

VD_FINDINFO AI 236/11 - 242/2014 vom 29. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_236_11_-_242_2014

FR: VD_FINDINFO AI 236/11 - 242/2014 du 29 septembre 2014

IT: VD_FINDINFO AI 236/11 - 242/2014 del 29 settembre 2014

Regeste

RENTE ENTIÈRE, RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 29.09.2014 AI 236/11 - 242/2014

RENTE ENTIÈRE, RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 236/11 - 242/2014 ZD11.033264 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 29 septembre 2014 _____ Présidence de M. Neu Juges : M. Métral et Mme Berberat Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : J. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 17 LPGA E n f a i t : A. Ressortissant portugais entré en Suisse en 1988, J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), est marié et père de deux enfants nés en 1977 et 1981. Sans formation professionnelle, il a travaillé dès le 16 décembre 1998 à 100% en qualité d'aide-boulangier au service de l'entreprise Z. _____ SA. Il a présenté une incapacité de travail complète du 7 janvier 2008 au 30 mars 2008, puis a travaillé à 50% dès le 31 mars 2008 avant d'être à nouveau en incapacité complète de travail dès le 14 juillet 2008. Le 15 juillet 2008, J. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Il a fait état de troubles lombaires existant depuis le 7 janvier 2008. Cette demande a été traitée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Ayant constaté que les éléments médicaux recueillis ne permettaient pas de se prononcer sur les limitations fonctionnelles de l'assuré et sur sa capacité de travail résiduelle, le Dr G. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé un examen rhumatologique au SMR. Celui-ci a été réalisé le 27 janvier 2009 par le Dr K. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et rééducation. Dans son rapport du 11 février 2009, l'expert a posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail : coxarthrose droite modérée (M 16.0) et lombosciatalgies chroniques, non irritatives, non

déficitaires, dans un contexte de protrusion L4-L5. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une préobésité. Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas » : « Assuré de 53 ans, aide-boulangier en arrêt de travail fluctuant entre 100% et 50% depuis le 7 janvier 2008 et en arrêt de travail complet depuis le 14 juillet 2008, pour une douleur lombaire basse irradiant dans le membre inférieur droit. L'assuré est vu par le Dr A. _____, neurologue, le 28 février 2008. Le spécialiste retient une lombosciatalgie L4-L5 droite irritative chronique dans un contexte de protrusion discale postéro-médiane L4-5 mise en évidence sur une IRM effectuée en mai 2007. Le neurologue décrit un trajet atypique des douleurs aux membres inférieurs, son examen neurologique est normal, la mobilité du rachis lombaire est normale avec un indice de Schober à 10/15 et une distance doigts/sol de 10 cm. Une nouvelle IRM effectuée le 17 mars 2008, montrant toujours la protrusion discale postéro-médiane non latéralisée réalisant une minime empreinte sur le fourreau dural. Le Dr H. _____, médecin traitant, ne répond pas à la demande de rapport médical mais il nous fait parvenir la copie de la consultation neurologique et du rapport IRM. Les éléments à disposition étant insuffisants pour se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, l'assuré est vu en examen rhumatologique au SMR. Lors de l'entretien, l'assuré décrit son poste de travail physiquement modérément contraignant, avec une position debout prolongée, des ports de charges répétés allant jusqu'à 30 kg. Monsieur J. _____ se dit incapable de reprendre son activité d'aide-boulangier. Il décrit une rachialgie diffuse, partant depuis la région cervicale, irradiant jusque dans la région lombaire et une irradiation dans le membre inférieur droit atypique ; au niveau de la cuisse l'assuré ressent une douleur tant externe, interne qu'antérieure, puis la douleur irradie à la face latérale de la jambe et finalement jusqu'au gros orteil. Il n'est pas possible de préciser s'il existe une composante inflammatoire, d'un côté le dérouillage matinal est rapide, les douleurs apparaissent lors de l'activité ; d'un autre côté, l'assuré dit être réveillé toutes les nuits plusieurs fois. L'assuré dit prendre depuis longtemps du Diclofenac ® 3 x 50 mg par jour, il prend encore du Méfénacide ® 500 mg, le matin et comme traitement d'appoint du Tramadol ®. Monsieur J. _____ garde une vie sociale, notamment rencontre des amis le week-end au centre portugais. Les déplacements restent difficiles, l'assuré dit devoir s'arrêter après 100 m de marche. Élément important, Monsieur J. _____ nous informe qu'il a été vu par le Dr L. _____, orthopédiste à l'Hôpital C. _____, à la fin décembre 2008. Le spécialiste aurait retenu l'indication à une pose de PTH [prothèse totale de la hanche, réd.] à droite en raison d'une coxarthrose. Le compte rendu des consultations est demandé au Dr L. _____. A l'examen clinique, Monsieur J. _____ présente une boiterie droite modérée, avec une boiterie de Duchenne visant à épargner sa hanche droite. La boiterie est plus marquée lorsque l'on analyse spécifiquement la marche en salle d'examen. Globalement, l'assuré a une faible musculature, il a un surplus pondéral avec un BMI à 32 (pré-obésité). L'assuré annonce une consommation d'alcool importante, on constate des télangiectasies faciales, l'assuré a une diminution de la sensibilité en chaussette et une diminution des réflexes au niveau de l'extrémité des membres inférieurs avec étant gêné [sic] lorsqu'il se trouve en station debout par son problème de coxarthrose et lorsqu'il est assis par son problème lombaire. La capacité de travail est susceptible d'amélioration après traitement orthopédique par PTH à droite. L'exigibilité dans une activité adaptée à 50% est à retenir depuis le 31 mars 2008, date de l'essai de reprise à 50% dans l'activité habituelle, qui s'est finalement soldé par un arrêt de travail complet à mi-juillet 2008. CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 0%, aide-boulangier DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE :

50% DEPUIS LE : 31 mars 2008 » En date du 22 octobre 2009, l'assuré a subi une intervention chirurgicale visant à mettre en place une prothèse totale de la hanche droite en raison d'une coxarthrose invalidante. Dans un rapport médical à l'intention de l'office AI, indexé le 25 juin 2010, le Dr D. _____, médecin traitant, a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : lombalgie sur hernie discale L5-S1 depuis 2005, coxarthrose gauche depuis 2004, coxarthrose droite opérée (2002-2003), obésité depuis 1998, diabète depuis 2008, cervicalgie depuis 2005, hypertension artérielle depuis 2008, syndrome métabolique, scolarité insuffisante (jusqu'à dix ans), épuisement, troubles mnésiques, bouffées agressives, ces trois dernières symptomatologies existant depuis 2005-2006. Il a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle sans interruption depuis le mois de janvier 2008, des mesures de réadaptation professionnelle ne lui paraissant pas envisageables compte tenu de la situation psychique et physique de l'intéressé. L'état du cœur excluait tout mouvement en force tandis que les affections lombaires et cervicales ainsi que la coxarthrose rendaient tout effort impossible. L'obésité et le diabète présentaient par ailleurs un risque dans le cadre d'une activité professionnelle effectuée dans le secteur de la boulangerie. Quant au fait de se sentir épuisé, il entravait la capacité de soutenir la cadence dans toute profession. Le Dr D. _____ a qualifié le pronostic de mauvais et il a recommandé que la future thérapie s'inscrive dans le cadre d'un bilan de santé. Le 1^{er} octobre 2010, le Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital P. _____ a fait parvenir à l'office AI une copie des rapports de consultation des 4 décembre 2009, 15 janvier 2010, 19 avril 2010 et 27 septembre 2010. Dans le rapport du 18 janvier 2010, faisant suite à la consultation du 15 janvier précédent, le Dr M. _____, chef de clinique, a indiqué qu'au niveau de la prothèse, l'évolution sur le plan orthopédique était tout à fait favorable, avec disparition complète des douleurs. La marche devait se poursuivre en fonction des possibilités de l'assuré. Il a ainsi estimé qu'il n'y avait plus d'indications à un arrêt de travail à 100%. Il a en revanche laissé le soin au Dr H. _____ de se prononcer sur d'éventuels arrêts de travail en relation avec les problèmes dorsolombaires de l'assuré. Lors de la consultation du 19 avril 2010, le Dr M. _____ a répété que l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle. Il a confirmé son point de vue dans son rapport du 5 octobre 2010 (consultation du 27 septembre 2010). Le 21 mars 2011, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité pour la période courant du 7 janvier 2009 au 30 avril 2010. Il a considéré que, dès le 7 janvier 2008 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail et de gain de l'assuré était nulle. L'instruction du dossier a fait cependant apparaître qu'à partir du 15 janvier 2010, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : épargne du rachis lombaire, pas de travail sur le plan instable entraînant un risque de chute, pas de position accroupie ou à genoux et pas de montée-descente répétée d'escaliers. Il s'ensuivait que la prestation servie était supprimée au 30 avril 2010, soit trois mois après l'amélioration constatée. Quant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, elle débouchait sur un degré d'invalidité de 5,96%, excluant le droit au reclassement dans une nouvelle profession. En date du 21 avril 2011, l'assuré a présenté des objections à ce projet. Il a joint un rapport du 14 mars 2011 du Dr B. _____, spécialiste en neurologie, dans lequel celui-ci a conclu que l'examen clinique (pratiqué ce jour-là) avait révélé quelques troubles statiques vertébraux et une bonne préservation de la mobilité du rachis lombaire avec de possibles discrets signes d'irritation radiculaire et une probable atteinte polyneuropathique sensitive des membres inférieurs. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail. Par décision du 5 juillet 2011, l'office AI a confirmé son

