

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 janvier 2021

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean Orso, avocat à Genève,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; art. 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. **a)** C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme ferrailleur auprès de [...] jusqu'au 30 novembre 2012.

Le 25 juillet 2012, 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) en raison d'atteintes à sa colonne vertébrale.

Dans un rapport du 22 août 2012, le Dr D._____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics incapacitants de discopathies étagées, de sciatalgies et d'autres névralgies étagées existant depuis 2010 et a arrêté la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle à 25 %. Ce médecin a par la suite précisé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (incapacité physique à soulever) (rapport du 3 décembre 2012).

Par avis du 11 décembre 2012, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que l'assuré souffrait de lombosciatalgies avec dorso-lombalgies chroniques sur des atteintes dégénératives du rachis, d'une discopathie C6-C7, de troubles statiques dorsaux et lombaires et d'une névralgie d'Arnold. Sa capacité de travail était de 25 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7.5 kg ; pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout ; pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance ; pas de montée ou descente d'escaliers à répétition ; pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur ; pas de position statique debout immobile au-delà de dix à quinze minutes).

Par décision du 19 février 2013 confirmant un projet du 11 janvier 2013, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures de reclassement au motif que ce dernier présentait un degré d'invalidité insuffisant pour lui ouvrir le droit à ces prestations.

b) Le 24 juin 2013, l'assuré a informé l'OAI de l'aggravation de son état de santé et a demandé que lui soit octroyée une rente d'invalidité.

Par rapport du 8 juillet 2013, le Dr D._____ a posé le diagnostic de polyarthrose évolutive avec évolution récente. Il a expliqué que, depuis son dernier rapport, il avait constaté l'apparition de fissurations méniscales internes grade 3 bilatérales, une péjoration des coxalgies bilatérales - surtout en posture debout prolongée - et une péjoration de l'omalgie droite. Il persistait en outre des douleurs sur l'ensemble du rachis avec des craquements du rachis cervical et lombaire. Le médecin en concluait que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle alors qu'elle s'élevait, dans une activité adaptée, à 50 %. Par envoi du 23 décembre 2013, le Dr D._____ a posé le diagnostic incapacitant de polyinsertionite chronique à prédominance axiale et rhizomélique. Il a expliqué que l'assuré avait bénéficié, fin mai, d'une infiltration de l'épaule droite pour une atteinte inflammatoire d'origine dégénérative ainsi que, le 19 juillet 2013, d'une arthroscopie bilatérale des genoux pour des lésions méniscales dégénératives. Le cas était maintenant stabilisé, avec cependant des douleurs alléguées par l'intéressé au niveau du rachis et des ceintures, douleurs essentiellement liées à une polyinsertionite entrant dans le cadre d'une fibromyalgie pour laquelle les conditions psychologiques et socio-économiques jouaient un rôle non négligeable et qui n'empêchaient cependant pas la reprise d'une activité professionnelle adaptée.

Dans un rapport du 5 mars 2014, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a

posé les diagnostics de dysplasie bilatérale des hanches avec lésion du bourrelet et de conflit acétabulaire supérieur.

Par rapport du 8 avril 2014, le Dr D._____ a relevé la péjoration de l'état de santé de son client depuis le 23 décembre 2013, précisant que le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, préconisait une arthroscopie de la hanche et, en cas d'échec de cette intervention, la pose d'une prothèse de hanche bilatérale. L'activité adaptée n'était, selon ce médecin, plus exigible au taux de 100 % mais éventuellement à 50 %.

Par décision du 8 mai 2014 confirmant un projet du 25 mars 2014, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré.

Par acte du 11 juin 2014, l'assuré, représenté par Me Jean Orso, a recouru à l'encontre de la décision du 8 mai 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il lui soit reconnu un degré d'invalidité minimum de 56.49 % et qu'il lui soit octroyé une rente d'invalidité correspondante dès le 8 juillet 2013, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision.

