci n'avait pas informé l'OAI qu'il exerçait une activité commerciale. L'OAI estimait cette suspension justifiée pendant la durée de la révision, compte tenu des sérieuses difficultés de recouvrement auxquelles il s'exposerait pour obtenir la restitution des prestations indûment touchées. Le recours interjeté par l'assuré contre cette décision le 24 août 2015 a été rejeté par arrêt de la Cour de céans du 10 novembre 2016 (AI 224/15 - 325/2016).

b) Dans un rapport médical du 15 juillet 2015, le Dr T. _____ a posé les diagnostics de spondylarthrite ankylosante et de status 10 ans après fracture-tassement de C6. Il a estimé que l'assuré était toujours en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle, mais bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir ne nécessitant pas d'efforts, ni station assise ou debout de plus d'une heure, ni port de charges durant plus d'une heure.

Répondant aux questions du SMR, le Dr M. _____ a indiqué, en date du 17 septembre 2015, que l'assuré présentait toujours les mêmes limitations fonctionnelles, à savoir ne pas porter de charges, ne pas faire de mouvements de façon répétitive, qu'il ne pouvait pas travailler de façon suivie à l'extérieur, mais qu'il n'y avait aucune raison de penser que son rhumatisme l'empêchait de marcher d'un pas normal, surtout en cours de journée. Il précisait ne pas avoir remarqué dans les vidéos tournées par le détective privé de choses qui théoriquement

seraient impossibles ou incompatibles avec son rhumatisme, précisant qu'il n'y avait rien d'étonnant à ce qu'il soit capable de porter des classeurs ou un poids sur quelques mètres de façon isolée. Il concluait que la capacité de travail de l'assuré restait inchangée, à savoir qu'elle était nulle dans son activité de carrossier et qu'il bénéficiait d'une capacité de travail de 30 % dans une activité intellectuelle, dans laquelle il aurait la possibilité de pouvoir changer de position.

A l'initiative du SMR (avis du 19 novembre 2015), une expertise rhumatologique a été effectuée par le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale. Dans son rapport d'expertise du 9 mai 2016, il a retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, une spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négatif (M45) depuis 2008, qu'il estimait en rémission, et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une obésité, une fibromyalgie, une suspicion d'alcoolisme chronique, un adénome pléomorphe de la parotide gauche opéré à quatre reprises et une néphrectomie pour don d'organe à sa femme. Il a par ailleurs constaté un état dépressif et a estimé qu'un avis psychiatrique était nécessaire. Il a conclu que l'assuré avait présenté une totale incapacité de travail depuis 2008, que sa capacité de travail dans son activité de carrossier était nulle, de façon définitive, mais que du point de vue rhumatologique, il bénéficiait depuis le 1^{er} janvier 2016 d'une totale capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Celles-ci étaient décrites comme suit : pas de port de charge de plus de 15 kg, pas de mouvements répétés du rachis, ne pas devoir monter sur des échelles ou des échafaudages, ne pas devoir se déplacer sur des terrains accidentés, ne pas devoir rester debout en position statique, pouvoir travailler assis avec la possibilité de changer de position toutes les heures. Le Dr S._____ a évalué l'activité de l'assuré dans le cadre de sa société à un 30 % au maximum et précisé qu'elle était en adéquation avec sa maladie.

Dans son avis du 30 mai 2016, le SMR s'est étonné de la date de récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée retenue par l'expert, à savoir le 1^{er} janvier 2016, étant donné que l'assuré

avait repris une activité d'administrateur de sa société depuis 2013 et que le Dr T._____ avait attesté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dans son rapport du 15 juillet 2015.

L'OAI a interrogé le Dr S._____ sur ces éléments par courrier du 2 juin 2015. Dans sa réponse du 8 juin 2016, celui-ci a expliqué avoir conclu à la reprise d'un travail adapté à 100 % dès le 1^{er} janvier 2016 sur la base de l'examen clinique et le rapport du Dr M._____ du 17 septembre 2015, qui avait attesté d'une totale incapacité de travail dans une activité adaptée à cette date. Il a précisé que dans une maladie telle que la spondylarthrite ankylosante, ce n'était que l'examen clinique rhumatologique qui permettait de pouvoir décider d'une reprise du travail.

Le 17 juin 2016, le Dr U._____, chef de clinique adjoint au service de psychiatrie du F._____ (ci-après : F._____) a indiqué que l'assuré avait consulté en urgence le 15 décembre 2015, puis avait été revu en entretien les 17 et 22 décembre 2015 avant d'être réadressé à son médecin traitant.

Dans un avis médical du 5 juillet 2016, le SMR a estimé, sur la base de l'ensemble des éléments au dossier, que l'assuré avait manifestement récupéré une capacité de travail antérieurement au 1^{er} janvier 2016.

