

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mars 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Thalmann, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 88a RAI

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après : l'assuré), né en 1953, peintre en bâtiment de profession et établi dès 1983 en tant qu'indépendant, a déposé le 14 novembre 2009 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il se prévalait d'une usure des vertèbres lombaires et d'une maladie génétique, savoir des crises de goutte entraînant de violentes douleurs dans les articulations, avec une incapacité totale de travailler du 20 décembre 2008 à l'été 2009, incapacité fixée ensuite à 75% (cf. procès-verbal d'entretien du 17 novembre 2009).

Sur demande d'Y._____, assureur perte de gain maladie, une expertise sur le plan somatique a été réalisée par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Il ressort de son rapport d'expertise du 16 octobre 2009 que l'assuré souffrait de troubles dégénératifs de la colonne lombaire avec discopathies étagées prédominant à l'étage L3-L4, lyse isthmique de L5 sans listhésis, d'arthropathie goutteuse touchant le genou, la cheville et le pied gauches, et de psoriasis. Le pronostic de l'arthrite goutteuse était « en principe » bon, sous réserve d'un traitement adéquat, alors que celui du problème lombaire était réservé, eu égard aux troubles dégénératifs marqués sans qu'il n'y ait cependant de signe de gravité, notamment de signe de compression neurologique. Le Dr L._____ estimait que l'assuré présentait indéniablement une atteinte somatique susceptible d'entraver son activité, notamment en cas de poussées inflammatoires, les troubles dégénératifs lombaires contre-indiquant par ailleurs toute activité contraignante pour le rachis, comme celle de plâtrier-peintre. Cependant, anamnestiquement, une bonne partie de son activité était de type contremaître, avec surveillance, conseil et gestion d'équipe, activité qui semblait tout à fait adaptée à ses problèmes de santé - en dehors des épisodes de poussées inflammatoires - et pouvait de ce fait être exercée à 100%, à l'instar de toute activité adaptée aux problèmes lombaires et des membres inférieurs. Dans un complément d'expertise du 12 novembre

2009, le Dr L._____ a relaté que l'assuré supervisait les activités de deux manœuvres peintres qu'il avait formés et n'effectuait lui-même que des activités peu contraignantes telles que des retouches, la pose de papier-peint et le contrôle de chantier. Il a mentionné une amélioration signifiée par l'assuré de la maladie goutteuse, faisant suite au traitement prodigué (Allopurinol et Colchicine) au Hôpital F._____, lequel devait permettre une complète récupération de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr L._____ a ainsi retenu une incapacité de travail en relation avec l'arthropathie goutteuse au taux de 50% dès la date de son expertise, avec une baisse à 25% dès le 1^{er} décembre 2009 compte tenu de l'amélioration progressive sous traitement, et une incapacité de travail de 0% au 1^{er} janvier 2010, sous réserve de poussées inflammatoires articulaires attestées médicalement.

Interpellé par l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a rédigé son rapport le 5 janvier 2010, posant les diagnostics d'arthropathie goutteuse chronique, de colonne lombaire dégénérative et de status post-fracture tibia-péroné droit en 2001 comme affectant la capacité de travail, auquel s'ajoutait notamment le diagnostic de psoriasis, sans répercussion sur la capacité de travail. Il faisait état d'un patient souffrant d'inflammations articulaires récidivantes essentiellement au niveau des chevilles et genoux et de lombo-sciatalgies chroniques dans un contexte de colonne dégénérative. L'incapacité de travail avait été totale à compter du 27 avril 2009, puis de 75% dès le 18 mai 2009, étant précisé que si l'assuré pouvait exercer de façon complète ses tâches administratives, il restait limité dans son activité de peintre du fait de ses problèmes articulaires, avec une tolérance à l'effort bonne par moments et nulle d'autres jours. Le Dr H._____ estimait de ce fait l'activité habituelle comme exigible à 25-50%. Le 25 janvier 2010, à la demande de l'OAI, le Dr H._____ a répondu par la négative à la question de savoir si le cas était stabilisé et a mentionné un taux de 50% s'agissant de la capacité de travail dans une profession médicalement adaptée.

Le 6 avril 2010, la Dresse W._____, cheffe de clinique au Département de l'appareil locomoteur du Hôpital F._____, a informé l'OAI de la situation de l'assuré, lequel avait été vu en consultation de rhumatologie le 26 octobre 2009 en raison d'une arthropathie goutteuse chronique, avec pour diagnostic différentiel un rhumatisme psoriasique. Aux termes de son rapport du 13 novembre 2009, il était mentionné une évolution favorable sous monothérapie d'Allopurinol, avec diminution des douleurs au niveau du genou gauche, et disparition des douleurs et tuméfaction au niveau de la cheville et du pied gauches. La Dresse W._____ énonçait ainsi, à titre de diagnostics affectant la capacité de travail, une possible arthrite psoriasique et une arthropathie goutteuse chronique, ainsi que des lombalgies mécaniques chroniques non spécifiques sur troubles dégénératifs de la colonne lombaire avec discopathies étagées prédominant en L3-L4 et lyse isthmique de L5 sans listhésis. Antérieurement fixée au taux de 75%, l'incapacité de travail était totale depuis le 15 mars 2010 ; dans une activité limitant les efforts physiques et le port de charge, une capacité de travail était possible mais encore inconnue selon les termes de la Dresse W._____, laquelle précisait qu'une rémission complète des symptômes actuels était possible si l'assuré répondait au traitement.

Une enquête économique pour les indépendants a été réalisée le 27 juillet 2010, aux termes de laquelle l'assuré, travaillant toujours en tant qu'indépendant, avait instauré un partenariat avec l'entreprise [...] et effectuait des tâches de contremaître, de formation de personnel et des travaux ponctuels de peinture ou de plâtre (retouches, etc.). Il estimait à 80% au moins la part de son chiffre d'affaires réalisée en tant que « sous-traitant » de l'entreprise [...], le reste résultant de petits mandats pour des privés, essentiellement de la peinture et un peu de plâtre. Sur la base des comptes d'exploitation produits, l'OAI, par son Service des enquêtes, a fixé à 49'694 fr. le revenu hypothétique sans invalidité auquel pouvait prétendre l'assuré.