L'assuré a subi des opérations des hanches droite puis gauche les 12 juin et 24 juillet 2014.

Le 17 septembre 2014, il a produit un courriel du Dr D._____ indiquant que, depuis ces interventions, la capacité de travail de l'intéressé avait encore diminué et préconisant une évaluation par un chirurgien orthopédiste ou un expert en chirurgie orthopédique.

Par réponse du 23 septembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans un envoi du 2 octobre 2014, le Dr D._____ a signalé à l'OAI que son patient présentait maintenant une atteinte psychique dont la sévérité lui avait été confirmée par la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par réplique du 17 octobre 2014, l'assuré a confirmé ses précédents motifs et conclusions.

Aux termes d'une attestation médicale du 17 novembre 2014, le Dr D._____ a contre-indiqué toute activité professionnelle pour l'assuré en raison de troubles graves et multiples de l'appareil locomoteur.

Le même jour, l'assuré a produit un rapport du 16 octobre 2014 de la Dre G._____ rendant compte du suivi de l'intéressé, débuté le 9 mai 2014. Cette spécialiste y posait les diagnostics de trouble anxieux et dépressif - aggravé depuis l'intervention du 24 juillet 2014 -, de syndrome somatique et d'état dépressif majeur, moyen versus sévère, avec des éléments psychotiques.

Par duplique du 27 novembre 2014, l'OAI a maintenu sa position. Il a produit un avis du 20 novembre 2014 du Dr S._____, médecin auprès du SMR, retenant qu'il ressortait des documents médicaux produits dans le cadre du recours que l'assuré présentait une atteinte à la santé psychique justifiant que soit ordonnée une expertise bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique.

L'assuré a été hospitalisé auprès de la [...] du 3 au 13 novembre 2014 en raison d'un isolement social et de symptômes psychotiques. Dans leur compte rendu d'hospitalisation du 24 novembre 2014, les Drs L._____ et W._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant auprès de [...], ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2) et de trouble somatoforme, sans précision (F45.9). L'assuré s'était présenté en mode volontaire dans le contexte d'un trouble somatoforme avec

apparition d'éléments psychotiques à type persécutoires et sous forme d'hallucinations visuelles cénesthésiques.

Par acte du 26 février 2015, l'assuré a conclu à ce que soit ordonnée une expertise pluridisciplinaire en vue de déterminer sa capacité de travail.

Dans un rapport du 27 février 2015, les Drs L._____ et W._____ ont rendu compte d'une nouvelle hospitalisation de l'assuré, entamée le 12 février 2015. Ces médecins retenaient le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et relevaient notamment ce qui suit :

« Sur le plan clinique, le patient présente une thymie triste, une perte de la motivation. Il arrive à l'hôpital dans un état de prostration, ne regarde pas son interlocuteur dans les yeux. Le discours est pauvre, le patient arrive difficilement à élaborer. Il présente des hallucinations auditives et cénesthésiques (il entend des bruits sourds et a le sentiment que son corps entier est écrasé par un poids lourd ou qu'il est traversé par un[e] décharge électrique). A cela s'ajoute un fort sentiment de persécution, avec le sentiment que les gens lui veulent du mal, et il se sent observé. Il présente de fortes angoisses. Nous constatons également au niveau du contexte de vie un grand isolement social et une grande souffrance psychique.

En fonction des symptômes décrits ci-dessus, le patient bénéficie d'un point de vue médicamenteux d'un traitement neuroleptique, antidépresseur et anxiolytique.

Nous pensons que cette pathologie est présente de longue date, probablement depuis 3 ans environ, avec une tendance à la chronicisation des symptômes ».

Par acte du 2 mars 2015, l'assuré a confirmé la requête d'expertise formulée à l'appui de son recours et produit un rapport d'ergothérapie du 16 février 2015.