Dans un rapport médical du 18 juillet 2016, le Dr M._____ a pris position sur le rapport d'expertise en relevant que les points de fibromyalgie étaient également des points d'enthésopathie, qu'ils devaient être considérés comme tels chez un patient souffrant de spondylarthrite et constituaient un signe d'activité de la maladie. L'absence de synovite ne permettait pas de conclure à l'inactivité de la maladie et il a rappelé qu'il en avait lui-même régulièrement observé aux coudes, aux épaules et aux mains. Il en allait de même pour l'absence d'atteinte au testing des sacro-iliaques. Selon lui, la meilleure évaluation de l'activité de la maladie restait les auto-questionnaires relatifs à la douleur et au retentissement fonctionnel. Il a considéré que la maladie était toujours active et

invalidante, permettant au plus une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 5 septembre 2016, le SMR a indiqué ce qui suit à propos du rapport médical du Dr M._____ :

« Certes, la raideur matinale, les douleurs et la fatigue ne peuvent être contestés ; toutefois, il s'agit d'éléments subjectifs, non objectivables, tout comme les questionnaires d'auto-évaluation mentionnés par le Prof. M._____. Ces éléments reposent donc sur la bonne foi du patient ; dans le cas présent, il a été mis en évidence que les déclarations de l'assuré étaient parfois en contradiction avec les faits observés.

Les éléments médicaux objectifs au dossier (imageries et examen clinique) démontrent une pathologie peu active, signe d'un traitement efficace. Par ailleurs, ceci est conforté par les observations faites à l'insu de l'assuré, qui démontrent un assuré plus actif que ce qu'il déclare.

Dès lors, le rapport médical du 18.07.2016 du Prof. M._____ n'amène pas d'argument qui modifie l'appréciation de l'exigibilité de cet assuré. »

Le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin-traitant de l'assuré, a établi un rapport médical le 13 octobre 2016 dans lequel il a estimé sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % au maximum, avec alternance des positions et sans port de charges supérieures à 10 kg. Il a fait savoir que l'assuré venait de commencer un emploi de technicien de parking pour la [...] à 50 %.

Un rapport médical du 25 octobre 2016 du Dr V._____, médecin assistant à l'Hôpital [...], secteur psychiatrique, indique que l'assuré a séjourné dans ce service du 23 au 25 octobre 2016 pour mise à l'abri d'un acte auto-agressif dans le cadre d'un épisode de dépression. Le 22 octobre 2016, l'assuré avait pris une grande quantité d'alcool et de médicaments dans un but suicidaire, de manière impulsive, en raison de ses problèmes de santé, de ceux de son épouse, de difficultés financières et de ses problèmes avec la justice.

Dans son avis 17 novembre 2016, le SMR a estimé qu'il s'agissait d'une nouvelle atteinte à la santé, dont l'évolution devrait être réévaluée.

Le 30 décembre 2016, l'assuré a fait valoir que le médecin du SMR qui avait rédigé l'avis du 5 septembre 2016 n'avait vraisemblablement pas de compétences particulières en matière d'affection inflammatoire et a sollicité que le Dr S. _____ soit interpellé sur le rapport du Dr M. _____ du 18 juillet 2016, requête que l'OAI a rejetée par courrier du 24 janvier 2017, au motif que le Dr S. _____ s'était déjà prononcé sur l'avis du Dr M. _____.

Par courrier du 13 janvier 2017, l'assuré a sollicité de l'OAI des mesures professionnelles en vue de pouvoir débiter une activité dans l'entreprise [...].

Dans un projet de décision du 6 février 2017, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il entendait supprimer sa rente avec effet au 1^{er} juin 2013, ce qui entraînait une restitution d'un montant de 74'130 francs.

Par courrier du 7 février 2017, l'assuré a demandé à ce que son écrit du 13 janvier 2017 soit considéré comme une nouvelle demande de prestations.

L'assuré a fait valoir ses objections au projet de décision par courrier du 10 mars 2017, auxquelles l'OAI a répondu par courrier du 4 avril 2017.

Par lettre du 4 avril 2017 également, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait sa demande de mesures professionnelles du 13 janvier 2017 comme une nouvelle demande et l'a invité à rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité.

Par décision du 18 avril 2017, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré avec effet rétroactif au 1^{er} juin 2013, au motif que

la reprise d'activité en juin 2013 permettait de démontrer, au niveau de la vraisemblance prépondérante, qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avait été recouvrée. La violation de l'obligation de renseigner constituait une faute justifiant la suppression de la rente avec effet rétroactif.

E. **a)** Par acte de son mandataire du 5 mai 2017, K._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à la constatation de l'acte illicite commis par l'OAI et à l'octroi d'une indemnité équitable « aux titres de dépens et du tort moral ». Il a répété que son activité d'administrateur dans sa société était purement occupationnelle, qu'elle ne dépassait pas deux heures par jour et ne lui procurait aucun revenu. Il a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr S._____ au motif que l'examen clinique n'avait duré que 30 minutes et que l'expert n'avait pas tenu compte des variations de son état de santé. Il s'est référé aux rapports médicaux du Dr M._____ et a reproché à l'OAI d'avoir refusé de les soumettre au Dr S._____. Il a mentionné que sa reprise d'activité à 50 % avait dû être interrompue à cause de sa maladie. Il a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, son audition dans le cadre d'une audience de débats publics et l'audition de témoins. Il a fait valoir que les suspicions infondées de l'OAI constituaient un acte illicite.

Dans sa réponse du 12 juillet 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a notamment relevé qu'il importait peu que le recourant n'ait pas dégagé de revenus de son activité dans la mesure où c'étaient les ressources mises en œuvre dans l'exercice d'une profession qui étaient déterminantes. Il a précisé qu'une demande en réparation ne pouvait être faite que devant lui et non directement devant le Tribunal, et qu'aucun acte illicite ne pouvait lui être reproché, le recourant n'ayant d'ailleurs subi aucun dommage.