Y._____ a mandaté le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, aux fins d'effectuer une expertise

médicale. Le Dr Q._____ s'est fondé, outre sur son examen clinique du 17 septembre 2010, sur les rapports médicaux des Drs H._____, L._____ et du Service de rhumatologie du Hôpital F._____, ainsi que sur le dossier radiologique de l'assuré, comportant une IRM de la colonne lombaire du 23 décembre 2008 (avec discopathies étagées de L2 à S1, érosions des plateaux vertébraux en L3-L4, protrusion discale étagée de L2 à S1, ostéophytose antérieure étagée significative de L1 à L5 et image de Modic 2 au niveau L3-L4) et des radiographies des genoux, avant-pieds et cheville gauche du 14 octobre 2009. Selon le rapport d'expertise du 23 septembre 2010, les diagnostics « actuels » correspondaient à une arthrite psoriasique sous forme d'oligo-arthrite concernant les genoux, de goutte chronique compensée, de lombalgies mécaniques sans radiculalgie - discopathies sévères étagées prédominant en L3-L4 -, de status après fracture tibia-péroné droit en 2001 et de psoriasis vulgaire. Le Dr Q._____ a formulé les observations suivantes :

« Subjectivement, M. Z._____ rapporte des douleurs fluctuantes au niveau des deux genoux, surtout du côté gauche. Il n'a actuellement quasiment plus aucune douleur rachidienne notamment après avoir reçu une infiltration de stéroïdes en 2009 par le Dr G._____, anesthésiste au Hôpital F._____. Occasionnellement, il ressent également des douleurs et des enflures au niveau des coudes, des poignets et des chevilles. Lorsqu'il a mal aux genoux, ils sont en général tuméfiés et chauds et il a surtout de la difficulté à s'agenouiller et à s'accroupir.

Les tâches de la vie quotidienne sont surtout réalisées par son épouse. L'assuré déclare qu'il est encore capable de conduire sa voiture (minibus) et il ne fait plus aucune activité sportive ou physique.

Objectivement, nous sommes en présence d'un assuré qui s'est montré collaborant lors de l'expertise, qui ne manifeste pas de signe suggestif d'une amplification des symptômes. Au niveau du rachis, on ne constate pas de restriction de la mobilité, ni de trouble statique notable. Au niveau du squelette périphérique, les points de fibromyalgie sont absents. On objective l'existence de synovites des deux genoux prédominant clairement au niveau du genou gauche avec l'existence d'un épanchement résiduel. Actuellement, on ne constate pas de synovite active au niveau des chevilles, des poignets, des coudes et des autres articulations. On constate indiscutablement des stigmates de psoriasis vulgaire au niveau des genoux ainsi qu'au niveau des ongles. Pour le reste, l'examen somatique peut être considéré comme normal avec notamment un examen neurologique physiologique. Le bilan paraclinique, notamment celui réalisé par le Dr L._____ lors de l'expertise en octobre 2009, ne démontre en effet pas de gonarthrose. L'IRM lombaire qui a été réalisée en 2008, démontre des troubles dégénératifs rachidiens avancés avec un aspect érosif de type Modic

2 au niveau L3-L4 mais sans véritable hernie discale compressive ou canal lombaire étroit.

Dans ces conditions, on peut estimer qu'il y a une bonne corrélation entre les doléances de l'assuré et les constatations d'examen clinique et le bilan paraclinique. Cet assuré souffre actuellement principalement d'une arthrite psoriasique concomitante à une arthrite goutteuse. Son arthrite goutteuse est actuellement contenue par le traitement d'Allopurinol qui a permis de baisser le taux d'acide urique en dessous de 360 $\mu\text{mol/l}$. Au vu de cette arthrite psoriasique, on peut actuellement cautionner une incapacité de travail complète en tant que peintre en bâtiment avec uniquement une capacité de travail résiduelle dans une activité administrative dans le cadre de son entreprise excluant les positions accroupies, ou agenouillées, excluant les montées ou les descentes des escaliers ou des échelles et sans aucun port de charge supérieur à 5 kg. »

En réponse aux questions posées par Y._____, le Dr Q._____ a précisé que la capacité de travail résiduelle dans l'activité de peintre indépendant, de 25% au maximum, ne valait que pour les tâches administratives liées à son entreprise ; la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précédemment énoncées, en dehors d'épisodes critiques arthritiques, était complète au jour de l'expertise. Le Dr Q._____ ajoutait finalement que l'incapacité de travail prescrite n'était pas liée aux troubles rachidiens, l'assuré ayant par ailleurs déclaré que les lombalgies n'étaient pas « son problème actuel ».

Le cas de l'assuré a été soumis au Dr R._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Au terme de son rapport du 22 novembre 2010, le Dr R._____ s'est rallié aux conclusions de l'expert Q._____. Ainsi, l'atteinte principale à la santé consistait en une arthrite psoriasique sous forme actuellement d'une oligoarthrite des genoux, et les pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, en une goutte chronique actuellement compensée et des lombalgies mécaniques actuellement sans radiculalgie, sur discopathies sévères étagées. La capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle était de 25% depuis le 8 mai 2009 et dans une activité médicalement adaptée (évitant de s'agenouiller, s'accroupir, marcher dans des escaliers, sur une échelle et en terrain irrégulier, avec un port de charges limité à 5 kg), de 100% depuis le 23 septembre 2010.

b) Dans un rapport du 23 novembre 2010, le Dr D._____, médecin adjoint au Département de l'appareil locomoteur du Hôpital F._____, a rappelé le suivi de l'assuré pour l'arthrite psoriasique et relaté ses dires quant à une amélioration de la symptomatologie, sous traitement d'Enbrel en sous-cutané, avec diminution des gonalgies et des lésions cutanées en lien avec le psoriasis. Lors de l'anamnèse du 17 novembre 2010, l'assuré avait décrit des lombalgies mécaniques chroniques en exacerbation avec sciatalgies gauches suspendues associées à une hypoesthésie à la face latérale de la cuisse gauche. Ces symptômes étaient aggravés en hyperextension et les sciatalgies étaient d'autant plus conséquentes en position assise. Le Dr D._____ a dès lors organisé une IRM lombaire de contrôle, dont le rapport, daté du 2 décembre 2010, énonçait à titre de conclusions :