projet du 21 mars précédent. B. a) Par acte du 6 septembre 2011, J._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, dont il demande, avec suite de frais et dépens, l'annulation, en ce sens qu'il a droit au maintien d'une rente d'invalidité entière au-delà du 30 avril 2010. Pour l'essentiel, le recourant fait valoir que l'intimé n'a pas démontré en quoi son état de santé se serait amélioré. Certes, la coxarthrose droite a été résolue favorablement mais les pathologies lombaires subsistent. Il relève par ailleurs que la symptomatologie somatique a fait l'objet d'appréciations contradictoires de la part de différents médecins l'ayant examiné. Dans cette mesure, le recourant estime que les rapports médicaux versés au dossier ne sont pas convaincants, d'autant que l'office intimé n'explique pas pourquoi seules les preuves démontrant prétendument un bon état de santé devraient être prises en compte, à l'exclusion de celles mettant en évidence les diverses pathologies dont il est atteint. S'agissant de son état de santé psychique, il reproche à l'intimé de n'avoir procédé à aucune investigation, alors même que des éléments au dossier attestent l'existence de troubles sur ce plan. Ainsi, de l'avis du recourant, seule la mise en œuvre d'une expertise indépendante serait de nature à lever les incertitudes et dissiper les contradictions dont le dossier médical est entaché. Enfin, en retenant qu'il présente une capacité de travail entière, le recourant estime que l'office intimé aurait dû préciser quelle activité pourrait être réellement et concrètement entreprise au regard de son état de santé. En ne le faisant pas, l'intimé s'est livré à une évaluation purement abstraite de sa situation, sans prise directe avec sa réalité physiologique et psychique, pas plus qu'il n'a pris en considération la réalité économique du marché du travail. Dans sa réponse du 21 novembre 2011, l'intimé propose le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise. En annexe à une lettre du 20 décembre 2011, le recourant a produit un rapport médical daté du 28 octobre 2011, émanant du département de psychiatrie de l'Hôpital P._____, sous la signature du Dr R._____, chef de clinique, V._____, psychologue associée et du Dr T._____, médecin assistant. Ils retiennent les diagnostics (selon la DSM-IV) de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, trouble douloureux somatoforme, privation de relations affectives dans l'enfance et accentuation de certains [traits] de la personnalité (paranoïaque). Ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail. Le recourant et l'intimé se sont exprimés une nouvelle fois, respectivement les 25 et 26 janvier 2012. A cette dernière écriture, était joint un avis du SMR du 9 janvier 2012 préconisant la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. b) En date du 15 mars 2012, le magistrat instructeur a désigné le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint au département de psychiatrie de l'Hôpital P._____, en tant qu'expert psychiatre dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire, le soin étant laissé à l'expert de désigner un confrère rhumatologue pour l'examen sur le plan somatique. L'expertise rhumatologique de l'assuré a été effectuée par le Dr W._____, spécialiste en maladies rhumatismales, médecin agréé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital P._____, lequel a déposé son rapport le 3 juillet 2013. Renvoyant à l'expertise psychiatrique pour l'étude des documents médicaux antérieurs, ce rapport contient un bref résumé de la situation médicale actuelle de l'assuré ainsi qu'un rappel succinct de son anamnèse socio-professionnelle (p. 1). Puis, il s'attache à rendre compte des plaintes du patient, décrit les antécédents personnels et familiaux et procède à une revue par systèmes avant d'exposer le résultat des observations cliniques effectuées (pp. 2-4). Il pose ensuite les diagnostics suivants : Cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques persistantes · Troubles statiques et dégénératifs rachidiens (canal lombaire

étroit radiologique) · Déconditionnement physique global et focal avec insuffisance posturale sur dysbalances musculaires étagées dans un contexte d'hypoextensibilité de la musculature posturale et kinésiophobie. · Probable micro instabilité segmentaire lombaire basse. Coxarthrose bilatérale, status après prothèse totale de hanche droite (octobre 2009) Probable conflit sous-acromial gauche Probable état anxio-dépressif dans un contexte de kinésiophobie A titre de co-morbidités, le Dr W. _____ a retenu une suspicion de syndrome d'apnée du sommeil, une obésité, un syndrome métabolique anamnestique et une probable atteinte polyneuropathique sensitive anamnestique. L'expert s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « discussion » : « Ce patient de 58 ans, aide-boulangier sans formation, en arrêt de travail à 100 % depuis le 7 janvier 2008 (selon rapport employeur du 11.8.2008), présente une symptomatologie douloureuse rachidienne mécanique, d'apparition progressive depuis 2005, à point de départ cervico-scapulaire gauche, dans le contexte des mouvements répétitifs exigés par son activité professionnelle. Progressivement, la symptomatologie fait tache d'huile vers la région lombaire, toujours mécanique et posturale, statique et dynamique, mais sans élément anamnestique en faveur d'une composante neurologique. Elle est insomnante, entraînant de multiples réveils posturaux, perturbant donc la qualité de son sommeil et ses capacités de récupération, localisée principalement au niveau lombaire et présentant aussi bien des éléments en faveur d'un canal lombaire étroit, qu'en faveur d'une micro instabilité segmentaire lombaire basse. La persistance et la pérennisation de cette symptomatologie douloureuse, restée sans traitement efficace, a entraîné des modifications thymiques négatives, à côté, sur le plan physique, d'un déconditionnement musculo-squelettique majeur, entraînant une kinésiophobie s'aggravant progressivement. Les composantes de ce déconditionnement se cristallisent dans les troubles de la coordination, lesquelles se traduisent à l'examen physique par: 1. la perte des réflexes proprioceptifs de la musculature stabilisatrice du tronc (en particulier le Transverse de l'abdomen, les autres n'ayant pas été testés, mais certainement également perturbés). 2. la perte de l'endurance cardio-vasculaire globale et focale. 3. la perte de la mobilité, en particulier musculaire, par les réponses physiologiques à la surcharge, sous forme d'hypoextensibilité pour les fibres I et d'une atrophie secondaire des fibres de type II. 4. les troubles de la coordination dans la mobilité active des différents segments corporels, rentrant également dans le cadre des éléments décrits sous chiffre 1. Cette perturbation de la coordination fait le lien entre le domaine psychologique et somatique. 5. la perte générale de la force musculaire et de la vitesse du mouvement. Or, selon les connaissances les plus récentes concernant l'origine des lombalgies, on s'oriente non plus vers des déficits analytiques soit de force, soit de vitesse, soit de lésions structurelles, mais beaucoup plus vers une vision dynamique du rachis, avec, en particulier, l'émergence du concept de troubles fonctionnels, un point de départ de lésion structurelle possible mais surtout de désordres posturaux et dynamiques, qui expliquent l'émergence progressive, parallèlement au vieillissement physiologique, d'une surcharge entraînant une symptomatologie douloureuse. Ces désordres s'installent progressivement dès l'adolescence et peuvent s'exprimer ou non en fonction de paramètres multiples somatiques et/ou psychiques, qui échappent au champ du présent rapport. Ainsi les douleurs exprimées par le patient trouvent leur origine dans des éléments objectifs démontrés, éléments actuellement figés et sans espoir de modification sans une intervention thérapeutique complexe, citée plus bas. Se rajoutant à la situation douloureuse, la composante de stress induite par celle-ci, ainsi que l'incertitude professionnelle, contribuent à l'entretien de sa détresse psychologique, avec une probable composante anxieuse, s'exprimant par la kinésiophobie. Il existe une