Par acte du 1^{er} avril 2015, l'OAI a relevé que la problématique psychiatrique dont se prévalait l'assuré pouvait avoir eu des incidences sur sa capacité de travail déjà pour la période ayant précédé sa décision du 8 mai 2014. Il se référait à cet égard à un avis du 20 mars 2015 du Dr

S._____ expliquant que cette situation justifiait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avec un volet rhumatologique.

Dans une écriture du 1^{er} mai 2015, l'assuré a confirmé ses précédents motifs et conclusions.

Par arrêt du 15 juin 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision rendue le 8 mai 2014 par l'OAI et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants, au motif que l'instruction du dossier devait être complétée sur le plan médical.

c) L'OAI a mandaté les Drs H._____, spécialiste en rhumatologie, et K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue de la réalisation d'une expertise bidisciplinaire.

Dans un envoi du 5 septembre 2016, le Dr H._____ a indiqué avoir examiné l'assuré conjointement avec le Dr K._____. Il a joint un rapport d'expertise dont il a précisé qu'il devait être compris comme le volet rhumatologique d'une expertise bidisciplinaire effectuée avec le Dr K._____. De ce rapport on extrait ce qui suit (sic) :

« III. DIAGNOSTICS

1. Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome pertrochantérien bilatéral chronifié
 - status post levée d'un conflit coxo-fémoral de la hanche D et G en 2014

2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent
 - diminution du seuil de tolérance à la douleur.
- Syndrome cervico-brachial récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - minime discopathie C6-C7

- Syndrome lombo-vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie significative
- Omalgies D sans signe de conflit ou de discopathie
- Gonalgies D sans signes méniscaux ou tendineux
 - status post arthroscopie en 2013 pour méniscopathie interne.

[...]

V. COHERENCE

1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de la personne assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de la personne assurée

On note une divergence entre les symptômes décrits, l'examen clinique et les examens paracliniques et le comportement de la personne tant lors de l'examen que dans ses activités professionnelles et de la vie quotidienne. Le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur et l'impotence fonctionnelle décrites.

[...]

VI. CAPACITE DE TRAVAIL

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

1.1 Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité antérieure de ferrailleur, est estimée, à 0%.

Dans une activité adaptée : à 100%.

Du point de vue bi-disciplinaire après discussion avec le Dr K. _____ en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 0%.

[...]

1.4. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

On assiste à une diminution de sa capacité de travail depuis juillet 2013, date de l'opération du genou et depuis juin 2014, date de l'opération des hanches.

En décembre 2014, une reprise d'une activité professionnelle aurait, du point de vue rhumatologique, raisonnablement pu être exigée.

[...]

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de la personne assurée ?

2.1 Une capacité de travail est-elle possible ? Si oui, depuis quand ?

Une capacité de travail tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique est possible et ce, dès ce jour, à 100%

2.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (heures par jour)

Du point de vue rhumatologique dans une activité adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux, et le port de charge de plus de 5-10 kg, sa capacité de travail pourrait être à notre avis totale.

Du point de vue bi-disciplinaire : après discussion avec le Dr K._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 100%.

2.3 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Dans une activité professionnelle adaptée en intégrant l'aspect rhumatologique et psychiatrique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement de plus de 20% au vu de sa longue inactivité professionnelle ».

A la suite de deux entretiens avec l'expertisé, les 8 et 25 août 2016, le Dr K._____ a rendu, le 6 septembre 2016, un rapport dont on extrait ce qui suit :

« V Diagnostics

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Aucun au plan psychique.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Episodes récurrents de dépression réactionnelle, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01).

[...]

VI. Capacité de travail

[...]

En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, il n'y a pas d'incapacité de travail durable au plan psychique ».

Dans un avis du 30 septembre 2016, le Dr S._____ s'est rallié aux conclusions des Drs H._____ et K._____ et a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le mois de juillet 2013 et entière dès le mois de décembre 2014 dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles (port de charges répétitif en porte-à-faux de plus de 5 à 10 kg et flexion-extension du rachis cervical).

