

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2021

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

A.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. 6, 7, 8 al. 1, 29 al. 1 et 53 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) A.K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité de chauffeur-livreur pour une boulangerie.

Le 10 février 2007, l'assuré est tombé dans les escaliers et s'est réceptionné sur les fesses. Il a présenté par la suite des lombalgies, un trouble statique et des discopathies dégénératives étagées.

Au terme d'un séjour entre le 25 septembre et le 31 octobre 2007 auprès de C._____, il a notamment été posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (rapport du 22 novembre 2007). L'évaluation psychiatrique faisait ressortir la nécessité d'un suivi, lequel a été mis en place auprès de Y._____.

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) le 5 mars 2008, invoquant une hernie discale.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI s'est procuré une expertise pluridisciplinaire établie le 24 juillet 2008 par les Drs [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], spécialiste en rhumatologie, de la H._____ (ci-après : H._____) à la demande de l'assureur perte de gains de l'employeur de l'assuré. Retenant les diagnostics incapacitants de lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques et de discopathies lombaires étagées ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de possibles troubles de l'adaptation avec perturbation mixte de émotions et des conduites et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, les experts ont considéré que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle mais une pleine exigibilité dans une activité adaptée ménageant le dos.

Par décision du 27 janvier 2009, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité au motif que ce dernier disposait, dès le 1^{er} décembre 2007, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère, pas de port de charges supérieur à 10 kg, pas de porte-à-faux du rachis, alternance des positions).

b) Le 2 juillet 2009, l'assuré a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations. Par décision du 20 mars 2012, l'office a refusé l'allocation de prestations de l'assurance-invalidité, retenant que les pièces médicales apportées ne mettaient pas en lumière d'éléments nouveaux en faveur d'une aggravation objective de l'état de santé de l'intéressé.

c) L'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations le 3 février 2015, invoquant une atteinte psychique présente depuis 2013.

Par décision du 24 septembre 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande au motif que l'intéressé n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

d) Le 7 mars 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, se prévalant d'une atteinte psychiatrique existant depuis 2009. Dans ce cadre, il a produit plusieurs rapports médicaux.

Dans un avis du 15 novembre 2017, le Dr R._____, spécialiste en néphrologie, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité, a estimé qu'au vu des documents produits, une péjoration globale de l'atteinte à la santé de l'assuré était plausible et justifiait l'établissement d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Par courrier du 5 avril 2018, l'assuré a demandé la réévaluation des résultats de l'expertise effectuée à la H._____ en 2008.

L'OAI a, par courrier du 16 octobre 2018, admis qu'il lui incombait d'examiner le dossier de l'assuré sous l'angle de la révision procédurale.

Le 12 mars 2019, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neuropsychologie) ; il a par la suite mandaté T._____.

Dans leur rapport d'expertise du 19 novembre 2019, les Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale, V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, spécialiste en rhumatologie, et Mme B._____, neuropsychologue, ont posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques, non spécifiques, de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, évolution torpide d'un syndrome de stress post-traumatique, et de trouble panique. Aux limitations physiques retenues (pas d'activité physiquement lourde, pas de port de charge lourde régulier, pas de mouvement en porte-à-faux du tronc, positions de travail alternées), s'ajoutait la constatation de l'incapacité de l'assuré à une activité spontanée ou à une organisation et planification de tâches ; des problèmes relationnels (hostilité et irritabilité) rendaient en outre l'intéressé inapte à vivre et/ou entretenir des relations, à s'insérer dans un groupe ainsi que dans une structure hiérarchique ou à supporter des contraintes socioprofessionnelles même minimales. Sur ce point les experts ont relevé que « l'accident de travail [en 2007] a réactualisé l'état de stress post traumatique. La prise en charge à Y._____ en 2008 a permis une évolution favorable jusqu'en 2014 où l'état psychique de Monsieur A.K._____ s'est à nouveau dégradé. Depuis lors, les ressources de l'assuré semblent totalement dépassées, Monsieur A.K._____ étant enlisé dans un tableau douloureux chronique et son incapacité à communiquer avec autrui ». Ils ont retenu une capacité de travail nulle dans toute activité tout en précisant ce qui suit :

« Concernant la datation de l'incapacité de travail, les experts tiennent à souligner qu'il est très difficile de se prononcer sur une capacité de travail sur une période aussi longue (plus de 10 ans

puisqu'invalidation de l'expertise antérieure), ce d'autant qu'il s'agit comme ici d'une pathologie psychiatrique prédominante. Notre évaluation se base sur la documentation médicale à disposition. Considérant que les psychiatres Y. _____ ont classé le diagnostic d'état de stress post traumatique dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, évaluation confirmée par le Dr [...] lors du séjour à C. _____ en 2007, que l'évolution est décrite comme favorable avec interruption du suivi en 2011, nous suivons cet avis, et estimons que l'assuré avait à cette époque du fait de ressources encore suffisantes une capacité de travail entière. En 2014, la situation psychique s'est dégradée nécessitant la reprise d'un suivi spécialisé. La documentation médicale depuis cette date ne comporte qu'un unique rapport psychiatrique. Nos constatations actuelles nous font conclure à une incapacité de travail totale. Nous datons donc l'incapacité de travail totale à l'aggravation annoncée en 2014 ».