Par courrier du 14 septembre 2017, le recourant a requis l'audition d'un collaborateur de la [...], où il avait tenté de reprendre un travail à 50 % durant deux mois et demi fin 2016.

Dans sa réplique du 19 octobre 2017, le recourant a invoqué que l'OAI avait doublement violé son droit d'être entendu en refusant de soumettre la prise de position du Dr M._____ du 18 juillet 2016 au Dr S._____ et en n'effectuant pas le complément d'expertise sur le plan psychiatrique que ce dernier demandait. Il a réitéré ses réquisitions d'auditions.

Par duplique du 9 novembre 2017, l'OAI a précisé qu'il n'avait pas jugé judicieux de compléter l'instruction sur le plan psychiatrique, rappelant qu'il n'y avait jamais eu de suivi psychiatrique et que le recourant comptait reprendre son travail rapidement après son hospitalisation. Il s'est référé aux avis du SMR selon lesquels le rapport du Dr M._____ ne mettait pas en doute le rapport d'expertise du Dr S._____.

Le recourant a maintenu sa position dans son courrier du 21 novembre 2017.

b) Une expertise judiciaire bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, a été réalisée par les Drs B._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Parmi les pièces en leur possession, les experts se sont notamment référés à un rapport du 20 mars 2017 attestant entre autres d'un syndrome des apnées du sommeil appareillé, ainsi qu'à un rapport du 11 décembre 2017 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, lequel avait procédé à une acromioplastie, à un débridement sous-acromial et à une résection acromio-claviculaire en raison d'un conflit sous-acromial à l'épaule droite. Dans leur rapport du 17 septembre 2018, les experts ont posé les conclusions suivantes :

« **6. **Diagnostics****

6.1 **Avec répercussion sur les capacités de travail**

Spondylarthrite axiale et périphérique (M45). Cervicalgies chroniques après fracture vertébrale (M48.3). Douleur et limitation

épaule droite persistantes après chirurgie pour conflit sous acromial (M75.1). Fibromyalgie (M79). Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Déconditionnement physique généralisé. Syndrome des apnées du sommeil (Prof [...], pneumologue FMH).

6.2 Sans répercussion sur les capacités de travail

Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstiné (F10.20). Syndrome sec (Dr [...], ophtalmologue FMH). Migraine sans aura (Dr [...], neurologue FMH). Rein unique sur don d'organe

6.3 Interaction des diagnostics

Le diagnostic de **spondylarthrite axiale** (colonne vertébrale) et **périphérique** (membres) repose sur l'anamnèse, l'examen clinique et les documents radiologiques. Dans le cas présent, il ne souffre d'aucune contestation par aucun des experts. Le traitement est bien conduit, avec introduction graduelle d'au moins un représentant de chacune des classes de médicaments reconnue comme efficace. Il s'agit actuellement d'une pathologie qui continue à être active et mal contrôlée tant d'un point de vue axial que périphérique, comme l'indique les notes prises lors des examens clinique successifs du Prof M._____ et celui réalisé pendant la présente expertise, mais également selon le bilan radiologique réalisé en 2017, qui met en évidence une aggravation importante de l'atteinte pelvienne entre 2014 et 2017, avec fusion de l'articulation sacro-iliaque du côté droit, preuve irréfutable que la maladie a bien été active pendant ces années malgré les traitements pharmacologiques.

Le diagnostic de **cervicalgies chroniques** sur fracture traumatique ne souffre d'aucune discussion.

Le diagnostic de **conflit sous-acromial** a été retenu en pré-opératoire par le Prof. M._____, rhumatologue et par le Dr J._____, chirurgien orthopédiste. L'anamnèse met en évidence une évolution postopératoire défavorable, avec d'importantes douleurs et une restriction fonctionnelle majeure dans toutes les directions. L'introduction d'une physiothérapie active a permis une diminution des douleurs et une récupération seulement partielle de la fonction

Le diagnostic de **fibromyalgie** a été retenu dans la présente expertise sur la base des critères diagnostics établis en 2010^[...] et revus en 2016^[...]. Dans le contexte présent, ils ont l'avantage sur les précédents critères de 1990, de ne pas dépendre de « points de fibromyalgie » pouvant parfois poser des problèmes lors du diagnostic concomitant de spondylarthrite périphérique. Les différents éléments qui ont permis de retenir ce diagnostic sont donnés au chapitre 4.3. La présence de ce diagnostic, qui avait été avancé par le Dr S._____ sur les critères de 1990 dans son expertise, puis contesté par le Prof. M._____ justement en raison de l'utilisation des « points de fibromyalgies », se trouve ici encore renforcé à l'anamnèse par la présence de nombreux symptômes/plaintes qu'il serait difficile d'attribuer à d'autres manifestations ainsi que par la présence d'un phénomène de sensibilisation centrale attesté par les réponses au questionnaire spécifiquement destiné à évaluer cet aspect (inventaire de sensibilisation centrale, cf 4.3), élément très fréquemment présent

dans la fibromyalgie mais peu rencontré dans les spondylarthrites. Il me paraît donc en l'état difficilement contestable. [...]. »

Les experts se sont prononcés comme suit sur la capacité de travail du recourant :

« **Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

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

Son affection rhumatologi[qu]e ne lui permet plus d'exercer sa profession de carrossier ni de gestionnaire d'un établissement de carrosserie (en accord avec [les] médecins traitants et l'expertise précédente). A noter que du point de vue psychiatrique, il existe une incapacité théorique de 20% dans ces activités. [...]