Par projet du 9 février 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} juillet 2014 et le 28 février 2015.

Par acte du 8 mars 2017, l'assuré, représenté par Me Orso, s'est opposé au projet précité. Il a fait valoir que son état de santé psychique était détérioré depuis 2014, que l'appréciation du Dr K._____ se fondait sur son état à la sortie d'une hospitalisation auprès de [...] du 27 juillet au 8 août 2016 – dont les experts n'avaient pas tenu compte – de sorte qu'elle était biaisée. Il a ajouté être de nouveau hospitalisé depuis le 2 mars 2017. A l'appui de son opposition, il a produit :

- une attestation du 1^{er} mars 2017 du Dr D._____ relevant que l'état psychique de son patient s'était nettement dégradé depuis le mois de novembre 2014 et que la situation s'était encore péjorée depuis l'expertise psychiatrique effectuée en mai [recte : septembre] 2016 et retenant une capacité de travail très réduite même pour une activité adaptée sur le plan somatique ;
- un rapport du 13 février 2017 des Drs J._____, chef de clinique adjoint auprès de [...], et W._____ rendant compte de l'hospitalisation de l'assuré entre le 27 juillet et le 8 août 2016 pour mise à l'abri d'une péjoration anxio-dépressive et indiquant

en particulier que les entretiens effectués dans ce cadre avaient porté sur les difficultés financières et les craintes de renvoi de l'assuré. Ce dernier avait bénéficié d'une médication anxiolytique qui avait été progressivement diminuée.

L'assuré a complété son opposition le 30 juin 2017 et a produit :

- un certificat médical du 12 mars 2017 de la Dre G._____ indiquant que, depuis le 30 mai 2014, l'assuré avait présenté trois décompensations psychotiques mettant en danger sa vie et celle d'autrui et ayant conduit à son hospitalisation en urgence. Cette spécialiste a indiqué que, lors du dernier rendez-vous, le 22 février 2017, l'intéressé s'était présenté en tenant un discours difficilement compréhensible, évoquant un désir de mourir, sans mentionner de plan préétabli ;
- un rapport du 14 juin 2017 des Drs B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T._____, respectivement médecin chef et médecin assistant auprès de [...], rendant compte du traitement suivi par l'assuré auprès du [...] du 14 mars au 29 mai 2017 et dont on extrait ce qui suit :

« Nous avons rencontré Monsieur C._____ suite à une hospitalisation en PLAF (hospitalisation non volontaire) pour une tentative de suicide par veinoséction, dans le contexte d'une situation psychosociale complexe. Selon l'anamnèse que nous avons eue à disposition, Monsieur souffre d'épisodes dépressifs sévères associés à des symptômes psychotiques récidivants depuis l'année 2013.

Au cours du traitement de crise, nous mettons en évidence chez le patient une symptomatologie plus grave caractérisée par : une thymie dépressive, un ralentissement psychomoteur, un isolement social, une fatigabilité élevée, une perte de plaisir dans les activités de la vie quotidienne, une diminution de la capacité de la concentration, des idées de culpabilité relatives à sa situation sociale associées à un sentiment de honte et de dévalorisation, une perte d'espoir concernant l'avenir, des troubles du sommeil, des pensées fluctuantes concernant des autoagressions physiques, tout ceci posant les critères d'un épisode dépressif sévère. Monsieur C._____ présente également des hallucinations visuelles (araignées fluorescentes, visages méprisants), auditives (sifflements dans les oreilles lui donnant des ordres), cénesthésiques (décharges

électriques dans le corps). Le patient a eu des épisodes où il s'est senti contrôlé par ses hallucinations auditives, notamment lors de son geste suicidaire récent où les sifflements lui auraient ordonné d'aller acheter un couteau pour se tuer. Il se sent également jugé par ses hallucinations visuelles. Des idées délirantes ont été mises en évidence, notamment le fait que les autres pourraient lire et contrôler ses pensées, influencer ses actes (symptomatologie psychotique fluide). Ces idées délirantes ont provoqué un retrait social et un rétrécissement des contacts humains de Monsieur, celui-ci se sentant à l'aise seulement avec certaines personnes de confiance. Des symptômes négatifs sont également présents, notamment apathie, pauvreté dans le discours, émoussement affectif, perte d'intérêts pour les activités de la vie quotidienne.

