

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Di Ferro Demierre, juge, et Feusi, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4 LAI ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, cuisinier de formation, a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage d'octobre 1995 à août 1996, date à partir de laquelle il a travaillé à 50 % en tant que chauffeur-livreur et manœuvre de chantier jusqu'en janvier 1998. Dès le mois de février 1998, il s'est à nouveau inscrit en tant que demandeur d'emploi.

Le 11 juin 1998, les services sociaux du Centre hospitalier D._____ ont adressé pour l'assuré une demande de prestations d'assurance-invalidité à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'un infarctus subi en octobre 1996 ainsi que d'une hernie discale diagnostiquée en septembre 1997.

Dans un rapport du 13 août 1998, le Dr N._____ a posé les diagnostics de syndrome radiculaire irritatif S1 à gauche, d'hernie discale L5/S1 à gauche, d'infarctus antéro-septal en octobre 1996, de maladie coronarienne monotronculaire, d'hyperlipidémie mixte et d'obésité.

Le 8 janvier 1999, l'assuré a indiqué lors d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI qu'il avait débuté une activité de concierge professionnel depuis le 1^{er} octobre 1998 à 100 %. Cette information a été confirmée par l'employeur de l'assuré, par courrier du 11 mars 1999. Il a précisé que l'intéressé travaillait déjà à mi-temps depuis le 1^{er} mai 1997, qu'il avait présenté une incapacité totale de travail du 20 mai au 31 août 1998 puis à 50 % du 1^{er} au 21 septembre 1998. Depuis le 1^{er} octobre 1998, il avait été engagé à plein temps, pour un salaire mensuel brut de 5'796 francs.

Par décision du 21 juin 1999, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il s'était réadapté professionnellement de façon appropriée.

B. Le 5 novembre 2012, le Centre social régional (CSR) de [...] a adressé à l'OAI une demande de détection précoce pour l'assuré, en raison de problèmes respiratoires et pulmonaires ainsi que d'une dépression causant une incapacité totale de travail depuis le mois de juin 2011.

Lors d'un entretien de détection précoce du 21 novembre 2012, l'assuré a indiqué qu'il présentait des bronchites chroniques à la suite d'un nouvel infarctus subi en 2005. Il avait également fait une dépression du fait de ses difficultés professionnelles et personnelles et souffrait de troubles du sommeil. Son dernier emploi de concierge était trop exigeant physiquement, l'assuré n'effectuant plus que les états des lieux et les tâches administratives. Cet emploi, exercé à 50 % en tant qu'indépendant et à 50 % en tant qu'employé, avait pris fin en 2008. Il s'était ensuite inscrit en qualité que demandeur d'emploi jusqu'en 2010. Depuis lors, il émargeait aux Services sociaux.

Le 23 novembre 2012, l'assuré a adressé à l'OAI une demande de prestations d'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 20 décembre 2012, les Dres H._____, spécialiste en médecine interne générale, et Z._____ ont posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble de l'humeur avec épisode dépressif moyen réactionnel à sa situation professionnelle et actuellement stable sous traitement, de somatisation, de gonarthrose tricompartmentale du genou droit ainsi que de déconditionnement important d'origine multifactorielle. S'agissant des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elles ont notamment fait état de broncho-pneumopathie chronique obstructive de stade I (selon GOLD). L'activité habituelle de concierge n'était plus exigible au vu de limitations fonctionnelles liées à l'effort physique. Une reconversion professionnelle dans une activité demandant moins d'effort physique, éventuellement un travail de gérance, pourrait être envisageable même à 100 % et immédiatement.

Par courriel du 8 février 2013, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait dû être hospitalisé en raison d'une crise d'Angor. Il devait subir des examens complémentaires. Le 11 avril 2013, il lui a fait savoir que ses problèmes cardio-vasculaires étaient résolus dès ce jour, bien qu'il ait un mauvais moral et attendait une entrevue avec un psychologue.