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

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

Les différentes atteintes du système locomoteur entraînent des impacts multiples sur une capacité professionnelle. En raison des problèmes rachidiens, il existe d'importantes difficultés à garder une position statique (debout ou assise) pendant de longues périodes, l'alternance des positions étant la meilleure situation pour réduire l'impact des symptômes. Incapacité à réaliser des tâches en hauteur (extension de nuque) ou des mouvements réguliers et répétitifs de cette région. Pas de position en porte-à faux. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de montée-descente des escaliers de manière répétitive. Port de charge de plus de 5-7 Kg, que de manière occasionnelle. En raison des multiples aspects sur le sommeil et sur le système locomoteur, la mise en route matinale doit être considérée d'une à deux heures. Quelques atteintes des doigts, intermittentes, contre-indiquent le travail manuel répétitif et contraignant sur les mains.

Sur le plan psychiatrique, une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré devrait être une activité l'exposant peu à des situations fortement anxiogènes.

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

De façon globale, du point de vue rhumatologique et psychiatrique, le temps de présence maximale possible serait de 4h/j, avec une forte préférence pour le milieu de la journée, les débuts et les fins de journées étant plus fortement symptomatique[s].

L'évaluation repose, outre sur l'anamnèse et l'examen clinique obtenus pendant cette expertise, sur la prise en compte des éléments objectifs suivant : capacités montrées entre 2013 et 2015 pour fonder une entreprise, capacités à travailler à 50% dans un emploi adapté à la [...]. Certes, M. K. _____ souligne à ce propos

qu'il n'avait pas un rendement à 50% mais plutôt à 30%. Cependant, l'anamnèse et les réponses aux différents questionnaires (cf. point 4.3) indiquent une perception altérée de ses capacités (fréquemment rencontrée dans toute pathologie douloureuse chronique). Le fait que l'employeur lui ait proposé un engagement à 100% renforce l'idée qu'il remplissait correctement ce qui était attendu de lui. Néanmoins, en raison de cette perception altérée, de l'état actuel de déconditionnement physique, psychique et social de l'expertisé, de l'intensité des affections dont il souffre, de la durée de l'absence dans les activités professionnelles régulières et des échecs précédents, un processus de réadaptation structuré intégré à une prise en charge médicale globale et des soins multidisciplinaires qui prennent en compte tous les diagnostics précédemment répertoriés est un élément indispensable à une réinsertion professionnelle réussie.

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

En raison de la fluctuation imprévisible de ses symptômes, de la mise en route matinale qui peut parfois se prolonger sur plusieurs heures, des troubles du sommeil d'origines multiples préterrant sa récupération, et des pauses supplémentaires dont il pourrait avoir besoin pour faire face à ses troubles, une diminution de rendement de 10 à 20% doit être attendue.

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

Actuellement 50%, cf. supra. »

Dans ses observations du 17 octobre 2018, le recourant a fait valoir que sa capacité de travail était limitée à 30 % et pourrait, à l'avenir et après une prise en charge multidisciplinaire, augmenter à 50 %, avec toutefois une diminution de rendement de 10 à 20 %. Il a en outre souligné que les experts confirmaient que les vidéos prises n'apportaient que peu d'informations sur sa capacité fonctionnelle réelle et correspondaient aux constatations médicales faites, de sorte qu'on ne pouvait lui reprocher d'avoir violé son obligation de renseigner. Il a maintenu les conclusions de son recours.

Par courrier du 15 novembre 2018, l'OAI a considéré qu'il était légitimé à douter du bien-fondé des atteintes à la santé du recourant au vu des activités entreprises et a transmis un avis du SMR du 1^{er} novembre 2018 qui ne voyait pas de raison de s'écarter des conclusions des experts,

tout en relevant que ceux-ci ne s'étaient pas clairement prononcés sur l'évolution de la capacité de travail depuis 2006.

Le recourant a estimé, dans sa prise de position du 13 décembre 2018, que la mise en œuvre d'un complément d'expertise n'était pas nécessaire et qu'il y avait lieu de se référer aux constatations faites par le Dr M._____ depuis 2006. Il a par ailleurs requis que les frais d'expertise soient mis à la charge de l'OAI, de même que les frais des rapports rédigés par le Dr M._____ à la suite de l'expertise du Dr S._____, requête qu'il a réitérée dans son courrier du 5 mars 2019.

Par courrier du 14 janvier 2019, l'OAI a précisé que le Dr S._____ avait connaissance des rapports du Dr M._____ et que les éléments du dossier avaient incité le Ministère public de l'arrondissement de [...] à établir un acte d'accusation à l'encontre de l'assuré.

c) Par avis du 2 mai 2019, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'un complément d'expertise et a requis du recourant de produire toute pièce utile pour établir la durée de son travail à la [...], son taux d'occupation et le salaire perçu.

L'OAI et le recourant se sont prononcés au sujet du complément d'expertise dans leurs courriers respectifs des 14 mai 2019 (accompagné d'un avis du SMR du 9 mai 2019), 15 et 23 mai 2019. Le recourant a par ailleurs indiqué qu'il renonçait à la tenue de débats publics et a produit une copie de son contrat de durée déterminée, conclu avec la [...] pour une activité à 50 % du 10 octobre 2016 au 31 décembre 2016, ainsi qu'une attestation de travail datée du 21 mai 2019, laquelle précisait qu'il n'avait pu effectuer qu'un 30 % puisqu'il était contraint de s'arrêter fréquemment raison de ses soucis médicaux car la charge de travail était physiquement éprouvante.

d) Par requête du 5 juillet 2019, le recourant a sollicité le versement d'un acompte de 10'000 fr. à faire valoir sur les arrérages de

rentes et rentes d'invalidité à verser, invoquant la situation difficile dans laquelle lui et sa famille se trouvaient.