Ce tableau clinique, comprenant des éléments de type dépressif et de type schizophrénique qui prennent tous deux le devant de la scène, est indicatif d'un trouble schizo-affectif de type dépressif (CIM-10 : F25.1).

La symptomatologie schizophrénique de Monsieur s'amende sous l'effet d'un traitement de Risperidone 8 mg/jr, sans pour autant disparaître complètement. La symptomatologie dépressive a une amélioration sous ce traitement tout en restant d'intensité indicative d'un épisode dépressif sévère. Les taux plasmatiques du médicament et de son métabolite actif mesurés pendant le traitement étaient dans la norme.

Nous avons la notion que cette symptomatologie a débuté avec la dégradation du contexte social de Monsieur, en cours d'année 2013, allant en s'aggravant par la suite. Cela est en effet compatible avec l'impossibilité du patient de commencer un nouveau travail après la perte de son dernier emploi ainsi qu'avec son parcours de soin, à savoir un suivi psychiatrique depuis 2013 avec la Dre G. _____ et trois hospitalisations psychiatriques à [...].

A noter que Monsieur C. _____ nous fait part d'une grande fatigue physique en lien avec une maladie rhumatologique atteignant apparemment ses articulations et d'une perte de dents qu'il ne peut pas soigner à cause de ses difficultés économiques ».

Par avis du 22 août 2017, le Dr R. _____, du SMR, a retenu que le diagnostic de trouble schizo-affectif évoqué pour la première fois en juin 2017 ne justifiait pas de s'écarter de l'expertise des Drs H. _____ et K. _____. Le tableau clinique présenté ne semblait pas différer de celui qui avait été décrit par [...] entre le 27 juillet et le 8 août 2016 et le caractère psychotique de certains symptômes avait déjà été évalué de façon convaincante par le Dr K. _____. Le Dr R. _____ préconisait toutefois que les médecins soient réinterrogés sur l'évaluation de la crise suicidaire mentionnée, le traitement actuel de l'assuré, la pertinence du

diagnostic retenu, l'exigibilité d'un traitement et la capacité de travail dans une activité adaptée hors des périodes de crise.

Le 19 octobre 2017, [...] a adressé à l'OAI copie de la lettre de séjour du 25 avril 2017 relative à l'hospitalisation de l'assuré survenue entre le 2 et le 16 mars 2017 à la suite d'idées suicidaire et d'une veinosection. Aux termes de ce rapport, les Drs J._____ et [...], médecin assistant auprès de [...], ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), de réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0) et de trouble somatoforme, sans précision (F45.9). Ces médecins ont expliqué qu'après avoir reçu le projet de décision de l'OAI, l'assuré s'était présenté auprès de [...] pour être hospitalisé. Dirigé vers la centrale d'accueil et d'orientation psychiatrique, il s'était procuré un couteau et, à la fin de la consultation, alors qu'il se trouvait seul dans la salle d'attente, avait réalisé plusieurs incisions superficielles bilatérales des avant-bras. A la suite de son hospitalisation, l'assuré avait rapidement présenté un amendement de son état clinique.

Dans un rapport du 15 janvier 2018, la Dre V._____, cheffe de clinique adjointe auprès de [...] a répondu au questionnaire qui lui avait été adressé par l'OAI de la manière suivante (sic) :

« 1. Le diagnostic retenu de "trouble schizo-affectif, type dépressif" ne correspond pas à celui retenu dans le résumé de séjour à [...] daté du 13.02.2017 décrivant une symptomatologie comparable évoluant depuis 2013 et semble, de plus, être en contradiction avec les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée en août 2016. Quels sont les éléments apparus récemment rendant pertinent ce nouveau diagnostic ?