Du 10 au 28 juin 2013, l'assuré a réalisé un stage d'orientation en logistique au sein de l'Orif de [...], durant lequel il s'est intégré à l'équipe de travail et s'est montré rapidement à l'aise dans l'exécution des tâches, malgré cinq jours d'absence pour cause de maladie. À l'issue du stage, le choix de la profession de logisticien semblait adaptée, pour autant que l'intéressé soit motivé à se former dans cette branche. L'assuré préférait toutefois se former en tant que gérant d'immeubles (rapport MIP du 25 juin 2013 du directeur de l'Orif de [...]).

Le 25 juillet 2013, l'assuré s'est rendu aux urgences du Centre hospitalier D._____ en raison de problèmes cardiovasculaires. Les examens réalisés ont mis en évidence une inflammation du muscle cardiaque (courriel du 27 juillet 2013 de l'assuré à l'OAI).

Par courriel du 15 janvier 2014, l'assuré a averti l'OAI qu'il avait un problème au genou droit. Une opération chirurgicale était prévue pour le mois de mars 2014, afin de poser une prothèse.

Par courrier du 15 septembre 2014, le CSR a fait savoir à l'OAI qu'il s'attelait désormais à seconder l'assuré dans la mise en place d'un suivi psychiatrique. L'opération du genou n'avait en outre pas encore été planifiée, le chirurgien attendant qu'un cardiologue donne son aval.

Le 4 décembre 2014, en réponse à une interpellation de l'OAI concernant la situation de l'assuré, le Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier D._____ a indiqué qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis sa dernière consultation du 15 août 2014 avec le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le Centre hospitalier D._____ a ainsi adressé à

l'OAI un rapport du 18 août 2014, rédigé consécutivement à la consultation du 15, dans lequel le Dr B._____ posait le diagnostic de gonarthrose droite tricompartmentale, principalement interne. Bien que très avancée, elle constituait l'évolution naturelle d'une méniscectomie interne et externe réalisée il y a une trentaine d'années. Une prothèse totale du genou devait être posée. Au vu des lombalgies dont l'assuré se plaignait et qui n'avaient jamais été investiguées, le Dr B._____ avait demandé une consultation en rhumatologie, que l'assuré avait annulée. Un examen cardiologique était également nécessaire, compte tenu des polymorbidités de l'intéressé, tout comme un consilium psychiatrique. Après cela, il serait revu afin de discuter des modalités de l'intervention chirurgicale du genou.

Dans un rapport du 13 février 2015 relatif à une consultation du 2 février, le Professeur C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé la nécessité d'obtenir l'accord préalable d'un médecin psychiatre afin de s'assurer que l'opération du genou puisse être réalisée dans les meilleures conditions possibles, après évaluation du risque de rechute ou de décompensation.

L'assuré a débuté un suivi psychiatrique le 2 avril 2015 (rapport du 13 avril 2015 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 9 mai 2015, l'assuré a été victime d'une agression. Il a été pris en charge au service des urgences du Centre hospitalier D._____ où un traumatisme maxillo-facial a été constaté. Les examens réalisés ont permis d'écartier toute lésion traumatique osseuse ou cérébrale (faxmed de sortie du 11 mai 2015).

Le 22 septembre 2015, l'assuré a bénéficié de la pose d'une prothèse complète du genou droit.

Dans un rapport du 17 novembre 2016, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, a constaté qu'un an après l'intervention, l'assuré souffrait de douleurs évoquant un conflit tissulaire cicatriciel avec les implants.

Dans un avis du 1^{er} février 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu que l'incapacité totale de travail déclarée dans toutes activités dès le 2 février 2015 en rapport avec l'atteinte au genou droit de l'assuré devait être admise. La situation n'était pas stabilisée.

Le 27 septembre 2017, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en médecine interne, orthopédie et psychiatrie. Le 10 octobre 2017, l'OAI a confié cette expertise au M._____.