abondante littérature démontrant les effets du stress sur les troubles posturaux, ainsi que la nécessité d'une rééducation active au long cours et sous surveillance, pour atteindre des mesures physiques efficaces permettant d'imaginer une reprise de travail chez un patient comme M. [...] [recte : J. _____]. Ces études montrent qu'il convient de prévoir une année de prise en charge sous supervision par un physiothérapeute orienté vers la rééducation, ceci uniquement après avoir pu démontrer que le patient avait compris le problème et que sa motivation à rentrer dans une démarche personnelle de rééducation était complète. Sans une telle démarche, il n'existe aucune chance de récupérer une capacité quelconque chez ce patient. Ce patient est donc dans un état physique totalement régressé, entretenu par sa méconnaissance des composantes de son problème, méconnaissance découlant probablement de son faible niveau de scolarisation et de sa compréhension de la langue française, compréhension limitée aux connaissances rudimentaires nécessitées par son niveau social: de toute évidence, à travers l'anamnèse que j'ai prise, il n'a jamais reçu d'informations suffisamment claires, dans sa langue maternelle, pour lui permettre d'appréhender les différentes composantes de son problème et leurs conséquences en termes de traitement, à savoir, une autogestion après apprentissage de la procédure à suivre. Il n'est donc pas étonnant, puisqu'on attend de lui qu'il se prenne en charge, que cela n'ait jamais pu être le cas jusqu'à présent. Que reste-t-il d'exigible physique en termes de capacité de travail dans une telle constellation clinique ? En termes médico-asséurologiques, en rentrant dans l'esprit de la Vème révision de l'AI, ce patient devrait être mis au bénéfice de mesures de réinsertion sous forme du modèle des échelons, décrit par l'OFAS (<http://www.insos.ch/assets/Downloads/Limat-Referat-def-F.pdf>), qui comprend une approche de soutien psychologique (« coaching ») à côté de mesures de réentraînement musculaire au long cours. Cette approche nécessite toutefois que la situation psychologique soit stabilisée. Il revient donc à mes collègues psychiatres de déterminer dans quelle mesure on peut attendre de la part de ce patient l'effort de volonté lui permettant de mettre à profit ses capacités de résilience. Aussi longtemps que cette approche n'aura pas été initiée de façon efficace, au sein d'une équipe pluridisciplinaire (rééducateurs, orthopédistes, rhumatologues, antalgistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychiatres, psychologues, assureurs sociaux, etc.) rompue à ce type d'approche, dans le cadre d'un traitement initialement intensif quotidien, en groupe, puis poursuivi en milieu extra-médical, pendant au moins 6 à 12 mois, la situation n'a pratiquement aucune chance de se modifier. » De son côté, le Dr X. _____ a déposé son rapport le 22 juillet 2013. Après une anamnèse circonstanciée (pp. 2-6), il rapporte les plaintes de l'assuré (p. 6) et décrit le status clinique (pp. 6-7). Avec effet sur la capacité de travail il a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques, avec syndrome somatique (F 32.11), tandis qu'il a retenu le diagnostic de privation de relation affective pendant l'enfance (Z 61.0), sans répercussion sur la capacité de travail. Il a écrit ce qui suit dans le paragraphe intitulé « appréciation psychiatrique du cas et pronostic » : « Monsieur J. _____ est un homme âgé de cinquante-sept ans, marié, père de deux enfants, sans formation et sans activité lucrative depuis 2008. Monsieur J. _____ a vécu une enfance difficile, marquée à la fois par un travail pénible dans les champs dès l'enfance et par le suicide de son père, lorsqu'il a douze ans. Nous retenons ainsi, et à la suite de nos collègues du CCPP [Centre de consultation psychiatrique et psychothérapeutique, réd., c'est-à-dire : département de psychiatrie de l'Hôpital P. _____], une privation de relation affective durant l'enfance. Au terme de notre investigation, nous retenons chez Monsieur J. _____ un diagnostic d'épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques, avec syndrome

somatique. Un épisode dépressif se caractérise par un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, ainsi qu'une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen repose sur la présence d'au moins deux des symptômes suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins trois autres symptômes dépressifs. Monsieur J. _____ présente plusieurs symptômes du registre dépressif, à savoir: une humeur déprimée, avec des pleurs fréquents, notamment durant les entretiens, des ruminations qui portent sur ses problèmes financiers principalement, de l'anhédonie, avec une perte du plaisir dans la plupart des activités de la vie quotidienne, une perte d'espoir et une diminution de la concentration. On relève également la présence d'idées suicidaires scénarisées. Monsieur J. _____ explique se « faire parfois peur », principalement lors de ces instants où il « perd l'amour de la vie ». On note de l'irritabilité, avec parfois des gestes de violence envers son épouse, ce qui n'était jamais arrivé auparavant. Finalement, Monsieur J. _____ présente une perturbation du sommeil. Il rapporte ne dormir que quelques heures par nuit. Il va se coucher aux alentours de 21 heures, car il se sent épuisé mais ne parvient pas à s'endormir avant une heure ou deux heures du matin. Le matin, le réveil est précoce, vers quatre heures. En revanche, on ne note pas de diminution de l'estime de soi, ni d'idées de culpabilité. Les symptômes dépressifs semblent être présents depuis 2010 au moins et Monsieur J. _____ ne relève pas d'amélioration significative avec la prise de Citalopram. Ainsi, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée retenu par nos collègues du CCPP s'est chronicisé en une dépression constituée. En effet, Monsieur J. _____ vit depuis de nombreuses années un conflit entre son vécu de la douleur, pour laquelle il a le sentiment que les professionnels ont objectivé une cause somatique, et la décision de l'AI, considérant qu'il est en mesure de travailler. Cette contradiction entre sa perception et la décision de l'AI, qui est à la base du trouble de l'adaptation décrit par les médecins du CCPP, s'est progressivement rigidifiée, au point que les symptômes se sont chronicisés en un épisode dépressif. Nous relevons des limitations fonctionnelles en lien avec la dépression. Premièrement, on note des troubles mnésiques et de la concentration chez Monsieur J. _____, qui sont observables cliniquement lors des entretiens. On constate également une importante restriction sociale chez cet expertisé. Il dit ne plus sortir pour voir ses amis, car il a honte de ne pas avoir d'argent, même pour s'offrir un café. Il rencontre aussi une difficulté à contenir ses émotions, due à une grande tension interne qui le rend irritable et l'a notamment amené à frapper son épouse, ce qui n'était jamais arrivé auparavant. Finalement, Monsieur J. _____ rapporte une intolérance au bruit, en lien avec la fatigue, qui l'amène à s'isoler davantage. Nous n'avons pas retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant évoqué par nos collègues du CCPP, car nous ne retrouvons pas dans notre investigation actuellement d'éléments d'un conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux pouvant être considérés comme la cause de ce trouble. En effet, un syndrome douloureux persistant se caractérise par une plainte concernant une douleur intense et persistante, non expliquée entièrement par une cause somatique et qui survient dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme étant la cause du trouble. Nous estimons que les problèmes psychosociaux et les conflits émotionnels que Monsieur J. _____ rencontre actuellement découlent de l'épisode dépressif et non l'inverse. Concernant les aspects paranoïaques de la personnalité évoqués par le CCPP, nous n'avons à l'heure actuelle pas observé de tels traits chez Monsieur J. _____. Nous faisons l'hypothèse que la

symptomatologie dépressive est actuellement exacerbée et recouvre quasiment l'entier du tableau clinique observable. Concernant le pronostic, la durée de la symptomatologie dépressive ne peut pas être prévue et nous ne constatons pas d'amélioration significative avec la prise médicamenteuse. » En conclusion, et en nous référant également à l'expertise rhumatologique du Docteur W. _____, Monsieur J. _____ présente des douleurs physiques qui trouvent leur origine dans des éléments objectifs démontrés et actuellement figés, que seule une intervention thérapeutique complexe pourrait éventuellement modifier. Une telle approche nécessite toutefois que la situation psychique de l'expertisé se stabilise et actuellement la symptomatologie dépressive chronicisée qu'il présente nous paraît de nature à limiter de manière importante sa capacité à entreprendre une telle démarche thérapeutique. » L'expert a par ailleurs répondu en ces termes aux questions posées touchant l'influence des troubles présentés sur la capacité de travail : « INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Au plan physique Nous vous prions de vous référer à l'expertise médicale du Docteur W. _____ annexée, pour l'évaluation somatique. **Au plan psychique et mental** Monsieur J. _____ présente un épisode dépressif moyen qui engendre d'importantes limitations fonctionnelles, telles que des troubles mnésiques et de la concentration, un isolement social, une difficulté à contenir ses émotions due à une grande tension interne, avec une importante irritabilité, ainsi qu'une intolérance au bruit due à la fatigue. De plus, la symptomatologie dépressive entraîne un rétrécissement du champ des pensées avec rigidité sur la problématique des douleurs et des craintes permanentes de survenue de nouvelles douleurs. **Au plan social** Un isolement social et des tensions au sein du couple à cause de son irritabilité. Son intolérance au bruit l'empêche également de s'occuper [de] ses petits-enfants durant trop longtemps.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Sur le plan somatique, nous vous prions de vous référer au rapport du Docteur W. _____. Sur le plan psychiatrique, nous ne pouvons pas nous prononcer sur cet aspect, étant donné que les troubles sont apparus après la fin de l'activité professionnelle.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Sur le plan somatique, nous vous prions de vous référer au rapport du Docteur W. _____. Sur le plan psychiatrique, la capacité adaptative de l'expertisé est actuellement très réduite, dans n'importe quel type d'activité en raison de la symptomatologie dépressive résistante (troubles attentionnels et mnésiques, perte d'énergie et fatigabilité, etc.).

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Non.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? La question tombe, cf. notre réponse à la question 2.2.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur le plan psychiatrique, probablement depuis 2010 au moins. Pour l'évaluation somatique, nous vous prions de vous référer au rapport du Docteur W. _____.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'incapacité de travail s'est-elle améliorée depuis, avec la chronicisation de la symptomatologie dépressive et des douleurs.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ASSURE EST-IL CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL? Les capacités adaptatives de Monsieur J. _____ sont actuellement très limitées en raison de ses troubles psychiatriques.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? Pas à l'heure actuelle, du fait de ses limitations fonctionnelles, dues à la symptomatologie

dépressive et aux douleurs. Les perspectives thérapeutiques complexes proposées par le Docteur W. _____ nous paraissent compromises au vu de la chronicité de l'état psychique que présente l'expertisé.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT? Non, cf. notre réponse à la question 1.