Le patient présente une aggravation des symptômes psychotiques tels qu'hallucinations auditives et délires ainsi qu'un épisode dépressif avec diminution marquée des investissements et des contacts sociaux et des idées suicidaires.

C'est la concomitance des symptômes psychotiques et thymiques qui permet de retenir le diagnostic de "schizo-affectif".

2. Les idées délirantes mentionnées peuvent-elles être considérées comme congruentes à l'humeur ?

Non. Le trouble schizo-affectif dont souffre M. C._____ se manifeste par périodes avec des composants affectifs plus présents en relation à l'épisode psychotique.

3. Une évaluation de la gravité de la crise suicidaire a-t-elle été effectuée ? Si oui, quel en est le résultat ?

L'évaluation de la suicidalité fait partie des entretiens due aux corrélations sur le processus psychotique et dépression avec le suicide. Le patient présente des pensées suicidaires aggravées durant les moments d'anxiété. Il présente des idées suicidaires avec scénario. Dans le contexte de désespoir et par moments, il évoque que ce qui le retient c'est sa fille mais il y a des moments où il voudrait passer à l'acte en disant que cela serait mieux pour sa famille.

4. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

M. C. _____ présente une aggravation de son état de santé depuis notre dernier rapport avec présence d'hallucinations auditives et d'idées suicidaires.

5. Quel est le motif de l'interruption du suivi auprès du [...] ?

A la fin de son traitement de crise au [...], M. C. _____ a continué un suivi à la consultation de psychiatrie générale. Il bénéficie d'un suivi auprès d'une infirmière à raison d'1x/semaine et d'entretiens psychiatriques.

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical sur le plan psychiatrique ?

M. C. _____ présente sur le plan psychiatrique de nombreux processus psychotiques, des idées délirantes et hallucinations mais aussi une perturbation thymique persistante et prononcée accompagnée d'idées suicidaires.

7. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles en-dehors des périodes de crise ?

Sa capacité de travail actuelle et même en dehors des crises est nulle.

8. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail depuis le 13.03.2017 ?

Les taux des arrêts de travail depuis le 13.03.2017 sont à 100% et sont établis par son médecin généraliste le Dr D. _____.

9. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ? Quel est l'exigibilité de ces traitements ?

Le patient bénéficie d'un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré (TPPI) bi-mensuel avec un suivi infirmière 1x/semaine.

Un traitement antipsychotique de Risperidone 6mg le soir et l'introduction d'un traitement antidépresseur Sertraline 150mg actuellement en augmentation.

Un dosage sanguin est prévu prochainement pour évaluation de métabolisation du traitement médicamenteux.

Le patient présente une bonne compliance au traitement ».

Dans un avis du 25 janvier 2018, le Dr R._____ a confirmé que le tableau clinique présenté par les derniers compte-rendus de [...] ne semblait pas différer de celui décrit lors de l'expertise du Dr K._____. Dans un autre rapport du 8 mai 2018, il a précisé que le trouble schizo-affectif, évoqué pour la première fois en juin 2017, bien que basé sur une symptomatologie en évolution depuis 2013, ne justifiait pas de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique. Le mode de vie de l'assuré semblait davantage dépendre de facteurs extérieurs, relatifs à sa situation socio-économique. Le Dr R._____ a ainsi à nouveau confirmé les conclusions de l'expert K._____.

Par envoi du 22 juin 2018, l'OAI a rendu compte à l'assuré du résultat de ses investigations complémentaires et a confirmé considérer que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que ses difficultés étaient dues à des facteurs extérieurs à l'assurance.

Par décision du 6 juillet 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période entre le 1^{er} juillet 2014 et le 28 février 2015.