A l'issue du réexamen des droits de l'assuré, l'OAI lui a adressé, le 11 mars 2020, un projet de décision tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2015.

L'assuré s'est opposé à ce projet par courriers des 15 avril et 25 mai 2020. Il a produit un rapport du 1^{er} mai 2020 du Dr I. _____ indiquant que l'intéressé présentait une incapacité de travail depuis le 8 août 2008, « cela pour des raisons tant physique que psychique ».

f) Par décision du 5 juin 2020, l'OAI a fixé le montant du droit à la rente d'invalidité de l'assuré pour la période à partir du 1^{er} juillet 2020, une décision relative à la période du 1^{er} août 2015 au 30 juin 2020 devant intervenir ultérieurement. Dans un courrier accompagnant sa décision, l'OAI a indiqué considérer que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2014 de sorte que la décision de non-entrée en matière rendue le 24 septembre 2015 devait être révisée.

g) Par décision du 13 janvier 2021, l'OAI a fixé le montant du droit à la rente d'invalidité de l'assuré pour la période du 1^{er} août 2015 au 30 juin 2020.

B. Par acte du 24 juin 2020, A.K. _____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru à l'encontre de la décision du 5 juin 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant

principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1^{er} février 2008 et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause devant l'OAI. Il a fait valoir que son incapacité de travail avait commencé le 10 février 2007.

Par réponse du 7 août 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par acte du 24 août 2020, A.K._____ a confirmé ses précédents moyens et conclusions. Le 14 janvier 2021, il a informé le juge instructeur du fait que son recours du 24 juin 2020 devait être étendu à la décision rendue le 13 janvier 2021 par l'OAI.

Par courrier du 15 février 2021, le juge instructeur a informé les parties du fait que le recours complémentaire du 14 janvier 2021 était joint à celui du 14 juin 2020 pour faire l'objet d'un seul jugement.

Par acte du 2 mars 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 20 avril 2021, A.K._____ a confirmé ses précédentes écritures.

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 exercé le 24 juin 2020 est recevable. Il en va de même du complément au recours déposé le 14 janvier 2021 relatif à une décision rendue le 13 janvier 2021 par l'OAI.

2. Le présent litige porte sur la date à partir de laquelle le recourant peut prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le moment de la survenance de son incapacité de travail et de gain.

3. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

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

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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 LPGGA), 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 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.

b) Toutefois, 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). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA). Les mêmes conditions s'appliquent pour le réexamen d'une décision rendue en procédure simplifiée (art. 51 LPGA) qui n'a pas été contestée dans un délai raisonnable (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1 ; 132 V 412 consid. 5 ; 129 V 110).

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 (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110) (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).

6. a) En l'occurrence, il ressort des pièces au dossier que, depuis 2008, le recourant a déposé plusieurs demandes de prestations après de l'OAI.

b) C'est lors de l'instruction de la première de ces demandes que l'OAI s'est procuré l'expertise du 24 juillet 2008 de la H._____, laquelle a fondé l'ensemble des décisions prises par la suite.

Dans plusieurs arrêts, le Tribunal fédéral a considéré que les expertises réalisées au sein de la H._____ ne pouvaient servir de fondement à l'examen d'un droit à des prestations en raison de graves manquements aux devoirs professionnels constatés dans la gestion de l'institution, notamment de la part d'un médecin responsable du département d'expertises qui avait modifié illicitement le contenu de rapports d'expertise. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient en effet être suffisamment garanties, de sorte qu'il n'était pas possible d'accorder pleine confiance à une expertise rendue par un expert œuvrant au sein de la H._____. Le Tribunal fédéral a précisé que cette conclusion s'imposait indépendamment de savoir si, dans un cas particulier, le responsable médical à l'origine des manquements constatés était concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise ou non (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; TF 8F_8/2018 du 7 janvier 2019 consid. 2.3 ; TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.3).

L'OAI était ainsi fondé à procéder au réexamen du droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité. Ce point n'est pas contesté.

c) Le litige porte sur la date à partir de laquelle le recourant a présenté une incapacité de travail. L'Office intimé a fixé ce moment au mois de janvier 2014 en se fondant sur le rapport rendu par T._____ le

19 novembre 2019. Le recourant estime quant à lui que son incapacité de travail a débuté au mois de février 2007, sa chute ayant selon lui réactivé des problématiques psychiques invalidantes.