Les Drs K._____, expert principal et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, W._____, spécialiste en médecine interne générale, S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Q._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, ont rendu leur rapport le 13 avril 2018. Ils ont posé les diagnostics de broncho-pneumopathie obstructive chronique de degré modéré avec emphysème débutant et exacerbations infectieuses fréquentes, de troubles du sommeil sans syndrome d'apnée actuel, de status après implantation d'une prothèse totale du genou droit le 22 septembre 2015 avec appréhension pour les lâchages de ce genou, ayant tous un effet sur la capacité de travail. Ils ont également précisé que l'assuré souffrait de rhinite chronique, de lombalgies chroniques depuis l'adolescence, de maladie coronarienne depuis 1992, actuellement stabilisée sous traitement, d'obésité de stade I, d'hypertension artérielle traitée et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation régulière d'alcool novice pour la santé, n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail. Sur le plan pulmonaire, la capacité de travail dans l'activité habituelle de concierge était nulle. Les experts ont conclu que l'assuré disposait d'une capacité de travail sans diminution de rendement dès le mois de décembre 2012 dans une activité adaptée, laquelle devait être physiquement légère et sédentaire, permettre l'alternance des positions

assise et debout et ne nécessiter ni port de charges ni de position agenouillée.

Le 12 novembre 2018, l'OAI a adressé à l'Association [...] une demande de visite en faveur de l'assuré, afin d'organiser un stage de réentraînement au travail en bureautique et micromécanique.

Le 3 décembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge un stage de réentraînement au travail à l'atelier mécanique de l'Association [...] du 3 décembre 2018 au 10 février 2019.

Dans un rapport final de réadaptation du 15 janvier 2019, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué que le début de la mesure professionnelle mise en place avait été retardé d'une semaine à la demande de l'assuré. Dès le 2^{ème} jour de stage, il s'était plaint des conditions de travail qui avaient été adaptées pour lui permettre une meilleure intégration. Malgré cela, l'assuré n'avait pas repris la mesure au mois de janvier 2019 comme cela était prévu. Il avait indiqué qu'il était en souffrance physique et psychique et qu'il n'avait plus la force de se soumettre à des mesures. Le stage avait été interrompu, l'assuré étant au bénéfice d'un certificat médical attestant une incapacité totale de travail.

Dans un projet de décision du 28 janvier 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser de prester, au motif que le degré d'invalidité était nul et n'ouvrait par conséquent pas de droit à une rente, ni à des mesures professionnelles. L'OAI a en effet considéré que l'assuré pouvait encore réaliser, dans une activité adaptée et malgré les atteintes à sa santé, un revenu au moins équivalent à celui qu'il aurait réalisé sans atteinte à la santé.

Par courrier du 6 février 2018 (recte : 2019), l'assuré a contesté le projet de décision du 28 janvier 2019.

Les Drs X._____, spécialiste en médecine interne générale, et???._____ ont adressé à l'OAI un rapport daté du 23 avril 2019. Ils ont fait état d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré, qui présentait une majoration de sa dyspnée de base avec une augmentation des exacerbations de sa broncho-pneumopathie obstructive chronique. Son état psychologique s'était également dégradé depuis le début de l'année 2019, ce qui l'avait amené à consulter à deux reprises les urgences les 3 et 9 mars 2019. L'assuré avait débuté un suivi avec la psychologue P._____. Concernant le plan cardiaque, une évaluation de sa coronaropathie devait être réalisée. L'évolution était favorable sur le plan orthopédique, l'assuré ne rapportant plus de douleurs.

Sur requête de l'assuré, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue P._____ ont adressé à l'OAI un rapport du 26 juillet 2019. Ils y indiquaient qu'ils avaient vu l'intéressé à six reprises entre le 11 avril et le 28 mai 2019 à leur consultation. À l'issue de ces entretiens, le patient avait considéré qu'il avait communiqué ce qu'il devait et ne souhaitait pas poursuivre de suivi psychothérapeutique. Le Dr T._____ et la psychologue P._____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et de troubles mixtes de la personnalité, avec des traits de la personnalité narcissique, paranoïaque et dyssoziale (F61.0). Le pronostic sur le plan psychiatrique était très réservé s'agissant d'une mesure de réinsertion ou d'une activité quelconque. Les praticiens ont exprimé leur soutien à l'assuré pour « une rente AI à 100 % ».