B. Par acte du 12 septembre 2018, C._____, représenté par Me Orso, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité dès le 24 juin 2013 et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause devant l'OAI. Il a fait valoir avoir déposé sa dernière demande de prestations le 24 juin 2013, date à laquelle il présentait déjà la pathologie ayant justifié l'octroi d'une rente entière d'invalidité et a contesté que sa capacité de travail se soit durablement améliorée dès le 1^{er} décembre 2014.

Par réponse du 28 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 4 juillet 2019, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions et relevé les contradictions entre l'expertise des Drs H._____ et K._____ et d'autres pièces médicales au dossier.

Par écriture du 19 août 2019, l'OAI a maintenu sa position.

Par envoi du 18 février 2020, l'OAI a adressé à la Cour de céans copie d'une communication de son Service de lutte contre la fraude du 31 janvier 2020 ainsi que ses annexes. Il ressort de ces documents qu'en novembre 2019, le recourant a été contrôlé sur un chantier, occupé à des travaux de ferrailage pour la société [...] auprès de laquelle il travaillait depuis un mois au taux de 50 %. Par la suite, le Service de lutte contre la fraude avait constaté que le recourant avait créé en 2013 la société [...] dont le but était « l'exploitation d'une société active dans les domaines du transport de marchandises, des travaux d'imprimerie et des travaux liés aux bâtiments, ainsi que la prestation de tous services y relatifs ».

Par envoi du 22 mai 2020, le recourant a relevé que la société [...] avait été radiée le 13 mai 2020 et produit l'extrait du registre du commerce y afférant. Il a reconnu au surplus son activité auprès de [...], mais au taux de 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. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir s'il peut prétendre à une rente avant le 1^{er} juillet 2014 et au-delà du 28 février 2015.

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). 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).

c) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si l'impotence s'améliore ou si le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, 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 soit à craindre.

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).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

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).

5. a) En l'occurrence, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} juillet 2014 et le 28 février 2015, considérant que ce dernier avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité entre le mois de juillet 2013 et le mois de décembre 2014, puis une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté les Drs H._____ et K._____ aux fins de rédiger une expertise bidisciplinaire.

b) Le recourant ne formule pas de grief contre le volet rhumatologique de cette expertise. Force est de constater que celle-ci est très détaillée, le Dr H._____ ayant procédé à un examen de l'ensemble des pièces au dossier, relevé les plaintes du recourant qu'il a ensuite confrontées à ses constatations objectives. Il a étudié le quotidien, l'historique familial et les ressources disponibles ou utilisables de l'intéressé. Il a également analysé les traitements mis en place. Le Dr H._____ a ainsi relevé que le bilan radiologique était rassurant, qu'il n'y avait pas de trouble dégénératif significatif, hormis au niveau cervical bas, qui restait également non significatif et compatible avec l'évolution due à l'âge de l'intéressé et que ce dernier se mouvait et s'habillait de manière lente mais indépendante, était capable de rester assis sans opter pour une position antalgique durant tout l'entretien et de monter et de descendre deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse. Il relevait dès lors la discordance entre les plaintes du recourant, l'impotence fonctionnelle décrite et les résultats des examens cliniques et paracliniques effectués. Les douleurs chronifiées semblaient

dues au contexte socio-familial et économique davantage qu'à des raisons médicales. Le Dr H._____ a ainsi procédé à une analyse fine et détaillée de l'état de santé du recourant avant de retenir le diagnostic incapacitant de syndrome pertrochantérien bilatéral chronifié impliquant les limitations fonctionnelles de diminution des mouvements en porte-à-faux et du port de charge entre 5 et 10 kilogrammes.