« Remaniements discovertébrales pluriétagés avec ostéophytes antérieurs et remaniement interapophysaire postérieure, dont l'origine peut être dégénérative ou en rapport avec une atteinte de psoriasis. Lyse isthmique bilatérale de L5 avec pseudarthrose, entourée par une inflammation autour, s'étendant au niveau des articulations interapophysaires postérieures L4-L5. Etalement globale pluriétagée avec rétrécissement du foramen L4-L5 gauche et inflammation autour de la racine L4 gauche. »

Dans un nouveau rapport du Département de l'appareil locomoteur du Hôpital F._____, sous la plume du médecin-chef N._____, il était fait référence à une consultation de rhumatologie du 18 janvier 2011 et formulé la demande d'une consultation spécialisée du rachis, en raison des diagnostics de lombosciatalgies gauches suspendues déficitaires et de lombalgies chroniques aspécifiques.

Faisant suite à la demande de l'OAI, le Dr N._____ a adressé son rapport le 13 avril 2011, lequel énonçait à titre de diagnostics affectant la capacité de travail des lombosciatalgies gauches suspendues déficitaires avec troubles dégénératifs sévères multi-étagés lombaires, lyse isthmique L5 bilatérale, troubles statiques du rachis à type scoliose à convexité dorsale droite, discopathie multi-étagée prédominant en L3-L4 - rétrécissement canalaire au niveau des foramens en L4-L5, lésion Modic II en L3-L4 et Modic I-II L2-L3 - et arthrite psoriasique avec atteinte axiale et

périphérique, une goutte, une fracture du tibia péroné traitée conservativement en 2001 et une cure de hernie inguinale gauche en 1989. On extrait par ailleurs du rapport notamment ce qui suit :

« Mr Z._____ est suivi à notre consultation dans le cadre d'une arthrite psoriasique avec atteinte axiale et périphérique depuis le 26.10.2009. Selon les éléments dans notre dossier, à cette occasion, le patient décrivait déjà des lombalgies chroniques mécaniques sur troubles dégénératifs lombaires avec irradiation S1 pour lesquels il a déjà bénéficié de 2 périodurales chez le Dr G._____.

Dès novembre 2010, le patient décrit une exacerbation des lombalgies mécaniques chroniques avec sciatalgies gauches suspendues associées à une hypoesthésie de la face latérale de la cuisse gauche. Ses symptômes sont aggravés en hyperextension ou en position assise. Son médecin traitant a débuté un traitement de cortisone per os depuis déjà novembre 2010 qui ne permet pas d'atténuer suffisamment la symptomatologie. Ses douleurs sont atténuées au repos et ne sont pas exacerbées lors de la manœuvre de Valsalva ou d'effort de toux. L'IRM lombaire de contrôle du 2.12.2010 objective des remaniements disco-vertébraux pluri-étagés, des ostéophytes antérieurs et un remaniement interapophysaire postérieur. On note aussi la lyse isthmique de L5 bilatérale avec un rétrécissement canalaire surtout au niveau des foramens en L4-L5 avec inflammation de la racine L4 gauche. On note aussi des lésions de type Modic II en L3-L4, Modic I-II L2-L3 et très probablement une irritation de la racine L2 à droite.

[...]

Lors de l'examen clinique du 18.01.2011, on note des troubles statiques du rachis avec une scoliose à convexité dorsale droite, il n'y a pas de déficit moteur aux MI, par contre, on relève une hypoesthésie de la face latérale de la cuisse gauche et du mollet gauche. Le Lasègue est négatif des 2 côtés. Il n'y a pas de synovite aux 4 membres. Le patient marche avec une boiterie. »

En dépit des séances de physiothérapie, l'évolution clinique n'était pas favorable, raison pour laquelle l'assuré avait été adressé à la consultation spécialisée du rachis chez la Dresse P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin associée au Département de l'appareil locomoteur du Hôpital F._____, puis évalué par le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie, médecin au Centre d'antalgie du Hôpital F._____, en vue d'éventuelles infiltrations foraminales L4-L5 et L5-S1. Le Dr N._____ concluait de ce fait à une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, précisant ne pouvoir s'exprimer

sur la capacité de travail définitive qu'au terme des traitements proposés, soit environ dans trois mois.

La Dresse P._____ a remis son rapport à l'OAI le 29 août 2011. En préambule, elle a précisé n'avoir vu l'assuré qu'à une seule reprise, le 30 mars 2011, à la demande de ses collègues rhumatologues qui sollicitaient un avis sur les rachialgies, ajoutant ne pas suivre habituellement ce patient de sorte que ses réponses ne pouvaient être complètes. Elle joignait son rapport du 30 mars 2011 relatif à la consultation précitée, duquel il ressort que la profession de plâtrier-peintre n'était pas adaptée à l'état de santé de l'assuré, lequel venait de recommencer son ancien travail, ce qui était vraisemblablement responsable de l'acutisation des douleurs selon la Dresse P._____. Elle considérait que les lombalgies étaient d'origine mécanique, donc dégénératives, sans élément inflammatoire retenu sur l'IRM lombaire du 2 décembre 2010, le bilan radiologique n'ayant pas montré d'instabilité majeure mais plutôt une rigidité lombaire. L'examen clinique mettait en évidence une souffrance radiculaire L4-L5 à gauche et aussi S1, confirmée à l'examen radiologique, également retenue lors du consilium multidisciplinaire effectué dans le cadre de l'Unité du rachis avec sanction thérapeutique sous forme d'infiltrations foraminales L4-L5 et L5-S1 à gauche et introduction d'une thérapie sous forme de Lyrica à doses progressives. Dans son écrit du 29 août 2011, la Dresse P._____ a renvoyé aux diagnostics retenus dans le rapport rédigé le 13 avril 2011 par le Dr N._____, et précisé que selon ses constatations de mars 2011, l'assuré était, à cette époque, incapable d'assumer une activité professionnelle même dans un travail très léger. Elle a en outre rappelé avoir adressé l'assuré pour des traitements infiltratifs au centre d'antalgie du Hôpital F._____ et qu'à défaut de résultats favorables, l'assuré devait être évalué pour une indication chirurgicale.