2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) La question tombe.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? La question tombe.

3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE? Non, les difficultés rencontrées par l'expertisé sont indépendantes du type d'activité.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? La question tombe.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? La question tombe.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? La question tombe.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Car la symptomatologie dépressive ainsi que les douleurs entraînent d'importantes limitations fonctionnelles, dont adaptatives, chez Monsieur J. _____.

QUESTIONNAIRE DE MAÎTRE

JEAN-MICHEL DUC, AVOCAT B) Atteintes psychiques: - Quelles sont les atteintes psychiques dont souffre M. J. _____? Monsieur J. _____ souffre d'un épisode dépressif moyen, sans symptômes psychotiques, avec syndrome somatique. - Depuis quand datent ces atteintes et quelle en est l'évolution depuis leur début à ce jour? Au vu du rapport du Docteur D. _____, il semble que les symptômes dépressifs soient déjà présents en juin 2010, au moins. Les symptômes dépressifs du trouble de l'adaptation décrit par le CCPP en octobre 2011 se sont progressivement chronicisés en un épisode dépressif. - Quel est le pronostic futur? Plutôt sombre à l'heure actuelle, l'expertisé ayant peu de ressources psychiques. La symptomatologie dépressive s'est chronifiée et rigidifiée. - Est-ce que l'état de santé actuel de M. J. _____ constitue une amélioration ou une détérioration par rapport à son état de santé antérieur? Dans quelle mesure? L'état de santé actuel de Monsieur J. _____ constitue une détérioration par rapport à son état de santé antérieur, au vu de la chronicisation des symptômes dépressifs. - Quels en sont les effets sur sa capacité de travail actuelle et future dans son activité habituelle? Actuellement sur le plan psychiatrique, la capacité adaptative de l'expertisé est très réduite et compromet fortement les perspectives thérapeutiques complexes proposées par le Docteur W. _____, préalable pourtant indispensable à une hypothétique réinsertion professionnelle. - Quelles sont les limitations fonctionnelles de M. J. _____? Des troubles mnésiques et de la concentration, un isolement social, une difficulté à contenir ses émotions due à une grande tension interne, avec une importante irritabilité, ainsi qu'une intolérance au bruit due à la fatigue. Par ailleurs, la symptomatologie dépressive entraîne un rétrécissement du champ des pensées vers la problématique douloureuse et des craintes de survenue future de douleurs. - Quelles seraient les activités adaptées que pourrait exercer M. J. _____? Les capacités adaptatives de Monsieur J. _____ sont actuellement limitées et les difficultés rencontrées par l'expertisé sont indépendantes du type d'activité. - Quels sont les effets de ses atteintes sur sa capacité de travail actuelle et future dans une activité adaptée? Actuellement sur le plan psychiatrique, la capacité adaptative de l'expertisé est très réduite et compromet les perspectives d'une réinsertion professionnelle. » Se ralliant à l'avis du 31 juillet 2013 de son SMR, joint en annexe, l'intimé énumère, dans une écriture du 15 août 2013, différentes questions à propos desquelles il estime qu'il convient de solliciter chacun des deux experts. De plus, il relève que ces derniers n'ont pas procédé à une évaluation

globale de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Au demeurant, le fait d'avoir eu recours à l'épouse de celui-ci pour assurer la fonction d'interprète n'est pas satisfaisante. Dans cette mesure – nonobstant la valeur probante de l'expertise –, l'intimé considère que l'aggravation de l'état de santé du recourant n'est pas établie, de sorte qu'il déclare maintenir sa position. De son côté, le recourant fait siennes, dans ses déterminations du 2 septembre 2013, les conclusions de l'expertise judiciaire, selon lesquelles il est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 1^{er} janvier 2010 au plus tard. Partant, il persiste dans les conclusions de son recours du 6 septembre 2011. c) Le 13 septembre 2013, le magistrat instructeur a fait savoir aux parties qu'il admettait la requête de l'intimé tendant à inviter les experts à répondre à des questions complémentaires, celles-ci étant intégrées dans l'écriture de l'intimé du 15 août 2013. Le 30 septembre 2013, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de questions complémentaires à poser aux experts. Il a une nouvelle fois pris position sur les objections formulées par l'intimé. Se fondant sur divers entretiens et colloques ainsi que sur leur précédent rapport d'expertise, les experts X._____ et W._____ ont déposé le 20 janvier 2014 un rapport complémentaire à la teneur suivante : « Vous nous demandez de répondre aux questions de l'Office de l'Assurance Invalidité (OAI) quant au contenu de notre rapport d'expertise psychiatrique du 22 juillet 2013. Premièrement, l'OAI nous demande de bien vouloir clarifier de manière circonstanciée - les éléments objectifs qui nous permettent de retenir une modification de l'humeur antérieure au début de l'année 2011, REPONSE : pour notre rapport du 22 juillet 2013, nous nous sommes notamment basés sur les symptômes décrits par le Docteur D._____, dans son rapport indexé au 25 juin 2010. En effet, le Docteur D._____ met en avant dans son rapport que Monsieur J._____ est actuellement « éprouvé, dépressif avec les diagnostics énoncés ci-dessous,... ». Le médecin rapporte également un épuisement, des troubles mnésiques, ainsi que des « bouffées agressives » dans son rapport. Ces symptômes évoquent une modification de l'humeur chez Monsieur J._____, déjà en juin 2010. Lors de notre entretien téléphonique du 7 janvier 2014, le Docteur D._____ a confirmé la présence d'éléments dépressifs chez Monsieur J._____ déjà en 2010, sous la forme d'une importante désocialisation principalement. Lors de l'entretien avec Monsieur J._____ en date du 14 janvier 2014, celui-ci nous a indiqué avoir présenté ces symptômes depuis avril 2010, ce qu'il met en lien avec la suppression de ses prestations par l'OAI; il rapporte plusieurs symptômes, sous forme de tristesse, d'anxiété, de ruminations incessantes, d'idées suicidaires scénarisées, d'irritabilité, de troubles du sommeil et de l'appétit. Monsieur J._____ rapporte également des troubles de la concentration et de l'attention, sa pensée étant constamment parasitée par des ruminations anxieuses. Ces éléments correspondent aux critères de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10) nécessaires pour retenir un diagnostic d'épisode dépressif. Monsieur J._____ n'a par ailleurs, à ses dires, jamais présenté de tels symptômes avant avril 2010, ce qui exclut un trouble de l'humeur persistant de type cyclothymie ou dysthymie. - les traitements psychiatriques mis en place depuis janvier 2011, le traitement actuel et ses variations au moins dans l'année qui a précédé l'expertise et si l'assuré bénéficie d'un suivi psychiatrique régulier , REPONSE : le Docteur D._____ relate que malgré les symptômes dépressifs que présentait Monsieur J._____ déjà en 2010, ce dernier n'a jamais demandé de soutien psychologique et que cela ne le lui a pas non plus été suggéré. Monsieur J._____ relate que si un tel suivi lui avait été proposé, il aurait probablement accepté de l'aide. L'importante désocialisation que présente Monsieur J._____, de même que la focalisation sur ses douleurs somatiques ont

probablement participé à cette absence de demande. Lors de notre entretien du 14 janvier 2014, nous avons constaté que l'état psychique de Monsieur J. _____ s'est encore péjoré depuis notre dernière rencontre en septembre 2012. En effet, l'expertisé rapporte un isolement social toujours plus important, avec des sorties qui se sont raréfiées. Il relate se sentir par moments totalement envahi par des ruminations anxieuses et des idées noires quotidiennes, ce qui l'empêche même de suivre un programme à la télévision, selon ses propos. Son irritabilité s'est également aggravée, avec des violences verbales et physiques envers son épouse, ce qui met en péril l'équilibre conjugal. A l'heure actuelle, Monsieur J. _____ envisage de solliciter un professionnel pour l'aider à surmonter ses difficultés, tout en restant dans un positionnement proche du désespoir. - les bases objectives sur lesquelles la compliance vis-à-vis du traitement a été évaluée/établie. REponse : Monsieur J. _____ bénéficie d'un traitement antidépresseur de Citalopram 20 mg 1 cp / jour depuis la consultation du Docteur R. _____ en octobre 2011. Le Docteur D. _____ rapporte des demandes régulières de la part de l'expertisé concernant les prescriptions de Citalopram et précise que la fréquence de ces demandes correspond à une compliance médicamenteuse correcte. En revanche, aucun dosage n'a été effectué. Le traitement antidépresseur pharmacologique seul n'a généralement que très peu d'effet sur les troubles dépressifs cristallisés dans des situations telles que celle de Monsieur J. _____ ; un traitement psychiatrique intégré est, en théorie, habituellement nécessaire. Nous avons cependant indiqué dans notre rapport qu'un tel traitement n'a selon toute vraisemblance que très peu de chance d'aboutir dans le cas de Monsieur J. _____.