Dans un avis du 6 novembre 2019, la Dre L._____, médecin au sein du SMR, a fait part de son étonnement quant au rapport du 26 juillet 2018 du Dr T._____ et de la psychologue P._____. Les diagnostics qu'ils retenaient n'avaient en effet pas été mentionnés par le Dr K._____ dans l'expertise du 13 avril 2018, alors qu'ils étaient censés exister depuis plus de 10 ans. Le status clinique qu'ils ont dressé relevait également essentiellement d'éléments anamnestiques. Enfin, il était surprenant qu'ils soutiennent une demande de rente pour un patient qui

refusait une psychothérapie et dont le suivi avait pris fin après l'obtention dudit rapport médical. Il était ainsi difficile d'admettre que l'assuré avait fait tous les efforts pour se soigner. Selon la Dre L._____, il n'y avait par conséquent pas d'arguments pour s'écarter des conclusions de l'expertise du 13 avril 2018.

Par décision du 18 novembre 2019, l'OAI a refusé de prester, confirmant son projet de décision du 28 janvier 2019. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a précisé que, selon le rapport d'expertise du 13 avril 2018, l'activité de concierge n'était définitivement et objectivement plus adaptée à la situation de santé dès le 2 février 2015. Concernant l'état de santé psychique et pulmonaire, les rapports postérieurs à l'expertise ne faisaient pas état d'une aggravation suffisante ou d'une nouvelle atteinte ayant un impact sur la capacité de travail.

C. Par acte du 16 décembre 2019, F._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 18 novembre 2019, concluant en substance à son annulation. Le recourant a notamment allégué qu'il avait réalisé des examens orthopédiques qui avaient mis en évidence un descellement de sa prothèse du genou et qu'une intervention chirurgicale était prévue. A l'appui de son recours, l'intéressé a produit des rapports médicaux extraits du dossier constitué par l'intimé.

Par réponse du 13 février 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le recourant n'apportait aucune pièce médicale de nature à remettre en cause l'instruction menée par ses soins. Il a ainsi renvoyé notamment au rapport d'expertise du 13 avril 2018.

Répliquant le 6 mars 2020, le recourant a fait valoir que, depuis le rapport d'expertise du 13 avril 2018, son état de santé physique et psychique s'était détérioré. L'intéressé a produit plusieurs rapports médicaux à l'appui de ses allégations. Parmi ces pièces figurait un rapport du 23 octobre 2019 du Professeur G._____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au terme duquel il suspectait un descellement de l'implant tibial. Une scintigraphie osseuse avait toutefois mis en évidence l'absence de signes évocateurs d'infection ou de descellement de la prothèse. Les images évoquaient en premier lieu des contraintes mécaniques prédominantes au niveau de la patella droite et révélaient une discrète arthrose femoro-patellaire gauche (rapport du 5 novembre 2019). Dans un certificat médical du 21 février 2020, le Prof. G. _____ constatait que l'assuré présentait un tableau douloureux chronique sur prothèse totale du genou à droite. A l'heure actuelle, ses douleurs étaient invalidantes et nécessitaient une prise en charge spécialisée en antalgie et en soins de physiothérapie. Il était impossible d'imaginer une reprise de l'activité professionnelle, y compris à temps partiel. Les activités de force étaient contre-indiquées, le périmètre de marche ainsi que les positions debout prolongées l'étaient également. Il existait aussi un fort traitement antalgique pouvant influencer sur l'attention de l'assuré.

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 porte sur le droit du recourant à une rente ou à des mesures de reclassement professionnel.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière

à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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).

5. a) Le recourant soutient être en incapacité de travail totale et produit de larges extraits de son dossier médical.

Il allègue un descellement de sa prothèse du genou, se fondant sur un rapport du 21 février 2020 du Prof. G._____. Ce médecin fait état d'un tableau douloureux chronique sur prothèse totale du genou droit, avec des douleurs actuellement invalidantes et nécessitant une prise en charge spécialisée en antalgie et en soins de physiothérapie. Pour le Prof. G._____, il est impossible d'imaginer une reprise d'activité professionnelle, même à temps partiel. Les activités de force sont contre-indiquées, tout comme le périmètre de marche et les positions debout prolongées. Le traitement antalgique peut influencer sur l'attention de l'assuré.