Dans un rapport du 10 novembre 2011 à l'OAI, le Dr G._____ a indiqué un suivi depuis le 4 avril 2011 et mentionné à titre de diagnostics invalidants des « lombalgies bilatérales, mais surtout à gauche, sur troubles dégénératifs sévères étagés de L1 à L5, arthrose

facettaire aux mêmes niveaux, lyse isthmique de L5 bilatéralement avec rétrécissement canalaire surtout au niveau L4-L5 » existant depuis 2003 et se péjorant depuis 2008, et des gonalgies bilatérales d'origine psoriasique, actuellement stabilisées sous Ambrel. Ce traitement ainsi que des infiltrations (blocs thérapeutiques avec stéroïdes, dénervations, infiltrations épidurales avec stéroïdes) étaient nécessaires à intervalles réguliers, le Dr G._____ soulignant au demeurant que, de son point de vue, la compliance au traitement (antalgiques quotidiennement en sus des traitements spécifiques pour le psoriasis et les pathologies cardiaques) était excellente. Se prononçant sur le status actuel, il indiquait que le patient ne présentait pas une symptomatologie douloureuse aiguë et la situation était stable tant que la charge de travail était limitée à environ 60%. Il a enfin précisé ne pas être en mesure d'évaluer la capacité de travail dans la profession actuelle, ni sa durée, répétant cependant que l'assuré pouvait œuvrer dans sa profession de plâtrier-peintre au taux maximum de 60%.

Le Dr H._____ s'est prononcé dans un rapport du 30 novembre 2011, retenant une arthrite psoriasique, une arthropathie chronique, une colonne lombaire dégénérative, une claustrophobie, un status post fracture tibia et péroné droit en 2001 comme diagnostics affectant la capacité de travail, et une hypercholestérolémie et un status post-appendicectomie et cure de hernie inguinale gauche comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait de régulières douleurs articulaires (dans un contexte d'arthrite psoriasique de goutte et de lésions dégénératives articulaires) essentiellement au niveau des genoux, du dos et des chevilles, qui diminuaient son rendement, le ralentissant dans ses activités journalières et nécessitant par ailleurs de fréquentes pauses, voire parfois des jours entiers de repos. L'assuré ne pouvait de ce fait exercer correctement son activité de peintre en bâtiment et l'incapacité de travail de 75% était toujours d'actualité, mais gérée par ses collègues du Hôpital F._____. Le Dr H._____ précisait toutefois que la capacité de travail résiduelle était de 25% en raison de l'importante diminution de son chiffre d'affaires, l'activité étant encore exigible à 50% avec un rendement de moitié. En

dépit de la prise en charge spécialisée au Hôpital F._____, il y avait peu de chance de grande amélioration, et il apparaissait peu probable que des mesures aient un effet bénéfique sur la capacité de travail, surtout en tenant compte d'un certain degré de claustrophobie empêchant l'assuré de travailler sur un poste fixe dans un lieu fermé. Se prononçant sur les limitations fonctionnelles dans l'annexe au rapport, le Dr H._____ considérait que les activités - hormis celles exercées principalement en marchant et à genoux - pouvaient être exercées à raison de 4,5 heures par jour, avec un demi-rendement, et pour autant que l'activité ne soit pas répétitive mais au contraire variée, avec un port de charges limité à 5 kg régulier, 20 kg isolé ; ces restrictions valaient depuis le mois d'avril 2009.

L'OAI a soumis une nouvelle fois le cas au SMR. Dans sa prise de position du 20 janvier 2012, le Dr R._____ a relevé ce qui suit :

« Les conclusions du rapport d'examen SMR restent valables jusqu'à fin octobre 2010. Aggravation des lombalgies entraînent une incapacité de travail totale dans la profession exercée, mais pas dans une profession médicalement adaptée, dès le début novembre. Cette aggravation dure jusqu'au 30.03.2011, puisque la Dresse P._____ du Hôpital F._____, dans un rapport médical du 29.08.2011, nous dit ne plus avoir suivi l'assuré pour ce problème depuis le 30.03.2011.

Notre appréciation est confortée par le rapport médical du Hôpital F._____ du 10.11.2011, dans lequel il est dit que l'assuré peut travailler, à 60% maximum comme plâtrier peintre (dans notre rapport d'examen SMR, nous n'avions retenu que 25%) et par le rapport médical du 30.11.2011 du Dr H._____ médecin traitant, qui donne une capacité de 50% dans l'ancienne profession.

L'exigibilité est donc de 100% dans une activité adaptée, ceci dès le 23.09.2010. Pour les limitations fonctionnelles, voir le rapport d'examen SMR du 22.11.2010. »

L'assuré ayant annoncé une consultation en avril 2012 auprès du Dr G._____ en raison d'une péjoration de son état de santé, l'OAI a requis de ce médecin l'établissement d'un nouveau rapport. Le 5 mai 2012, le Dr G._____ a constaté des troubles sérieux de la colonne lombaire, des discopathies pluriétagées, une possible compression L5 et L4, faisant état d'un pronostic réservé. Selon ses dires, la situation était globalement la même qu'en 2011, à l'exception d'une péjoration de la

composante inflammatoire sténose L4 et L5 gauche à l'IRM du printemps 2012.

Le rapport du Dr G. _____ a alors été soumis au Dr J. _____ du SMR. Dans son avis du 24 mai 2012, le médecin précité a souligné que son confrère faisait état d'une situation qui était globalement la même qu'en 2011, qu'il ne décrivait pas de nouvelles limitations fonctionnelles ni ne se prononçait sur la capacité de travail, précisant que « si l'on ajoute que ce n'est pas l'imagerie qui fait l'incapacité de travail, on peut dire que ce rapport ne contient pas d'élément de nature à modifier la position soutenue dans le rapport SMR du 22 [novembre] 2010 ».