L'OAI demande également au Docteur W. _____ « d'expliquer en quoi, d'un point de vue rhumatologique, l'état de santé ainsi que les limitations fonctionnelles du recourant ont évolué depuis l'examen clinique rhumatologique du SMR du 27 janvier 2009, ... ».

REponse : Paragraphe 1, p. 2 : mise en cause de l'absence de traducteur, (cf. également le commentaire dans le volet juridique). Accessoirement, compte tenu des rapports médicaux présents au dossier, rien ne permettait de prévoir des difficultés de communication linguistique, dans le domaine somatique. Par ailleurs et en l'espèce, le déroulement de la consultation a largement démontré l'inutilité d'un traducteur, compte tenu de l'aspect strictement somatique de l'examen. Enfin, la présence de l'épouse a permis d'avaliser deux éléments anamnestiques concernant les limitations fonctionnelles du patient. Paragraphe 2, p. 2 : «...limitations fonctionnelles ne sont pas clairement explicitées. » : la lecture attentive et complète du status montre toutes les limitations fonctionnelles, qu'elles soient d'origine a. algique i. raideur lombaire au déshabillage, ii. boiterie de Duchenne-Trendelenburg à la marche (même si transitoire), iii. accroupissement impossible, iv. diminution douloureuse de l'extension lombaire, v. pygalgie droite à l'épreuve de Trendelenburg statique, vi. co-contractions douloureuses lors des tentatives d'inclinaisons lombaires actives gauches et droites, vii. limitation de la rotation externe et de la distance pouce-C7 à l'épaule gauche, viii. manoeuvre de Jobe douloureuse, ix. diminution de la flexion de la hanche gauche par les lombalgies, x. distance talon-fesse augmentée, des 2 côtés, xi. tests rotuliens positifs des 2 côtés b. ou dynamiques, musculo-ligamento-articulaires. i. distance doigts sol 50 cm, ii. déroulement incomplet de la lordose lombaire en flexion antérieure, signant un trouble fonctionnel dans la mobilité lombaire basse, iii. déficit bilatéral de réponse du transverse de l'abdomen lors de la mise en charge du tronc, signant l'absence de protection active par le caisson abdominal des derniers segments rachidiens, expliquant ainsi la biomécanique des blocages douloureux exprimés par le patient dans la plupart des mouvements lombo-sacrés. iv. hypoe extensibilité de la musculature posturale de la ceinture

scapulaire, v. limitation des rotations externes et de la distance pouce-C7 de l'épaule G, vi. manoeuvre de Jobe positive - il ne s'agit pas d'une redondance par rapport à la lettre a. ci-dessus, la manoeuvre décrite par Jobe et al en 1982 ayant une composante algique et fonctionnelle -, vii. diminution de l'extension de la hanche droite, au moins sur hypoextensibilité du psoas et du droit antérieur, un flexum résiduel après prothèse totale de hanche n'étant pas cliniquement décelable dans le contexte douloureux de ce patient, viii. lâchage fonctionnel du moyen fessier au test de Trendelenburg après 28 secondes, la normale étant une stabilité complète du bassin jusqu'à 30 secondes. On pourrait effectivement chipoter en disant qu'un délai de 2 secondes fait probablement partie des incertitudes de la méthode. Toutefois, il convient de se souvenir que cette mise en charge a été précédée par l'apparition d'une douleur, rendant le test positif. Par contre, ces valeurs, hormis les quelques tests spécifiques, ne sont pas chiffrées, ce qui aurait impliqué la mise en route d'une ECF (évaluation de la capacité fonctionnelle), qui n'aurait guère eu de sens sur le plan asséurologique, compte tenu de la composante psychologique du tableau, mais qui pourrait en avoir sur le plan thérapeutique, à condition d'une mise en route du traitement complexe évoqué dans l'expertise. Quoi qu'il en soit, en l'état actuel de la situation, il est médicalement extrêmement difficile de définir un pronostic en termes de durée et de pourcentage de capacité de travail même dans une activité adaptée. Actuellement, sa capacité de travail est nulle, quelle que soit l'activité envisagée. Paragraphe 5, p. 2 J'ai examiné ce patient quatre ans et six mois après l'examen rhumatologique SMR mentionné par l'avis médical dont il est question. Mes collègues du SMR argumentent l'absence de changement en se basant sur la similitude des diagnostics, ce qui est un non-sens médical, puisque, par définition, les pathologies dégénératives de l'appareil locomoteur ont naturellement tendance à s'aggraver, en l'absence de traitement spécifique. En outre, la situation a été modifiée par: · le temps qui passe · la pose d'une PTH. Une prothèse totale de hanche est un traitement spécifique, mais qui ne restitue pas le statu quo ante (par analogie à la terminologie LAA), les suites de l'opération étant caractérisées par des précautions à prendre, afin d'éviter une luxation secondaire de la prothèse, limitations dont il est difficile d'affirmer l'absence de conséquences sur les capacités fonctionnelles d'un patient donné : il s'agit donc bel et bien d'une aggravation fonctionnelle puisqu'elle interdit certains mouvements, indispensables dans une activité manuelle, comme, en l'occurrence, l'accroupissement, pour ne citer que lui. D'autre part, l'examen SMR de 2009 1. ne signale aucune limitation des épaules, qui sont décrites comme « normomobiles » 2. retrouve une boiterie de Duchenne, mais ne mentionne pas de test de Trendelenburg, qu'il soit statique ou dynamique (j'en conclus donc à l'absence d'atteinte du moyen fessier, contrairement à mon examen) 3. ne mentionne pas la présence d'un trouble proprioceptif perturbant la stabilité du rachis dorsolombaire (cf. mon examen montrant une déficience de la réponse du transverse) ces trois éléments suffisant à reconnaître une aggravation fonctionnelle et organique chez ce patient. Dans le paragraphe à cheval sur les première et seconde pages de l'avis juridique de l'OAI, je relève que les signataires ont repris une phrase sortie de son contexte. En effet, à la page 2 de mon expertise, à la fin du troisième alinéa je note, effectivement, à propos de l'opération « celle-ci permet à la cruralgie de disparaître pratiquement complètement,... » mais je poursuis : «... mais laisse subsister la lombalgie mécanique en barre précédemment décrite. » Il s'agit donc d'une omission de la part des signataires, omission qui modifie totalement la lecture et la compréhension du texte. Pour finir, concernant la question de l'interprète, je relève que les signataires de cet avis mentionnent que c'est l'anamnèse qui peut être rendue de façon insatisfaisante : leur

remarque ne s'applique donc pas, dans le cas d'espèce, puisque non seulement je n'ai pas eu besoin de l'épouse du patient pour effectuer un examen complet mais qu'en plus, j'ai pu compléter mon anamnèse grâce aux précisions de la même personne. Cette remarque est donc inadéquate, et rend caduc le reproche d'absence de valeur probante de mon appréciation. Par ailleurs, l'OAI remet en cause la valeur probante de l'expertise car « à aucun moment les deux experts ne se sont prononcés de manière conjointe sur les questions qui leur ont été soumises » et qu'il « aurait été indiqué de la part des deux experts d'effectuer une pondération afin d'arrêter la capacité de travail résiduelle de l'intéressé » (p. 2). REPONSE : Nous rappelons que le rapport d'expertise du 22 juillet 2013 se réfère à plusieurs reprises à celui du Docteur W._____. Cela étant, nous pouvons vous répondre comme suit: si nous effectuons une pondération des deux évaluations (psychiatrique et rhumatologique), nous évaluons la capacité de travail résiduelle de Monsieur J._____ comme nulle (0%) en l'état actuel; par ailleurs, les perspectives théoriques qu'elle puisse être modifiée par une approche thérapeutique complexe, comme préconisée sur un plan rhumatologique dans ce type de situations sont extrêmement limitées compte tenu de la cristallisation de la situation sur le plan psychique. Les capacités adaptatives de Monsieur J._____ sont très réduites en raison notamment du faible niveau des ressources antérieures et de la chronicisation et rigidification du trouble dépressif. D'autre part, l'OAI remet également [en cause, réd.] la valeur probante de l'expertise car « le rôle d'interprète en langue portugaise indispensable à la réalisation des expertises était endossé par l'épouse du recourant » et que « l'expert aurait dû faire appel à un interprète expérimenté (...) » (p. 2). On peut vous répondre comme suit: REPONSE : Il est évident que la qualité de la traduction est importante dans le cadre d'une expertise psychiatrique et c'est pourquoi nous faisons toujours appel à des interprètes professionnelles. En l'occurrence, il s'agit d'un oubli de notre part de n'avoir pas mentionné en page 1 de notre rapport d'expertise du 22 juillet 2013 que l'interprétation professionnelle a été effectuée par Madame Q._____, interprète en langue portugaise et nous vous prions de bien vouloir nous en excuser Concernant l'entretien que nous avons eu avec Monsieur J._____ dans le cadre du complément d'expertise en date du 14 janvier 2014, nous n'avons pas réussi à solliciter les services de la même interprète. Nous avons fait appel à une autre interprète professionnelle en langue portugaise, Madame S._____. » Le 11 février 2014, l'office intimé constate que, pour retenir une modification de l'humeur qui soit antérieure au début de l'année 2011, les experts se sont notamment basés sur les déclarations du recourant, lequel met en lien les éléments dépressifs présentés avec la suppression des prestations octroyées par l'assurance-invalidité. Or, de tels troubles peuvent être traités médicalement, de sorte qu'il ne peut en découler de handicap psychique invalidant. Il y a par conséquent lieu de les écarter. En outre, l'intimé reproche aux experts leur imprécision lorsqu'ils écrivent que la capacité de travail du recourant est nulle « en l'état actuel ». A son avis, ils auraient dû indiquer depuis quand l'assuré est inapte au travail dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. A défaut, l'administration estime que le but de l'expertise est compromis, dès lors qu'une telle mesure sert principalement à établir l'évolution de l'état de santé de l'intéressé dans le temps. Pour le surplus, il se réfère à l'avis du SMR du 28 janvier 2014, dans lequel le Dr E._____, spécialiste en médecine interne, écrit ce qui suit : « La décision querellée est celle du 5 juillet 2011 (...). La question présente est de savoir quels étaient à cette date les problèmes de santé qui influençaient durablement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le SMR reconnaissant depuis janvier 2008 une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle d'aide boulanger pour des raisons