L'OAI a refusé de donner suite à cette requête dans son courrier du 11 juillet 2019.

Le juge instructeur a également rejeté cette requête par avis du 25 juillet 2019.

e) Dans leur complément d'expertise du 11 septembre 2019, les Drs D._____ et B._____ se sont prononcés comme suit sur la capacité de travail résiduelle du recourant depuis 2013 :

« Du point de vue rhumatologique, les affections dont souffre[...] Monsieur K._____ ont un caractère fluctuant avec des variations parfois relativement importantes d'un jour à l'autre, parfois pouvant s'étendre sur des périodes de quelques jours à quelques semaines. En fonction des éléments du dossier, il n'y a aucun argument pour penser qu'une situation cliniquement très différente ait été présente de manière suffisamment soutenue pour influencer la capacité de travail depuis 2013.

Sur le plan psychiatrique l'expertisé a été hospitalisé en milieu spécialisé du 23 au 25 octobre 2016. Il est sorti à sa propre demande pour reprendre son travail. Il a par la suite été suivi durant quelques mois par un centre de soin psychiatrique. La capacité de travail a donc été nulle du 23 au 25 octobre 2016. La diminution de la capacité de travail de 20 % après cet épisode est comprise dans la diminution globale de la capacité de travail de 50 %. »

Les experts ont précisé que le recourant avait commencé à souffrir de troubles psychiques en 2015, mais sans que son état ne nécessite de prise en charge psychothérapeutique ni de prescription médicamenteuse, de sorte que l'effet sur la capacité de travail pouvait être considéré comme non significatif. Ils ont par ailleurs confirmé que la diminution de rendement de 10 à 20 % venait s'ajouter à la capacité de travail résiduelle de 50 %. Sur question de l'OAI, les experts se sont en outre prononcés sur la capacité de travail du recourant depuis l'accident de 2005 jusqu'en 2013.

Dans sa détermination du 24 septembre 2019, le recourant a considéré, sur la base du complément d'expertise, que sa capacité de

travail était de 40 à 45 % dans une activité adaptée depuis le 24 janvier 2007, qu'une activité adaptée ne serait exigible qu'après une prise en charge multidisciplinaire bien conduite et que les pièces au dossier avaient montré que son activité pour Q._____ SA n'était qu'occupationnelle, rappelant qu'il n'avait réalisé aucun revenu comme administrateur de cette société. Il a de nouveau conclu au remboursement par l'OAI des frais de l'expertise du Dr M._____, à hauteur de 1'500 fr., qu'il considérait comme ayant été nécessaire pour contrer l'expertise du Dr S._____.

Par courrier du 7 octobre 2019, l'OAI a estimé qu'il n'avait pas à supporter les frais de l'expertise privée du Dr M._____, pas plus que ceux de l'expertise judiciaire, précisant que les rapports du service LFA et l'expertise du Dr S._____ avaient démontré des ressources chez le recourant qui remettaient en cause l'octroi d'une rente. L'intimé a transmis un avis médical du SMR du 1^{er} octobre 2019, lequel s'écartait de l'appréciation des experts pour la période d'août 2005 à janvier 2007 et faisait remonter à août 2011 la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 10 à 20 %.

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 point de savoir si l'OAI était fondé à supprimer de manière rétroactive au 1^{er} juin 2013 la rente d'invalidité entière dont le recourant bénéficiait depuis le 1^{er} septembre 2010.

c) La conclusion du recourant tendant à l'octroi d'une indemnité pour tort moral est irrecevable. Il n'appartient pas au juge des assurances sociales de statuer sur une telle indemnité, matière qui est de la compétence du juge civil (art. 49 CO [code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220]).

d) Il en va de même de la conclusion du recourant tendant au constat de l'acte illicite qu'il reproche à l'intimé d'avoir commis. Une éventuelle demande en réparation doit en effet être adressée à l'OAI (art. 59a LAI en lien avec l'art. 78 LPGA).

3. a) Le recourant soutient que l'OAI a violé son droit d'être entendu, d'une part, en refusant de soumettre la prise de position du Dr M._____ du 18 juillet 2016 au Dr S._____ et, d'autre part, en

n'effectuant pas le complément d'expertise sur le plan psychiatrique que ce dernier demandait.

b) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

c) On peut relever à titre préalable que les principes posés par la jurisprudence en cas de mise en œuvre d'une expertise, et plus particulièrement les droits de participation du recourant (ATF 139 V 496 consid. 4.1 ; 137 V 210), ont été respectés en l'occurrence puisque celui-ci a été informé de la mise en place de l'expertise, du nom de l'expert ainsi que des questions qui lui étaient soumises et qu'il a pu lui poser des questions complémentaires (cf. courriers de l'OAI au recourant des 8 décembre 2015 et 5 janvier 2016 et courrier du recourant au Dr S. _____ du 14 janvier 2016).