Le recourant ne formule aucun grief à l'encontre de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 19 novembre 2019 par les Drs Q._____, V._____, W._____ et Mme B._____. Force est de constater que celle-ci est très détaillée, les spécialistes ayant procédé à un examen minutieux des pièces au dossier. Ils ont relevé les plaintes du recourant qu'ils ont ensuite confrontées à leurs constatations objectives. Ils ont étudié le quotidien et les ressources de l'intéressé. Plus particulièrement concernant le volet psychiatrique, le Dr V._____ a expliqué pour quels motifs il posait les diagnostics de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe - évolution torpide d'un syndrome de stress post-traumatique - et de trouble panique. Il a détaillé les raisons pour lesquelles il rejoignait l'appréciation de certains intervenants tout en se distanciant de celle du Dr [...]. C'est le lieu de relever que les importants traumatismes invoqués par le recourant comme justifiant une incapacité de travail ont été constatés par le Dr V._____ qui en a tenu compte dans son appréciation. En conclusion, l'expertise pluridisciplinaire du 19 novembre 2019 est complète et revêt une pleine valeur probante.

Contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'expertise de T._____ ne laisse pas de doute quant à la date à partir de laquelle l'atteinte à la santé psychique s'est révélée invalidante. Les experts indiquent ainsi clairement les raisons qui les ont convaincus du fait que l'incapacité de travail aurait débuté en janvier 2014. Retenant - comme le recourant - que la chute survenue le 10 février 2007 avait réactivé un état de stress post-traumatique, ils ont expliqué de manière convaincante pour quels motifs ils estimaient que l'intéressé disposait à cette époque et jusqu'en janvier 2014 de ressources suffisantes pour y faire face. Ils ont détaillé l'évolution de l'état de santé psychique du recourant en se fondant sur les documents médicaux au dossier ainsi que sur leurs propres constatations et ont ainsi conclu que celui-ci ne disposait plus, dès janvier 2014, des aptitudes qui lui avaient permis jusqu'alors d'exercer une

activité professionnelle. A cet égard, il y a lieu de constater que les rapports médicaux des 22 novembre 2007 de C._____ et des 26 juin 2008, 3 décembre 2008 et 22 novembre 2011 de l'Y._____ contiennent une description précise des troubles psychiatriques du recourant – tels que celui-ci les évoque à l'appui de son acte de recours – et que ces troubles étaient déjà clairement identifiés sans être pour autant considérés comme invalidants par les différents spécialistes. Si, dans son rapport du 27 mars 2015, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a relevé que les atteintes psychiatriques du recourant préexistaient à leur première rencontre en février 2014, il ne s'est pas déterminé quant à la date à partir de laquelle il estimait que ces atteintes auraient déployé des effets sur la capacité de travail de son patient. Le rapport médical du 1^{er} mai 2020 du Dr I._____ ne permet pas non plus de faire douter de l'opinion des experts de T._____. En effet, le médecin généraliste s'est contenté d'indiquer une incapacité de travail apparue en 2008 pour des raisons physiques et psychiques sans expliciter précisément les raisons fondant son appréciation ni sans détailler quels seraient les effets des atteintes constatées sur la capacité de travail. C'est le lieu de relever que, dans un précédent rapport plus détaillé du 6 février 2017, le Dr I._____ avait posé le diagnostic d'état anxieux dépressif apparu en 2015 ce qui laisse à penser que, pour ce médecin également, les atteintes psychiques du recourant n'ont pas d'emblée déployé un effet invalidant.

En définitive, le recourant ne se prévaut d'aucun élément médical objectif mettant en cause l'opinion circonstanciée des médecins de T._____. Dans ces conditions, il y a lieu de se rallier à leurs conclusions et de retenir que le recourant présente une incapacité de travail en lien avec ses atteintes psychiatriques depuis le mois de janvier 2014.

d) Au vu des nouvelles pièces médicales venant attester de l'état de santé du recourant dès sa première demande de prestation, il y a lieu de constater que les décisions des 27 janvier 2009 et 20 mars 2012 s'avèrent justifiées. A l'inverse, il convient de relever que si l'intimé avait

été en possession d'une expertise médicale exempte de tout manquement, il n'aurait pas rendu la décision du 24 septembre 2015 mais serait entré en matière sur la demande de prestations déposée le 3 février 2015 et aurait octroyé au recourant une rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2015 (art. 29 al. 1 LPGA).

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions des 5 juin 2020 et 13 janvier 2021 confirmées.

b) 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 du recourant qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC).

Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat et de 110 fr. s'agissant d'un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur

l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Concernant les débours, il applique un forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3^{bis} al. 1 RAJ).

Par décision du 2 juillet 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 juin 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 1^{er} février 2021. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Duc est arrêtée à 929 fr. 20, débours et TVA compris ([821.67 {7 heures 20 à 110 fr. + 5 minutes à 180 fr.} + 5 % {débours}] + 7.7 % [TVA]).

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions rendues les 5 juin 2020 et 13 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 929 fr. 20 (neuf cent vingt-neuf francs et vingt centimes), débours et TVA compris.

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

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont le dispositif a été communiqué par écrit aux intéressés le , est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour A.K. _____),
- 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 :