Par courrier du 12 juillet 2012, le Dr H. _____ a attiré l'attention de l'OAI sur l'aggravation de l'état de santé de son patient, les douleurs actuelles étant très mal contrôlées par le traitement entrepris et une option chirurgicale étant envisagée, apportant la précision que sa capacité de travail restait pour l'heure inchangée. Il communiquait différents rapports médicaux, dont celui du Prof. V. _____, médecin chef auprès du Service d'orthopédie et traumatologie du Hôpital F. _____, daté du 28 juin 2012. Le Prof. V. _____ diagnostiquait des lombosciatalgies gauches, une spondylolisthésis L5-S1, une discopathie asymétrique L4-L5, des discopathies lombaires pluri-étagées, une sténose foraminale L4-L5 et L5-S1 gauche, une arthrite périphérique et axiale psoriasique, une goutte, une hypertension artérielle et une cardiopathie ischémique. Il mentionnait que les sciatalgies ne semblaient pas être la douleur principale du patient, les lombalgies para-lombaires gauches étant les plus gênantes de même que les pygalgies. Un geste chirurgical sous forme de spondylodèse transforaminale L4-L5 et L5-S1 pouvait améliorer les sciatalgies gauches, voire les pygalgies, mais l'influence sur les douleurs para-lombaires était difficile à prévoir, le Prof. V. _____ estimant à 80% les chances de voir une amélioration au niveau du mollet et probablement 60% de chances uniquement au niveau para-lombaire. Cela étant, l'assuré ne souhaitait pas subir de geste chirurgical, ne pouvant supporter financièrement un arrêt de travail de trois mois.

Dans un avis du 3 octobre 2012, le Dr J._____ a constaté que le médecin traitant faisait état d'une capacité de travail inchangée, savoir de 25% dans l'activité de peintre, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il s'estimait de ce fait en accord avec le Dr H._____ s'agissant de la capacité de travail dans l'activité exercée, et maintenait l'exigibilité à 100% telle que définie par l'expertise du Dr Q._____ dans une activité adaptée, en l'absence de changement significatif de l'état de santé.

Un stage d'observation et d'évaluation auprès du Centre Orif de Morges, débuté le 13 mai 2013, a dû être interrompu ensuite de certificats médicaux établis par le Dr H._____, attestant une incapacité de travail totale dès le 16 mai 2013 ; le Dr H._____ exposait que les lombosciatalgies dont souffrait son patient l'empêchaient en l'état d'effectuer les tâches demandées, lesquelles nécessitaient une position statique prolongée, que ce soit assis ou debout (cf. certificat médical du 21 mai 2013).

Interpellé par l'OAI, le Dr H._____ a répondu le 12 juillet 2013 à la question de savoir la nature et la date de l'aggravation de l'état de santé de son patient, que ce dernier présentait des lombosciatalgies de plus en plus rebelles et handicapant depuis le 16 mai 2013. S'agissant de l'évolution de l'état de santé depuis son dernier rapport, le Dr H._____ a mentionné une aggravation progressive des douleurs malgré des infiltrations par le Dr G._____ (antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] et morphiniques), une stabilisation de la goutte et du psoriasis. Finalement, il énonçait une incapacité de travail totale depuis le 21 mai 2013, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, précisant que seule une intervention chirurgicale était susceptible d'améliorer son état de santé, la reprise d'une activité adaptée s'avérant ensuite *a priori* possible.

Une IRM lombaire a été réalisée le 19 juillet 2013, avec pour indication « atteinte dégénérative lombaire justifiant une spondylodèse L3-S1 prochainement pour un bilan radiologique récent demandé ». Au terme

de l'imagerie, il n'a pas été retenu de hernie discale ni rétrécissement canalaire, mais une discopathie pluri-étagée qui, en association à une arthrose facettaire, était responsable de rétrécissements foraminaux, surtout en L5-S1 bilatéral et L4-L5 gauche, aggravés en L5-S1 à la suite d'une antélisthésis de grade I sur les isthmiques L5 bilatérales (*sic*), avec composante inflammatoire.

Dans un rapport du 5 septembre 2013 adressé au Dr H._____, le Prof. V._____ a repris les diagnostics posés le 28 juin 2012 et mentionné que la dernière IRM était superposable à celle effectuée l'année précédente, avec des troubles dégénératifs pluriétagés et des sténoses foraminales L4-L5 et L5-S1 gauches avec une spondylolisthésis du premier degré. La lombalgie était clairement au premier plan, au contraire des douleurs du membre inférieur gauche. Le Prof. V._____ était en faveur d'une spondylodèse L4-L5 et L5-S1 qui pouvait, selon lui, entraîner une amélioration significative des douleurs mais proposait dans un premier temps une prise en charge pluridisciplinaire par le Dr M._____, en attente d'une intervention chirurgicale planifiée début 2014.

L'OAI a sollicité l'avis de son service médical. Le 26 septembre 2013, le Dr J._____ a rappelé avoir admis et confirmé la teneur du rapport SMR du 22 novembre 2010 s'agissant d'une capacité de travail de 25% dans la profession de peintre et de 100% dans une activité adaptée à l'arthrite psoriasique localisée aux genoux. Cela étant, au regard de l'incapacité de travail dès le 16 mai 2013, justifiée par le Dr H._____ dans son rapport du 12 juillet 2013 (lombosciatalgies « de plus en plus rebelles ») et de l'indication chirurgicale planifiée au début 2014 par le Prof. V._____, le Dr J._____ reconnaissait l'incapacité de travail totale dans toute activité à compter du 16 mai 2013, avec actualisation des informations trois mois au plus tôt après l'opération.

Dans un rapport du 17 décembre 2013 adressé au Dr H._____, le Prof. V._____ relatait les plaintes de lombosciatalgies gauches, avec plus récemment des douleurs s'étendant à droite. A

l'examen clinique, le status n'avait pas changé. Il lui semblait important d'épuiser le traitement conservateur s'agissant des lombalgies par un séjour chez le Dr M._____ avant d'envisager une intervention, à savoir un LTIF gauche L4-L5 et L5-S1.

Le 17 janvier 2014, le Dr H._____ a rédigé un certificat médical, à la teneur suivante :

« Le médecin soussigné certifie suivre régulièrement à sa consultation le patient susnommé.