S'agissant du reproche fait à l'OAI de ne pas avoir interpellé le Dr S. _____ sur la prise de position du Dr M. _____ du 18 juillet 2016, il faut constater que cette question n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves. Comme mentionné ci-dessus, l'assureur peut renoncer à mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains fait présentent le degré de preuve requis par les

circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (Jacques Olivier Piguet, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales [éd. Dupont/Moser-Szeless], Bâle 2018, n° 12 ad art. 43). En l'occurrence, l'OAI a tenu compte du rapport du Dr M. _____ du 18 juillet 2016, mais estimé que ce dernier n'amenait pas d'argument qui puisse modifier l'appréciation de l'exigibilité du recourant (avis médical du SMR de 5 septembre 2016). Il s'agit par conséquent d'un grief qui sera examiné avec le fond du litige.

Dans le même sens, on ne saurait voir de violation du droit d'être entendu dans le fait que l'OAI n'a pas demandé un complément d'expertise sur le plan psychiatrique. Il faut relever à ce sujet que dans son avis du 30 mai 2016, le SMR a jugé utile de s'adresser dans un premier temps au psychiatre traitant du recourant, puis s'est informé auprès de son médecin traitant (avis médical du 5 juillet 2016) et, sur la base des rapports reçus, a considéré qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'une atteinte à la santé incapacitante jusqu'alors. Il a en outre estimé que le rapport médical relatif au séjour du recourant à l'Hôpital de [...] faisait état d'une nouvelle atteinte à la santé, à savoir un épisode dépressif manifestation réactionnel aux difficultés que traversait alors l'assuré dans sa vie familiale et sur le plan professionnel (avis médical du 17 novembre 2016). L'appréciation que l'OAI a faite des éléments psychiques ressortant du dossier sera examinée avec le fond du litige.

4. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force. Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une

décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit) ou sur une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits, il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4 et 5).

b) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). La décision peut également relever d'un acte informel de l'administration lorsque l'assureur social agit en envoyant une simple lettre, comme le prévoit la procédure simplifiée de l'art. 51 LPGA, contre laquelle le destinataire n'a pas manifesté son désaccord dans un délai raisonnable (Margit Moser-Szeless, in Commentaire romand précité, n° 24 et 30 ad art. 53).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017, consid. 2). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à

conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

d) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

Selon l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner (let. b).

5. a) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) 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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) 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).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. a) En l'occurrence, l'OAI a découvert en janvier 2015 que le recourant a créé une société anonyme en juin 2013, dont il est l'administrateur unique avec signature individuelle. Il s'agit à l'évidence d'un fait nouveau dont l'OAI n'avait pas connaissance au moment de sa communication du 6 septembre 2013, par laquelle il a confirmé le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, initialement octroyée à partir du 1^{er} septembre 2010 par décision du 19 mars 2012. Il convient d'examiner

si ce fait nouveau est important, à savoir s'il est de nature à modifier l'état de fait et à conduire à une décision différente. Cela revient à examiner, au regard de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du recourant s'est modifié de façon notable depuis la décision initiale d'octroi d'une rente entière (ayant fait suite à l'octroi d'un quart de rente du 1^{er} août 2006 au 31 août 2010).

b) A cette fin, l'OAI a fait réaliser une expertise rhumatologique par le Dr S._____. Celui-ci a conclu que le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2016, au motif que la spondylarthrite ankylosante qu'il présentait était en rémission et que les autres diagnostics, parmi lesquels figurait une fibromyalgie, n'étaient pas incapacitants. Le Dr S._____ a évalué l'activité de l'assuré dans le cadre de sa société à un 30 % au maximum et précisé qu'elle était en adéquation avec sa maladie. Comme déjà mentionné ci-dessus, il a en outre constaté un état dépressif et recommandé de faire réaliser une expertise psychiatrique. L'OAI n'a toutefois, sur la base des informations recueillies, pas jugé nécessaire de mettre en œuvre une telle expertise. L'intimé a par ailleurs estimé que la reprise d'activité en juin 2013 permettait de démontrer, au niveau de la vraisemblance prépondérante, que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès cette date déjà. De son côté, le Dr M._____ a émis des critiques à l'encontre du rapport d'expertise, faisant valoir que la spondylarthrite ankylosante était toujours active, et a maintenu qu'à son avis, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée restait d'au maximum 30 % (rapport du 18 juillet 2016). On peut d'ailleurs préciser à cet égard que le Dr S._____ avait connaissance de la position du Dr M._____ lorsqu'il a pris ses conclusions (cf. rapport d'expertise p. 4 à 6, 13, 14).

Au vu de cette situation, le juge instructeur a décidé de faire réaliser une expertise judiciaire, avec un volet rhumatologique et également psychiatrique. Le grief du recourant qui reproche à l'OAI de ne pas avoir mis en œuvre une expertise psychiatrique est dès lors sans objet, puisque la question d'un éventuel renvoi de la cause à l'OAI pour

mise en place d'une telle expertise dans le cadre de son devoir d'instruction (art. 43 LPGA) ne se pose plus.

c) Le rapport d'expertise des Drs B. _____ et D. _____ du 17 septembre 2018 conclut à l'existence chez le recourant d'une capacité de travail globale de 50 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10 à 20 %, les limitations fonctionnelles étant la possibilité de pouvoir alterner les positions assises et debout, l'incapacité d'effectuer des tâches en hauteur ou des mouvements réguliers et répétitifs avec la nuque, l'absence des positions en porte à faux, de la marche en terrain irrégulier, de montées-descentes d'escaliers de manière répétitive, le port de charge de plus de 5 à 7 kg ne doit se faire que de manière occasionnelle, et le travail manuel répétitif et contraignant sur les mains est également contre-indiqué. Il faut en outre tenir compte du fait que le recourant nécessite une mise en route matinale d'une à deux heures et qu'il est préférable qu'il exerce une activité ne l'exposant que peu à des situations fortement anxiogènes. Dans leur complément du 12 septembre 2019, les experts ont précisé que le recourant bénéficiait déjà d'une telle capacité de travail en 2013. On peut préciser à toutes fins utiles qu'il n'y a pas lieu d'examiner la période antérieure à 2013, celle-ci ne faisant pas partie de l'objet de la contestation.