A la suite du projet de décision du 28 janvier 2019, le Dr T._____ et la psychologue P._____ ont fait parvenir à l'intimé un rapport du 26 juillet 2019 dans lequel ils posent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, et de troubles mixtes de la personnalité, après avoir vu l'assuré à six reprises. Ils exposent que leur pronostic pour une mesure de réinsertion

ou une activité quelconque est très réservé. Ils déclarent soutenir la demande de l'intéressé tendant à l'octroi d'une « rente AI à 100 % ».

b) Pour sa part, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du 13 avril 2018. Cette expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence pour revêtir une pleine valeur probante. Les experts se sont en effet prononcés en pleine connaissance de l'anamnèse et des pièces au dossier, ont pris en considération les plaintes de l'assuré et se sont déterminés de manière claire et motivée sur les diagnostics posés, leur répercussion sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent. Ils ont nié toute atteinte psychique invalidante, notamment sur la base de leur examen clinique, mais également de l'anamnèse personnelle, qui ne permettait pas de conclure que de tels troubles auraient une influence importante sur les activités non professionnelles de l'assuré en plus de l'influence alléguée sur les activités professionnelles. Ils ont en outre mis en évidence que la médication antidouleur et antidépressive prescrite n'était pas détectable lors d'un test sérologique effectué pour les besoins de l'expertise, ou alors à un niveau très en deçà de l'intervalle thérapeutique. Pour la période courant jusqu'à la date de l'expertise, il n'y a aucun motif de s'écarter de leurs conclusions. Les rapports médicaux des Drs G._____ et T._____, postérieurs à l'expertise, sont notablement moins motivés et ne suffisent donc à remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

c) Toutefois, pour la période postérieure à l'expertise, une péjoration de l'état de santé du recourant ne peut pas être exclue à ce stade.

Sur le plan orthopédique, si le descellement de la prothèse d'abord suspectée par le Dr G._____ (rapport du 23 octobre 2019) a pu être exclu dans un deuxième temps (rapports des 5 novembre 2019 et 21 février 2020), il n'en reste pas moins que la limitation notable du périmètre de marche relevée par ce médecin peut traduire une péjoration de l'état de santé de l'assuré. Il conviendra de clarifier ce point.

Par ailleurs, sur le plan psychique, il est très vraisemblable que le recourant présente des épisodes de dépression réactionnelle. Le suivi psychiatrique qu'il a initié, pour une courte durée toutefois, auprès du Dr T. _____ et la psychologue P. _____, après réception du projet de refus de prester du 18 novembre 2019, pourrait s'inscrire dans ce contexte. Il convient néanmoins de vérifier s'il y a effectivement eu une péjoration de l'état de santé psychique du recourant postérieurement à l'expertise et, cas échéant, si elle n'était que passagère ou si elle s'est inscrite dans la durée, avec des répercussions sur la capacité de travail.

d) Vu ce qui précède, il convient d'admettre que le recourant disposait, au moins jusqu'en avril 2018, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par les experts désignés par l'OAI. Pour la période postérieure, aucun avis médical ne permet d'appréhender clairement l'évolution des troubles du recourant. En ce sens, l'instruction menée par l'intimé s'avère incomplète. Il lui appartiendra donc de mandater M. _____ pour un complément d'expertise destiné à vérifier si l'état de santé de l'assuré a évolué ou non depuis le rapport d'expertise du 13 avril 2018.

e) On notera encore, par surabondance, que le recourant ne soulève aucun grief sur la comparaison des revenus à laquelle l'intimé a procédé. Il n'y a pas lieu de revenir sur cet aspect de la décision querellée qui a conduit à juste titre l'OAI à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période courant jusqu'au 30 avril 2018. En ce qui concerne le droit à une rente ou à des mesures professionnelles pour la période postérieure au 30 avril 2018, il appartiendra à l'intimé de statuer à nouveau, une fois connus les résultats de l'expertise complémentaire à ordonner.

6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 18 novembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- F. _____,
- 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 :