Concernant ses affections handicapantes, une première incapacité de travail de 50% a été prononcée dès le 21 décembre 2008, transformée par la suite en incapacité à 100% dès le 27 avril 2009. Une incapacité de travail résiduelle a été prononcée jusqu'à épuisement du droit à l'assurance. Le 16 mai 2013, une nouvelle incapacité a dû être formulée, Monsieur Z._____ étant en stage AI non supporté.

On ne peut de ce fait parler d'une aggravation de son état de santé à dater du 16 mai 2013, son état étant simplement resté grave dès le 27 avril 2009. »

En réponse aux questions formulées par l'OAI, le Dr H._____ a précisé, le 20 mars 2014, que l'incapacité totale de travail attestée lors du stage de son patient à l'Orif existait antérieurement au mois de mai 2013, soit dès le 27 avril 2009, en raison de la spondylolisthésis L5-S1, de la discopathie lombaire pluri-étagée et des arthrites goutteuse et psoriasique, sans que l'établissement d'un nouveau certificat médical lui parût utile depuis l'épuisement du droit à l'assurance jusqu'à la nécessité de fournir le nouveau certificat en mai 2013. Il a également mentionné un état de santé inchangé depuis son dernier rapport, une capacité de travail de 25% dans l'activité habituelle depuis juin 2010 (un problème informatique l'empêchant de la dater antérieurement) et une possible capacité de travail de 50%, à réévaluer, dans une activité adaptée, soit une activité avec un port de charge de 5 kg maximum, sans position statique ou extrême, sans escaliers réguliers, travaux les bras levés et dans un environnement humide, étant rappelé qu'à compter du 16 mai 2013, l'incapacité de travail était totale, pour une durée indéterminée.

Le 6 mai 2014, le Prof. V._____ a fait savoir à l'OAI que l'assuré ne pouvait plus exercer une activité adaptée pour l'instant et demeurait dans l'attente d'une intervention chirurgicale en octobre 2014.

Le 7 mai 2014, le Dr G._____ a répondu à l'OAI que sa dernière consultation datait de 2011, qu'à sa connaissance, l'assuré n'avait strictement pas évolué au niveau de sa symptomatologie douloureuse de lombosciatalgies gauches, que les traitements effectués avaient connu un succès modéré et surtout limité dans le temps, et que l'assuré ne pouvait plus exercer son travail de plâtrier-peintre depuis au moins trois ans.

Répondant à son tour à l'OAI le 12 mai 2014, le Dr M._____ a mentionné un état de santé stationnaire, une capacité de travail nulle - sans pouvoir se prononcer depuis quand - tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec une réévaluation d'ici six à neuf mois.

Dans un rapport du 17 juin 2014, le Prof. V._____ a rappelé avoir initialement réfléchi à un geste chirurgical mais sans retenir d'indication, laquelle n'avait finalement été posée qu'à la fin 2013, la situation s'étant progressivement aggravée et d'autres thérapies ayant voulu être épuisées préalablement. En l'état actuel des choses, l'assuré pouvait difficilement effectuer le métier de plâtrier-peintre ; une réévaluation de la capacité résiduelle pouvait être faite six mois après l'intervention chirurgicale prévue en automne 2014, le Prof. V._____ doutant cependant que l'assuré puisse revenir à une activité physique lourde à 100%.

Le Dr J._____ s'est prononcé dans un avis du 31 juillet 2014, relevant que l'incapacité de travail débutée le 16 mai 2013 se poursuivait, qu'elle se prolongerait sans doute jusqu'en avril 2015 au moins, la spondylodèse étant planifiée pour octobre 2014, et que la situation devrait être réévaluée à terme.

c) Le 3 septembre 2014, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2010 au 31 décembre 2010, puis à compter du 1^{er} mai 2013. Le projet d'acceptation de rente rapportait notamment ce qui suit :

« Peintre en bâtiment indépendant, M. Z. _____ a présenté une incapacité de travail depuis le 27 avril 2009 dans l'exercice de son activité habituelle. C'est à partir de cette date que court le délai de carence d'une année prévu à l'article 29 LAI précité.

Sur la base des différents rapports médicaux en notre possession, le Service médical régional AI (ci-après SMR) retient qu'à partir du 23 septembre 2010 une pleine capacité de travail est raisonnablement exigible dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, à savoir : activité ne nécessitant pas de s'agenouiller ou de s'accroupir. Evitant les marches dans des escaliers, sur une échelle, ou en terrain irrégulier. Le port de charge est limité à 5 kg.

A l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 27 avril 2010, l'incapacité de travail de M. Z. _____ était de 75 %. Après examen de la situation de votre mandant, nous convenons de retenir que le préjudice économique se confondait alors avec l'incapacité de travail reconnue. Ainsi, un degré d'invalidité de 75 % ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité.

Conformément à l'article 29 al. 1 LAI précité, le droit à la rente prend naissance au plus tôt après un délai de 6 mois depuis le dépôt de la demande. En l'occurrence, la demande de prestations AI a été déposée le 16 novembre 1999 [recte : 2009] seulement. De ce fait, le droit à la rente entière est ouvert à partir du 1^{er} mai 2010.

Comme indiqué précédemment, une capacité de travail entière est raisonnablement exigible à partir du 23 septembre 2010. Afin de déterminer le préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité, le revenu que M. Z. _____ aurait pu acquérir en poursuivant son activité indépendante, à savoir CHF 50'355.00 pour 2010 (revenu sans invalidité), est comparé aux gains qu'il pouvait obtenir dans l'exercice d'une activité adaptée. A ce propos, nous relevons qu'il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est le cas de M. Z. _____ - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives

dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1.33 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'977.97 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de l'âge de M. Z. _____ et de ses limitations fonctionnelles, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'681.27.

La comparaison du revenu sans invalidité avec le revenu d'invalidé ne laisse pas apparaître de préjudice économique, et par conséquent aucun degré d'invalidité. La rente d'invalidité est de ce fait supprimée après un délai de trois mois, soit au 31 décembre 2010.