Tant dans leur rapport d'expertise que dans son complément, les Dr D. _____ et B. _____ ont posé leurs conclusions de manière motivée et détaillée après avoir procédé à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, en pleine connaissance du dossier ainsi que de l'anamnèse complète du recourant et en tenant compte de ses plaintes. Ils ont également pris le soin de contacter téléphoniquement les médecins traitants de l'assuré. Leur rapport d'expertise et son complément doivent dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Sur le plan rhumatologique, les experts exposent de manière convaincante les raisons qui leur font dire qu'il y a lieu de retenir tant le diagnostic de spondylarthrite ankylosante que celui de fibromyalgie. Ils se

prononcent notamment sur les contradictions des avis respectifs des Drs S._____ et M._____, en expliquant que les examens radiologiques – dont le Dr S._____ ne disposait pas – permettent clairement de démontrer que la spondylarthrite ankylosante est toujours active (expertise p. 42). Ils précisent cependant qu’une partie des symptômes rapportés par l’expertisé ne sont pas attribuables à cette atteinte, mais sont en lien avec la fibromyalgie, diagnostic qu’ils retiennent sur la base des nouveaux critères établis par la science médicale, qui ne dépendent plus des points de fibromyalgie (expertise p. 36). Ils constatent par ailleurs la persistance de cervicalgies chroniques faisant suite à la fracture vertébrale, l’existence de douleurs et limitations à l’épaule droite en raison d’un conflit sous-acromial opéré en 2017, ainsi que la présence d’un déconditionnement physique et d’un syndrome d’apnées du sommeil.

Sur le plan psychique, le Dr D._____ conclut à la présence de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) depuis 2015. Il considère en outre que le recourant a présenté deux épisodes de trouble de l’adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F43.22), le premier au moment de son hospitalisation en octobre 2016 faisant suite à la tentative de suicide par intoxication volontaire, épisode de courte durée compte tenu de la reprise de son travail à la [...], et le second en mars 2018, en rapport avec les menaces de rupture de son épouse, à la suite de quoi il a débuté une prise en charge auprès d’un psychiatre et effectué un sevrage alcoolique, qui ont permis une amélioration rapide de son état.

L’évaluation de la capacité de travail du recourant que les experts ont faite tient compte de l’interaction des différents diagnostics (pp. 35-37 de l’expertise), y compris de l’existence progressive d’un état de dépendance à l’alcool entre 2015 et 2018 (expertise p. 41), ainsi que des activités exercées par le recourant dans sa société et de sa tentative de reprise d’un travail salarié à la [...] (expertise p. 40). Les experts se sont également prononcés sur les éléments ressortant du rapport de surveillance de l’OAI de 2015, estimant qu’ils n’apportaient que peu d’informations intéressantes sur la capacité fonctionnelle réelle du recourant et étaient cohérents avec leurs observations cliniques (expertise

p. 41). S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, les experts se sont référés à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'appréciation du caractère invalidant de ce genre d'atteintes et ont dès lors jugé opportun de procéder à un examen global des répercussions - provenant tant de la fibromyalgie que de la spondylarthrite ankylosante - sur les capacités fonctionnelles du recourant, expliquant qu'il était quasi impossible de différencier ce qui appartient à l'une ou à l'autre de ces affections (expertise pp. 43-44).

Si les experts ne se réfèrent pas explicitement au niveau catalogue d'indicateurs pour évaluer le caractère invalidant des troubles psychiques du recourant, il faut néanmoins constater qu'ils font une appréciation globale qui tient compte de manière adéquate des critères établis par la jurisprudence. Ainsi, ils n'excluent pas tout caractère invalidant au trouble anxieux et dépressif mixte présenté par le recourant, mais considèrent que celui-ci a entraîné une incapacité de travail de 20 % depuis octobre 2016 (cf. expertise p. 46 et complément pp. 3-4). Le Dr D. _____ a notamment tenu compte du caractère plus ou moins prononcé des éléments qui fondent ce trouble, précisant qu'il s'agissait d'une symptomatologie anxieuse et dépressive relativement légère, ne justifiant pas un diagnostic de trouble dépressif (expertise p. 38) et qu'il s'agit d'un trouble de faible intensité (expertise p. 45). Il a également tenu compte des traitements entrepris, respectivement de l'absence de traitement et suivi psychiatriques de longue durée (expertise p. 45), de l'effet et de l'interaction avec les comorbidités physiques présentes (expertise p. 37) et des ressources du recourant, quoique de manière extrêmement brève (expertise p. 45). Les experts ont par ailleurs indiqué qu'il n'existait pas d'incohérence importante entre les diagnostics retenus, les plaintes actuelles de l'expertisé et leur répercussion fonctionnelle (expertise p. 41 et 44). On peut par conséquent se rallier à l'incapacité de travail de 20 % à laquelle ils concluent sur le plan psychique qui, au vu des éléments retenus, permet largement de tenir compte des effets des troubles anxieux et dépressifs mixtes du recourant sur sa capacité de travail.