C'est sur la base de cette appréciation que l'OAI a fixé le début de l'incapacité de travail du recourant dans toute activité au mois de juillet 2013, le Dr H._____ ayant arrêté celle-ci au 19 juillet 2013, date de l'opération des hanches subie par le recourant. Cette appréciation est claire et repose sur des éléments objectifs. A cet égard, le fait que le Dr D._____ retienne une dégradation de l'état de santé dès une date antérieure, sans en expliciter les circonstances, est insuffisant à remettre en question les constatations claires du Dr H._____.

c) Sur le plan psychiatrique, l'OAI s'est essentiellement fondée sur l'appréciation du Dr K._____ lequel retient le diagnostic d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01). A cet égard, on note que, lors de son examen par l'expert, le recourant suivait un traitement neuroleptique d'envergure, comme en atteste la dose importante de Quétiapine décelée lors des analyses sanguines de 1042 nmol/l. Un tel traitement est de nature à amoindrir la symptomatologie psychotique développée par le recourant. Or, le Dr K._____ n'a pas clairement exposé pour quelles raisons, malgré cette situation, la problématique constatée serait légère, ce en contradiction avec les observations de symptomatologie psychotique relevées par plusieurs rapports médicaux au dossier.

En outre, suite à cette expertise, le recourant a fait plusieurs décompensations ayant donné lieu à des hospitalisations, entre les 27 juillet et 8 août 2016, les 2 et 16 mars 2017 et les 14 mars et 29 mai 2019, lesquelles ont amené tant ses médecins traitants que ceux de [...]

à attester d'une aggravation des atteintes psychiatriques et à poser le diagnostic de trouble schizo-affectif. Dans ce cadre, des traitements lourds, antipsychotique et antidépresseur, ont été introduits (Risperidone 8 mg par jour selon le rapport du 14 juin 2017 des Drs B. _____ et T. _____, puis Risperidone 6 mg par jour avec Sertraline 150 g en augmentation selon le rapport de la Dre V. _____ du 15 janvier 2018). De tels traitements rendent clairement compte de l'importance de la symptomatologie développée par le recourant et ne sauraient avoir été prescrits à la légère par des spécialistes. Il est ainsi faux de prétendre, comme l'ont fait les médecins du SMR – qui ne sont pas spécialistes en psychiatrie et psychothérapie –, que les problématiques constatées ensuite de l'expertise du Dr K. _____, en particulier par les médecins de [...], seraient superposables à celles décrites par le Dr K. _____. La péjoration de la santé psychique telle que documentée justifiait en effet davantage d'investigations, en particulier que les rapports postérieurs à l'examen du Dr K. _____ soient soumis à ce dernier pour complément et que l'éventuel effet de cette évolution sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé soit examiné. C'est le lieu de relever que la nature de l'origine de la problématique constatée par cet expert – réactionnelle ou endogène – n'est pas pertinente au sens du chapitre 3 de la CIM, seule l'atteinte à la santé, sa gravité ainsi que ses effets devant être examinés, de sorte que l'on ne pouvait ainsi banaliser le trouble dépressif constaté en raison de son origine, comme semble l'avoir fait le Dr K. _____.

En définitive, force est de constater que l'évolution de l'état de santé psychique du recourant entre 2016 et 2020 a été telle qu'il se justifie de procéder à une réévaluation de sa situation par l'expert K. _____. Il reviendra en particulier à ce spécialiste de préciser l'intensité et la nature des atteintes psychiques constatées par ses confrères tout en tenant compte des traitements mis en place et de déterminer précisément le caractère invalidant de ces atteintes, tout en exposant quelle serait la capacité de travail en résultant compte tenu de la compliance aux dits traitements, dont le caractère possiblement

adéquat peut expliquer la reprise d'une activité, tel que cela a été récemment constaté.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle statue conformément aux considérants qui précèdent.

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. 1^{bis} 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.

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 2'000 fr., débours et TVA compris (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.

- II. La décision rendue le 6 juillet 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité afin qu'elle complète l'instruction au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

- 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 à C._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux 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 Orso (pour C._____),
- 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 :