médicales prenant leurs racines uniquement dans la sphère somatique. Le Dr M. _____ écrivait dans son courrier du 18 janvier 2010 (in RM [rapport médical, réd.] [du] 1^{er} octobre 2010) cette phrase : « Pour ma part, il n'y a plus d'indication à un arrêt de travail à 100%, M. J. _____ présentant des lombalgies chroniques pour lesquelles une demande AI est en cours, je vous laisserai prendre le relais quant à la suite des arrêts de travail. ». C'est sur cette pièce et l'instruction antérieure que le SMR a fondé son avis du 20 décembre 2010. L'état clinique actuel de l'assuré n'est pas contesté par le SMR. Nous ne discuterons donc pas les problèmes de santé et les plaintes postérieures à la date de la décision contestée. Sur le plan rhumatologique, que peut-on conclure à la date du 5 juillet 2011 : En page 1 et 2 du volet rhumatologique de l'expertise de janvier 2013, le Dr W. _____ retient dès 2005 des cervicalgies « rapidement la douleur va faire tache d'huile vers la région lombaire » avec un périmètre de marche limité à 10 minutes et des montées-descentes qualifiées d'extrêmement pénibles. Il est précisé judicieusement que les activités de la vie quotidienne sont alors effectuées avec l'aide de l'épouse et que l'assuré cesse d'utiliser sa moto en 2008. Puis « dès environ 2008 » se développent des cruralgies droites. Puis après mise en place d'une prothèse de hanche droite en octobre 2009, l'expert écrit « celle-ci permet à la cruralgie de disparaître pratiquement complètement, mais laisse subsister la lombalgie en barre précédemment décrite ». Aucun élément clinique objectif ne permet donc jusque-là de s'écarter de l'appréciation du SMR qui repose sur l'avis du Dr M. _____ et sur l'examen rhumatologique SMR du 27 janvier 2009. En page 6 du rapport de cet examen il est expliqué pourquoi l'examinateur, rhumatologue FMH, n'a pas retenu les cervicalgies comme une atteinte à la santé au sens de la LAI, ce que ne contredit pas le Dr W. _____ qui estimait qu'après la pose de la PTH droite (octobre 2009) seule la lombalgie subsistait. L'expert décrit ensuite des scapulalgies gauches existant depuis 1 mois, soit depuis fin 2012, l'examen ayant été réalisé le 7 janvier 2013. Le volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire en question et son complément ne démontrent donc toujours aucune aggravation durable de l'état de santé somatique de l'assuré ou variation des limitations fonctionnelles à l'exercice d'une profession dans une activité adaptée qui soit antérieure au 5 juillet 2011, date de la décision querellée. Sur le plan psychiatrique : Le médecin de l'assuré annonçait dans son rapport du 25 juin 2010 « Epuisement, trouble mnésique, bouffées agressives » existant depuis 2005-2006. Le début de la longue maladie a été fixé sur la base des attestations émanant des médecins de l'assuré à la date du 1^{er} janvier 2008. Ces plaintes existaient donc déjà depuis 2 années en 2008. Antérieurement au 5 juillet 2011, cet assuré, d'alors 56 ans, n'avait jamais été suivi par un psychiatre, ni hospitalisé en milieu psychiatrique, ni, d'après les pièces du dossier, bénéficié de traitement médicamenteux de type antidépresseur ou neuroleptique. A l'automne 2011, il est adressé par le Dr H. _____, praticien à Lausanne, à la policlinique de psychiatrie de l'Hôpital P. _____ pour « une suspicion d'état dépressif sur demande de sa fille ». L'assuré a été reçu en consultation les 19 et 24 octobre 2011 par le Dr R. _____, psychiatre FMH et par le Dr T. _____ son assistant. Le rapport de ces médecins est basé sur 2 consultations à une semaine d'intervalle. Il comporte les plaintes de l'assuré, la liste des antécédents psychiatriques (« Aucun »), la description du contexte familial, social et professionnel, un status ou examen clinique psychiatrique, les diagnostics retenus suivis d'une discussion. Les diagnostics retenus sont : · Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive · Trouble douloureux somatoforme · Privation de relations affectives dans l'enfance · Accentuations de certains (traits ?) de la personnalité (paranoïaque) Le TSD est balayé par l'expert X. _____ en page 9/15 du volet psychiatrique ce que nous ne

contestons pas. La privation de relations affectives dans l'enfance n'est pas une maladie et l'accentuation de certains traits de la personnalité (paranoïaque) n'a pas été retenue par l'expert en 2013. Concernant le diagnostic de Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, il convient de se rapporter à la CIM-10 OMS CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT ISBN: 2-225-84609-X: F43.22 Troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive « présence au premier plan, de symptômes anxieux et dépressifs, dont la sévérité ne dépasse pas celle d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ou d'un trouble anxieux mixte (F41.3). Le diagnostic de trouble de l'adaptation s'applique lorsque l'humeur dépressive et divers symptômes se développent en réaction à une situation stressante et que les critères du diagnostic de dépression majeure ne sont pas rencontrés. Lorsque les critères de la dépression majeure sont rencontrés, ce dernier diagnostic prévaut. L'intensité et la sévérité des symptômes dépressifs est donc moindre que dans un épisode dépressif léger, maladie qui en l'absence de comorbidités psychiatriques ne saurait être reconnue comme source d'empêchements durables à une insertion dans l'économie. Si l'expert écrit bien en page 5/15 que « les symptômes dépressifs semblent être présents depuis 2010 au moins », il précise en page 14/15 que « les symptômes du trouble de l'adaptation décrit par le CCPP en octobre 2011 se sont progressivement chronicisés en un épisode dépressif ». L'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11 retenu par l'expert en 2013 s'est donc constitué aux dires même de l'expert postérieurement aux consultations d'octobre 2011 des Drs R._____ et T._____. Le complément d'expertise psychiatrique daté du 20 janvier 2014 confirme qu'avant le traitement de citalopram 20 mg recommandé en octobre 2011 par les Drs R._____ et T._____ l'assuré ne bénéficiait pas de traitement médicamenteux antidépresseur. Il n'y avait pas de suivi médical psychiatrique non plus. Le complément d'expertise rhumatologique requis par la Cour énumère des constatations réalisées lors du complément d'examen de janvier 2014, il ne conteste, ni ne met en doute sur des bases objectives, les limitations fonctionnelles et de la capacité de travail dans une activité adaptée, établies par le SMR, au moment de la décision AI contestée, soit juillet 2011. Nous reprenons donc nos conclusions de la page 1 du présent rapport, soit : Le volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire en question et son complément ne démontrent aucune aggravation durable de l'état de santé somatique de l'assuré ou variation des limitations fonctionnelles à l'exercice d'une profession dans une activité adaptée antérieure au 5 juillet 2011, date de la décision querellée. D'un point de vue médico-asséculogique, il convient de conclure qu'aucune aggravation somatique n'a été démontrée avant le 15 juillet 2011 et que les symptômes dépressifs sur lesquels se basent les Drs R._____ et T._____ [en] octobre 2011 « se sont progressivement chronicisés en un épisode dépressif », seul diagnostic psychiatrique actif aux yeux de l'expert X._____ entraînant actuellement une répercussion sur la capacité de travail. Les aggravations somatiques et psychiques relevées par les experts étant postérieures au 15 juillet 2011 [sic, réd.], elles ne nécessitent donc pas d'être discutées dans le cadre de cette procédure de recours. Bien qu'imparfaite dans sa forme et par le manque de précision sur l'évolution des problèmes de santé et des empêchements de l'assuré depuis l'automne 2011, l'expertise bidisciplinaire mise en place par le Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, ne met en évidence, ni n'expose d'élément médical objectif, ayant valeur de fait, à même de modifier notre appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée en date du 15 juillet 2011 [sic, réd.], bien au contraire. Nous maintenons donc notre position. Plaise maintenant au Tribunal de se prononcer. » Sur cette base, l'intimé propose le rejet du recours et le

maintien de la décision querellée. Dans une ultime écriture du 21 février 2014, le recourant relève que c'est à tort que l'intimé tente de démontrer que les experts n'ont pas prouvé l'existence d'une aggravation de l'état de santé. Bien plutôt, en supprimant avec effet au 30 avril 2010 la rente entière d'invalidité servie jusqu'alors au recourant, il appartenait à l'administration intimée d'établir l'existence d'une amélioration de l'état de santé justifiant la fin du droit aux prestations. En conséquence, le recourant modifie ses conclusions de la manière suivante : « le recours est admis, la décision entreprise est annulée et Monsieur J. _____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2009 vu le dépôt de la demande de prestations AI du 14 juillet 2008 et l'incapacité totale de travail depuis le 7 janvier 2008, le tout avec suite de frais et dépens. »