Au final, compte tenu des atteintes tant physiques que psychiques, il y a lieu de conclure que le recourant présente depuis 2013 une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10 à 20 %.

d) Il faut constater que dans la décision attaquée, l'OAI a exclu tout droit à une rente depuis le 1^{er} juin 2013 sans toutefois procéder au calcul du taux d'invalidité du recourant. En outre, les taux d'invalidité fixés dans la décision de l'OAI du 19 mars 2012 résultaient d'une comparaison des gains par le biais de la méthode extraordinaire, que la Cour de céans avait jugé applicable, étant rappelé qu'il avait alors été constaté qu'on ne pouvait exiger du recourant qu'il abandonne son activité indépendante, activité qu'il a finalement arrêtée par la suite. Au vu de ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède au calcul du degré d'invalidité du recourant en 2013, étant rappelé que l'objet du litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'OAI a prononcé la suppression de la rente d'invalidité du recourant avec effet rétroactif à partir de juin 2013. On peut à cet égard préciser qu'une éventuelle suppression ou diminution de rente pourrait effectivement prendre effet de manière rétroactive au 1^{er} juin 2013 en application de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI, puisque le recourant a violé son obligation de renseigner, comme cela a déjà été jugé dans l'arrêt de la Cour de céans du 10 novembre 2016 (AI 224/15 - 325/2016, consid. 4c). L'intimé est dès lors invité à établir les revenus avec et sans invalidité du recourant en 2013, compte tenu de la capacité de travail arrêtée ci-dessus, à savoir 50 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10 à 20 %, puis à rendre une nouvelle décision relative au droit du recourant à une rente d'invalidité depuis juin 2013.

7. Il ressort de ce qui précède que les pièces au dossier ont permis à la Cour de céans d'établir la capacité de travail du recourant, sans qu'il soit nécessaire d'entendre celui-ci ou les témoins qu'il propose d'auditionner. Les requêtes du recourant en ce sens doivent par conséquent être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 140

I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; cf. également consid. 3b supra).

Le recourant a par ailleurs fait savoir qu'il renonçait à une audience de débats publics par courrier du 15 mai 2019.

8. a) Le recourant requiert en outre que les frais d'expertise soient mis à la charge de l'OAI, de même que les frais du rapport rédigé par le Dr M._____ à la suite de l'expertise du Dr S._____, à hauteur de 1'500 fr., qu'il considère comme ayant été nécessaire pour contrer l'expertise du Dr S._____.

b) Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

De même, selon la jurisprudence, les frais d'une expertise judiciaire seront mis à la charge de l'autorité administrative lorsque celle-ci a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 139 V 225 ; 137 V 210). En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé

ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4).

c) En l'occurrence, on ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir procédé à une instruction lacunaire. L'intimé a en effet fait réaliser une expertise rhumatologique auprès du Dr S._____ afin d'établir la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant sur le plan somatique. Au niveau psychique, le Dr S._____ a constaté un état dépressif chez le recourant et estimé qu'un complément d'expertise sur le plan psychique était nécessaire. Avant d'envisager un tel complément, l'OAI, suivant les recommandations du SMR (avis du 30 mai 2016), a sollicité des renseignements auprès du psychiatre traitant de l'assuré. Il s'est alors avéré que le recourant avait consulté le Dr U._____ au F._____ seulement à trois reprises avant d'être réadressé à son médecin traitant (rapport du 17 juin 2016). L'OAI a alors demandé un rapport médical actualisé au médecin traitant. Dans son rapport du 13 octobre 2016, le Dr P._____ a uniquement mentionné que le recourant prenait un antidépresseur, sans plus d'indications. En ce qui concerne l'hospitalisation du recourant à l'Hôpital de [...], le SMR a considéré qu'il s'agissait d'une nouvelle atteinte à la santé qu'il y aurait lieu de réévaluer ultérieurement (avis du 17 novembre 2016). Il faut ainsi constater que l'OAI a instruit la problématique psychique du recourant et que les pièces au dossier ne faisaient pas apparaître de manière évidente la nécessité de faire réaliser une expertise psychiatrique. On peut notamment relever qu'aucun diagnostic psychique n'avait été posé, étant précisé que le rapport d'hospitalisation fait uniquement référence à un « épisode de

dépression » et que le recourant a repris son travail tout de suite après. Finalement, dans la mesure où une expertise judiciaire s'avérait nécessaire afin de départager l'avis du Dr M._____ de celui du Dr S._____, il était opportun d'y rajouter un volet psychiatrique afin d'avoir une évaluation complète de la capacité de travail du recourant.

En ce qui concerne le rapport du Dr M._____ du 18 juillet 2016, force est de constater que celui-ci n'a pas permis d'établir de manière concluante l'état de fait médical en palliant un défaut d'instruction de la part de l'OAI. Cet avis constitue au contraire une appréciation différente de la même situation.

Les requêtes du recourant tendant à mettre à la charge de l'intimé les frais d'expertise judiciaire ainsi que les frais relatifs au rapport du Dr M._____ du 18 juillet 2016 doivent dès lors être rejetées.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

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 de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 4'000 fr., débours et TVA compris vu la complexité de la procédure (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais

judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 18 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- 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 :