L'état de santé de M. Z. _____ s'est par la suite péjoré, n'ayant pu permettre de procéder aux mesures d'ordre professionnelles prévues. En effet, à partir du 13 mai 2013, il présente une incapacité de travail totale dans l'exercice de toute activité lucrative. Il s'ensuit qu'il présente depuis lors un degré d'invalidité de 100 %. Il s'agit en l'occurrence d'une reprise d'invalidité selon l'art. 29bis RAI. Durant le délai d'attente précédent, le degré d'incapacité de travail moyen était de 75 %. De ce fait le droit à une rente entière peut à nouveau [lui être] ouvert à partir du 1^{er} mai 2013, d'abord sur la base d'un degré d'invalidité de 75 %, puis après trois mois sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. »

Les objections à ce projet formulées par l'assuré le 13 octobre 2014 ont fait l'objet d'un examen par le SMR. Singulièrement, dans un avis médical du 11 novembre 2014, les Drs T. _____ et B. _____ ont relevé que l'appréciation du SMR, contestée par l'assuré, se fondait sur une

expertise du Dr Q._____ de septembre 2010, confirmée par des avis ultérieurs du SMR en octobre 2012 et février 2013. Les différents rapports médicaux du Hôpital F._____ de 2010 et 2011 cités par l'assuré avaient déjà été considérés et appréciés à leur juste mesure par le SMR dans ses différents avis. Les Drs T._____ et B._____ ajoutaient que le courrier du 13 octobre 2014 ne contenait ni ne faisait référence à un élément médical nouveau qui aurait pu être ignoré du SMR et que dans la mesure où toutes les pièces médicales avaient déjà été prises en considération, il n'y avait pas lieu de modifier leur appréciation antérieure.

Par décision du 7 mai 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 septembre 2014.

B. Z._____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 8 juin 2015, concluant avec suite de frais et dépens à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est accordée dès le 1^{er} mai 2010 et sans limite dans le temps. En substance, il conteste l'amélioration de son état de santé et la pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 23 septembre 2010 justifiant la suppression de sa rente d'invalidité, soutenant *a contrario* une aggravation à tout le moins dès le mois de novembre 2010. Il relève que se fondant sur l'expertise du Dr Q._____, les médecins du SMR n'ont pas suffisamment tenu compte de l'évolution négative de ses problèmes lombaires, problèmes certes accessoires lors du dépôt de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité mais ayant finalement pris le dessus sur ses problèmes de genou, de goutte et de psoriasis. Il ajoute que bien que l'expert ait cité ses problèmes lombaires, il n'en a pratiquement pas tenu compte dans l'appréciation de sa capacité de travail. Il est en outre, selon ses termes, totalement insoutenable de se fonder sur l'avis du Dr Q._____ dont l'expertise, réalisée en septembre 2010, a été réalisée deux mois avant la date d'aggravation de son état de santé, comme l'attestent les différents rapports médicaux du Hôpital F._____, notamment celui établi le 13 avril 2011 par le Service de rhumatologie. De surcroît, il rappelle que les traitements antalgiques n'ont pas apporté l'amélioration escomptée, ce

que soulignait notamment le Dr G. _____ dans son rapport du 14 juin 2012, et il avait été contraint de cesser toute activité, y compris l'activité résiduelle administrative qu'il exerçait au sein de son entreprise. Le recourant ajoute s'agissant du Dr G. _____, qu'étant spécialiste de l'antalgie, il ne pouvait se prononcer sur la question de la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, contrairement aux spécialistes de l'appareil locomoteur du Hôpital F. _____, à l'instar de son médecin traitant, le Dr H. _____, de sorte que le SMR ne pouvait se référer à leurs avis.

Dans sa réponse du 26 août 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le recourant a maintenu sa position dans ses déterminations du 23 septembre 2015.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Par décision du 7 mai 2015, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 décembre 2010, puis à compter du 1^{er} mai 2013. Partant, le litige porte sur la négation du droit à la rente d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 30 avril 2013, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de reconnaître une amélioration notable de l'état de santé du recourant dès le mois de septembre 2010, susceptible d'influencer son taux d'invalidité, corollairement son droit aux prestations.

3. L'invalidité se définit comme 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). L'incapacité de gain consiste en la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA).

b) Si la capacité de gain s'améliore, la prestation est adaptée, à savoir diminuée ou supprimée, en fonction de cette amélioration. La modification interviendra dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

La décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 4d ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et les références). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminant (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b).

Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29bis RAI).

4. a) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2^{bis} LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

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 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en 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 la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants 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 soient dûment motivées (ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références).

L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles de preuve légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres. Si la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b), elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie

rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. L'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

5. La décision litigieuse reconnaît, dans un premier temps, le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2010, fondé sur un degré d'invalidité de 75%, en raison principalement d'une atteinte invalidante sous forme d'arthrite psoriasique concomitante à une arthrite gouteuse. Le droit à la rente est ensuite supprimé à compter du 1^{er} janvier 2011, en référence à l'expertise du Dr Q. _____ de septembre 2010, reconnaissant au recourant une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical (suppression trois mois après l'amélioration constatée par l'expertise ; cf. art. 88a al. 1 RAI). Finalement, la décision litigieuse octroie une nouvelle rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2013, motivée par les conséquences de l'exacerbation des lombosciatalgies ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 16 mai 2013 (cf. art. 29bis RAI).

La reconnaissance du droit à la rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2013 ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces au dossier et ne fait l'objet d'aucune contestation entre les parties ; il n'y a donc pas lieu d'y revenir. Il en va de même de la reconnaissance du droit à la rente entière dès le 1^{er} mai 2010. *A contrario*, le recourant s'oppose à la suppression des prestations pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 30 avril 2013, contestant une amélioration de son état de santé, soutenant de surcroît une péjoration dès novembre 2010 sous forme d'évolution négative de ses troubles lombaires.

a) Préliminairement, il n'y a pas lieu de mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr Q. _____ du 23 septembre 2010. Corollairement, il n'y a pas lieu de suivre l'argument du recourant s'agissant de l'absence de prise en compte de l'atteinte lombaire par l'expert, dans le cadre de son appréciation.