E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) – et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 al. 1 LPA-VD), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieuse l'allocation de prestations limitées dans le temps, respectivement la suppression de la rente d'invalidité servie au recourant, le point décisif étant de savoir si au moment déterminant – soit lors de la décision du 5 juillet 2011 –, les conditions étaient réunies pour supprimer cette prestation.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 al. 1 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 (première phrase). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les

données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_128/2013 du 4 novembre 2013 consid. 3.1). 4. a) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.2). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a p. 352 et les références ; TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1). b) Selon la jurisprudence (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3 avec la référence), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation

différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372, 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss ; TF 9C_97/2011 du 21 juillet 2011 consid. 4). Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 ; 131 V 164 consid. 2.3.3 ; 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

5. Dans le cas d'espèce, se fondant en particulier sur le rapport du Dr M. _____ du 18 janvier 2010, l'office intimé retient que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré à compter du 15 janvier 2010 et qu'il présente dès cette date une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (épargne du rachis lombaire, pas de travail sur le plan instable entraînant un risque de chute, pas de position accroupie ou à genoux et pas de montée ou descente répétée d'escaliers). Contrairement à l'intimé, le recourant estime que son état de santé ne s'est pas amélioré, ce d'autant plus qu'il se prévaut de troubles psychiques, lesquels n'ont pas été pris en considération par l'administration dans le cadre de la décision entreprise. Il considère dès lors que seule une expertise est de nature à permettre une appréciation globale de sa situation médicale. Dans son écriture du 26 janvier 2012, l'intimé se rallie à la position exprimée par son SMR (avis du 9 janvier 2012), lequel préconise expressément la mise en place d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Sur cette base, le magistrat instructeur a ordonné cette mesure d'instruction.

a) Sur le plan somatique, il est constant que l'assuré présente principalement des troubles rachidiens au niveau cervical et lombaire et des atteintes au niveau du membre inférieur droit. Dans son rapport du 11 février 2009, le Dr K. _____ note que l'assuré décrit une rachialgie diffuse, partant depuis la région cervicale, irradiant jusque dans la région lombaire et une irradiation dans le membre inférieur droit atypique. De son côté, le Dr W. _____ constate une symptomatologie douloureuse rachidienne mécanique, d'apparition progressive depuis 2005 à point de départ cervico-scapulaire gauche, dans le contexte des mouvements répétitifs exigés par l'activité professionnelle de l'assuré. Progressivement, la symptomatologie fait tache d'huile vers la région lombaire, toujours mécanique et posturale, statique et dynamique, mais sans élément anamnestique en faveur d'une composante neurologique. Il relève en outre que, dès 2008, l'assuré développe des cruralgies droites, augmentant à la marche et en limitant le périmètre. Les investigations réalisées conduisent à la confection, en octobre 2009, d'une prothèse de hanche droite. Celle-ci permet à la cruralgie de disparaître pratiquement complètement, laissant toutefois subsister une lombalgie mécanique. Outre ces affections, l'assuré présente encore des scapulalgies gauches apparues au milieu de l'année 2013. Dans son avis médical du 28

janvier 2014, le Dr E. _____ examine brièvement chacune des pathologies mises en évidence par le Dr W. _____ pour en inférer que le volet rhumatologique de l'expertise judiciaire ne démontre aucune aggravation durable de l'état de santé de l'assuré antérieure au 5 juillet 2011, date de la décision dont est recours. Cette conclusion n'emporte toutefois pas la conviction. En premier lieu, le Dr W. _____ s'attache à mettre en évidence que les troubles somatiques présentés par l'assuré interagissent les uns par rapport aux autres. D'abord sont en effet apparues des cervicalgies gauches en 2005, douleurs qui ont par la suite irradié vers la région lombaire avant de déboucher sur des difficultés à la marche ayant nécessité la pose d'une prothèse totale de hanche en octobre 2009. En relatant les plaintes de l'assuré, le Dr K. _____ souligne ce continuum de douleurs partant de la zone cervicale pour aboutir jusque dans le membre inférieur droit. Il serait toutefois inexact de soutenir que les atteintes somatiques présentées par l'assuré reposent sur les seules douleurs alléguées. A cet égard, le Dr W. _____ explique de manière convaincante que les douleurs exprimées par le patient trouvent leur origine dans des éléments objectifs démontrés, notamment au regard des nombreuses limitations fonctionnelles qu'il présente tant du point de vue algique que du point de vue dynamique, lesquelles ont été constatées à l'examen physique. Mais le Dr W. _____ montre aussi que cette symptomatologie douloureuse est imputable à des désordres posturaux et dynamiques, qui expliquent l'émergence progressive, parallèlement au vieillissement physiologique, d'une surcharge entraînant la symptomatologie observée. Par ailleurs, il ressort des diagnostics posés par le Dr W. _____ que les pathologies affectant le recourant sont de nature dégénérative. Il expose que les désordres posturaux s'installent progressivement dès l'adolescence et conduisent en l'occurrence, sur le plan physique, à un déconditionnement musculo-squelettique majeur, entraînant une kinésiophobie s'aggravant progressivement. Les composantes de ce déconditionnement se cristallisent dans les troubles de la coordination, lesquelles se traduisent à l'examen physique par la perte de différentes capacités fonctionnelles, telles que la mobilité et la force musculaires ainsi que la vitesse du mouvement. Aux yeux de l'expert, la présence de pathologies dégénératives de l'appareil locomoteur suffit à retenir l'existence d'une aggravation fonctionnelle. Les médecins du SMR ne peuvent donc soutenir que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié. Si la pose d'une prothèse totale de la hanche a permis à la cruralgie de disparaître presque complètement, elle a toutefois laissé subsister la lombalgie mécanique. En outre, dans les suites de l'opération, des précautions doivent être prises afin d'éviter une luxation secondaire de la prothèse. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, l'expert W. _____ observe que l'examen clinique réalisé au SMR par le Dr K. _____ ne met en évidence aucune limitation des épaules, retrouve une boiterie de Duchenne, montrant par là l'absence d'atteinte du moyen fessier, et ne mentionne pas la présence d'un trouble proprioceptif perturbant la stabilité du rachis dorsolombaire. Or, le Dr W. _____ relève des scapulalgies gauches, constate une claudication à droite et note une perte des réflexes proprioceptifs de la musculature stabilisatrice du tronc. Selon l'expert, ces trois éléments suffisent à reconnaître une aggravation fonctionnelle et organique chez le patient. A son avis, deux autres facteurs sont encore de nature à expliquer la persistance et la pérennisation de la symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré. Il évoque, d'une part, le fait que l'assuré n'a fait jusqu'alors l'objet d'aucun traitement adapté à sa problématique médicale spécifique et, d'autre part, l'apparition de modifications thymiques négatives induites par les douleurs. A plusieurs reprises, le Dr W. _____ souligne le rôle joué par la composante psychique dans le cadre de la situation douloureuse de l'assuré. C'est pourquoi,

il préconise dans le traitement du cas de l'assuré une approche pluridisciplinaire incluant notamment des psychiatres et des psychologues. A défaut d'une intervention thérapeutique complexe, il estime que la symptomatologie douloureuse de l'assuré n'a guère de chance de se modifier. Aux pathologies somatiques, s'ajoutent des affections psychiatriques. b) Sur le plan psychique, les troubles de l'assuré sont attestés pour la première fois par le Dr D. _____ dans son rapport indexé en date du 25 juin 2010. Il note un épuisement, un trouble mnésique et des bouffées agressives qu'il fait remonter aux années 2005-2006, sans autres explications. Par la suite, à la demande de la fille de l'assuré, le Dr R. _____ a examiné ce dernier à deux reprises en raison de la suspicion d'un état dépressif. Dans son rapport du 28 octobre 2011, il retient les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, trouble somatoforme douloureux, privation de relations affectives dans l'enfance et accentuation de certains traits de la personnalité (paranoïaque). Pour sa part, dans son rapport du 22 juillet 2013, le Dr X. _____ diagnostique avec effet sur la capacité de travail un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques, avec syndrome somatique (F 32.11), tandis qu'il estime que la privation de relation affective pendant l'enfance (Z 61.0) n'affecte pas la capacité de travail. L'expert explique d'abord pour quels motifs il écarte le syndrome douloureux somatoforme persistant, faute d'éléments attestant d'un conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux pouvant être considérés comme la cause de ce trouble. S'agissant ensuite des aspects paranoïaques de la personnalité mentionnés par le Dr R. _____, le Dr X. _____ indique n'avoir pas observé de tels traits chez l'assuré. Il ne relève pas de symptômes de la lignée psychotique, notamment pas d'hallucinations, ni d'éléments délirants. Si l'expert concède enfin que l'assuré a vécu une enfance difficile, marquée à la fois par un travail pénible dans les champs et par le suicide de son père lorsqu'il avait douze ans, justifiant le diagnostic de privation de relation affective pendant l'enfance, il est d'avis que les limitations fonctionnelles sont imputables à la seule dépression. Celles-ci se traduisent par des troubles mnésiques et de la concentration, observables cliniquement lors des entretiens, auxquels s'ajoutent une importante restriction sociale et des difficultés à contenir ses émotions. Des ruminations anxieuses, accompagnées d'idées noires et de violences verbales et physiques exercées à l'endroit de son épouse sont signalées. Il présente par ailleurs une intolérance au bruit en lien avec une augmentation de la fatigabilité. De ce qui précède, on constate que les symptômes signalés par le Dr D. _____ en juin 2010 sont largement confirmés par l'examen clinique réalisé par le Dr X. _____. Il en va d'ailleurs de même de ceux constatés par le Dr R. _____ et le Dr W. _____ lequel écrit que « la thymie est caractérisée par une irritabilité continuelle, une intolérance à toutes contrariétés, un sommeil non réparateur, des sentiments de dévalorisation, une hyperaffectivité et des pleurs fréquents s'accompagnant d'un sentiment de honte et d'un retrait social confirmé par son épouse. » En présence du tableau clinique de l'assuré, l'expert X. _____ considère que les symptômes dépressifs existent depuis 2010 à tout le moins. S'il est vrai que l'assuré n'a fait l'objet d'un examen sur le plan psychiatrique qu'en octobre 2011, il n'en demeure pas moins que les difficultés sur ce plan sont attestées par le Dr D. _____ dès 2010. On peut au demeurant raisonnablement admettre que la procédure administrative commencée en 2008 a contribué à l'apparition d'un facteur de stress, lequel s'est exacerbé lorsque l'assuré a reçu le projet de décision du 21 mars 2011, puis la décision attaquée du 5 juillet 2011 pour prendre dès lors la forme d'une humeur dépressive (cf. dans ce sens le rapport du 28 octobre 2011 du Dr R. _____, faisant suite à deux consultations successives ayant eu lieu les 19 et 24 octobre précédents). Le Dr X. _____ ne dit d'ailleurs pas autre chose lorsqu'il fait

état d'une symptomatologie dépressive exacerbée associée à une chronicisation des symptômes. Dans cette mesure, l'expert retient une détérioration de l'état de santé de l'assuré par rapport à son état antérieur, au vu de la chronicisation des symptômes dépressifs. Il qualifie le pronostic de sombre, dès lors que les ressources adaptatives de l'assuré sont faibles et qu'aucune amélioration significative n'a été constatée sous l'effet du traitement médicamenteux administré, alors même que le Dr D. _____ confirme une compliance médicamenteuse correcte. Au surplus, le Dr X. _____ relève que les perspectives thérapeutiques complexes proposées par le Dr W. _____ lui paraissent compromises au vu de la chronicité de l'état psychique présenté par l'assuré. L'expert a du reste constaté une péjoration de l'état psychique de ce dernier entre ses examens des mois d'août et septembre 2012 (ayant conduit au rapport d'expertise du 22 juillet 2013) et l'entretien qu'il a eu avec lui le 14 janvier 2014 en vue du complément d'expertise. L'assuré a ainsi déclaré à l'expert vouloir solliciter l'aide d'un professionnel afin de l'aider à surmonter ses difficultés. c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que, au moment de la décision litigieuse (cf. consid. 2 supra), les conditions pour procéder à la suppression de la rente entière allouée du 1^{er} janvier 2009 au 30 avril 2010 n'étaient pas réunies. En effet, il ressort de l'expertise judiciaire que, dès 2005, le recourant est affecté de pathologies rhumatologiques progressivement dégénératives lesquelles, associées à une symptomatologie dépressive chronicisée et rigidifiée, rendent compte d'une péjoration de l'état de santé général de l'assuré. Une telle conclusion s'impose d'autant plus que la modification de l'humeur est attestée par le Dr D. _____ depuis juin 2010 et que l'intimé n'a pas pris en compte les affections psychiques – au demeurant ultérieurement validées par le Dr X. _____ – dans sa décision du 5 juillet 2011, prévoyant la suppression de la rente. On relèvera en outre que l'aggravation de l'état de santé du recourant s'explique par l'imbrication des maladies somatiques et psychiques. L'absence d'une approche globale de l'état de santé du recourant a eu notamment pour conséquence que les traitements prescrits, notamment médicamenteux sur le plan psychique, se sont révélés inefficaces. De plus, le Dr W. _____ note l'absence de traitement spécifique de l'appareil locomoteur en présence de pathologies dégénératives, de sorte que seule une intervention thérapeutique complexe réunissant une équipe pluridisciplinaire composée de divers spécialistes serait de nature à modifier la situation. On rappellera d'ailleurs ici qu'en 2010 déjà, le Dr D. _____ préconisait que la thérapie future s'inscrive dans le cadre d'un bilan de santé. Dans ce contexte, c'est à juste titre que les experts estiment que la capacité de travail de l'assuré est nulle dans toute activité compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles qu'il présente tant sur le plan psychique que sur le plan somatique. Le dossier ne contient aucun élément permettant de s'écarter de cette conclusion, de sorte qu'elle doit être confirmée. d) Cela étant, l'intimé s'en prend à la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire en reprochant aux experts, d'une part, d'avoir fait appel à l'épouse de l'assuré comme interprète et, d'autre part, de ne pas s'être prononcés de manière conjointe sur la capacité de travail de l'assuré. S'agissant tout d'abord du rôle de l'épouse en tant qu'interprète, il suffit de relever que, dans leur complément du 20 janvier 2014, les experts signalent avoir fait appel, tant pour les entretiens des mois d'août et septembre 2012 que pour celui du 14 janvier 2014, à une interprète professionnelle. Ils reconnaissent toutefois avoir omis de mentionner le nom de l'interprète au début de leur rapport du 22 juillet 2013, ce qui a pu conduire l'intimé à se méprendre sur les personnes présentes durant le déroulement de l'expertise. Il n'en reste pas moins que, de leur propre aveu, les experts n'ont pas eu recours aux services de l'épouse de

l'assuré pour fonctionner en tant qu'interprète durant les entretiens d'expertise. En ce qui concerne la pondération en vue d'arrêter la capacité de travail, on notera que celle-ci a été effectuée dans le cadre du complément d'expertise du 20 janvier 2014. Pour autant, quoi qu'en dise l'intimé, l'expertise bidisciplinaire tient compte dans une large mesure des interactions entre les affections physiques et psychiques du recourant, puisque le Dr W. _____ spécifie expressément qu'il revient à son confrère psychiatre de déterminer dans quelle mesure on peut attendre de la part de l'assuré l'effort de volonté lui permettant de mettre à profit ses capacités de résilience. L'évaluation de la capacité de travail de l'assuré procède donc d'une démarche concertée entre deux spécialistes et aucun élément ne permet d'écarter l'appréciation concluante qui en résulte. Pour le surplus, l'expertise bidisciplinaire et son complément du 20 janvier 2014 satisfont aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Fruits d'investigations complètes et approfondies, ils expliquent en quoi aucune capacité résiduelle de travail ne peut être reconnue au recourant dans quelque activité professionnelle que ce soit. Aucun rapport médical subséquent n'autorise à s'écarter de l'appréciation de l'expertise judiciaire bidisciplinaire. Il s'ensuit que les conclusions convaincantes de chacun des experts doivent être suivies, dès lors que le dossier médical ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par l'un ou l'autre de ces deux spécialistes. e) A la lumière de ce qui précède, c'est donc à tort que l'office intimé a, par la décision litigieuse du 5 juillet 2011, procédé à la suppression avec effet au 30 avril 2010 de la rente entière d'invalidité servie au recourant depuis le 1^{er} janvier 2009, faute d'amélioration de son état de santé. 6. En définitive, le recours doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision entreprise, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2009, non limitée dans le temps. 7. Représenté par un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter, compte tenu de l'ampleur de la procédure, à 3'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 5 juillet 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que J. _____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2009. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J. _____ une équitable indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens. IV. 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. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc, avocat (pour J. _____), ■ 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). Le greffier :