Le Dr Q. _____ diagnostique notamment, en septembre 2010, une arthrite psoriasique sous forme d'une oligo-arthrite des genoux, une goutte chronique compensée et des lombalgies mécaniques actuellement sans radiculaire avec discopathies sévères étagées prédominant en L3-L4. Il cautionne l'incapacité totale de travailler dans la profession de peintre en bâtiment en raison de l'arthrite psoriasique, reconnaissant à l'assuré une capacité de travail résiduelle de 25% dans l'activité administrative au sein de son entreprise, soit excluant les positions accroupies ou agenouillées, les montées ou descentes d'escaliers et d'échelles, et le port de charge supérieur à 5 kilos. Il observe que l'incapacité de travail n'est pas liée aux troubles rachidiens, lesquels s'avèrent être un problème secondaire selon les plaintes de l'expertisé (« Toujours est-il selon ses dires, ses lombalgies ne sont pas son problème actuel, puisque présentement, il souffre essentiellement de gonalgies bilatérales prédominant à gauche de type inflammatoire [...] », p. 5 du rapport d'expertise du 23 septembre 2010). Les douleurs rachidiennes ont quasiment disparu, les plaintes se rapportant aux douleurs fluctuantes au niveau des genoux (« Il n'a actuellement quasiment plus aucune douleur

rachidienne notamment après avoir reçu une infiltration de stéroïdes en 2009 [...] », p. 9 du rapport d'expertise du 23 septembre 2010). Le recourant admet en outre, dans son acte de recours, que ses problèmes lombaires étaient accessoires lors du dépôt de sa demande à l'OAI.

Contrairement à ce que sous-tend le recourant, le Dr Q._____ n'a pas ignoré l'atteinte lombaire dans le cadre de son expertise, axant notamment l'examen clinique sur le rachis (lombaire, dorsal et cervical). Cet examen n'a pas mis en évidence de restriction de la mobilité ni de trouble statique notable. L'examen détaillé du rachis a révélé l'absence de signes comportementaux de Waddell, des flèches sagittales à 7-0-5-2 cm avec un fil à plomb centré, un Schober lombaire 10/15 cm et une distance doigts-sol à 20 cm, une légère attitude scoliotique à convexité droite, des inflexions latérales harmonieuses non limitées non douloureuses à 20° et une extension non douloureuse et non limitée à 10°. Le Dr Q._____ a également étudié l'IRM lombaire de décembre 2008, dont il résultait des troubles dégénératifs rachidiens avancés avec un aspect érosif de type Modic II au niveau L3-L4 mais sans véritable hernie discale compressive ou canal lombaire étroit. Il a posé le diagnostic de lombalgies mécaniques actuellement sans radiculalgie avec discopathies sévères étagées prédominant en L3-L4, prenant en compte ce dernier dans son appréciation du cas. Partant, le Dr Q._____ a bel et bien tenu compte de l'atteinte lombaire dans le cadre de son expertise de septembre 2010.

b) Cela étant, les avis médicaux émis dès le mois de novembre 2010 s'accordent sur une péjoration de l'état de santé du recourant, particulièrement de ses troubles lombaires.

Il sied de rappeler que l'octroi de la rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2013 a été motivé par les conséquences de l'exacerbation des lombosciatalgies ayant entraîné une incapacité de travail attestée par le médecin traitant dès le 16 mai 2013. Singulièrement, selon l'avis Dr J._____ du 26 septembre 2013, l'incapacité totale de travail ayant entraîné l'interruption du stage d'observation au Centre Orif se justifiait, à

la lecture du rapport du 12 juillet 2013 du Dr H._____, en raison de lombosciatalgies « de plus en plus rebelles ». Le Prof. V._____ avait en outre préconisé une spondylodèse L4-L5 et L5-S1 pouvant entraîner une amélioration significative des douleurs, indication chirurgicale planifiée au début de l'année 2014.

Les rapports médicaux établis par les médecins du Département de l'appareil locomoteur du Hôpital F._____ font état d'un suivi de l'assuré dès octobre 2009 en raison de l'arthrite psoriasique (cf. également complément d'expertise du Dr L._____ du 12 novembre 2009). Selon le rapport du 23 novembre 2010 du Dr D._____, cette symptomatologie s'est améliorée sous le traitement prodigué, alors que les lombalgies dégénératives sont en exacerbation ; celles-ci s'accompagnent de sciatalgies gauches suspendues associées à une hypoesthésie de la face latérale de la cuisse gauche, symptômes aggravés en hyperextension et en position assise. L'IRM lombaire de contrôle, réalisée en décembre 2010, objective des remaniements disco-vertébraux pluri-étagés avec des ostéophytes antérieurs et un remaniement interapophysaire postérieur ; il apparaît également une lyse isthmique de L5 bilatérale avec un rétrécissement canalaire surtout au niveau des foramens en L4-L5 avec inflammation de la racine L4 gauche ainsi que des lésions de type Modic II en L3-L4, Modic I-II en L2-L3 et très probablement une irritation de la racine L2 à droite (cf. rapport d'IRM lombaire du 2 décembre 2010 et rapport du Dr N._____ du 13 avril 2011). *Pro memoria*, l'IRM lombaire réalisée en décembre 2008 démontrait des troubles dégénératifs rachidiens avancés (discopathies étagées de L2 à S1, érosions des plateaux vertébraux en L3-L4, protrusion discale étagée de L2 à S1, ostéophytose antérieure étagée significative de L1 à L5) avec un aspect érosif de type Modic II au niveau L3-L4, sans véritable hernie discale compressive ni canal lombaire étroit (cf. rapport d'IRM du 23 décembre 2008 et rapport d'expertise du Dr Q._____ du 23 septembre 2010).

Lors de l'examen clinique du 18 janvier 2011, le Dr N._____ note des troubles statiques du rachis avec une scoliose à convexité

dorsale droite, sans déficit moteur aux membres inférieurs mais une hypoesthésie de la face latérale de la cuisse et du mollet gauches. Il pose notamment le diagnostic de lombosciatalgies gauches suspendues déficitaires avec troubles dégénératifs sévères multi-étagés lombaires, lyse isthmique L5 bilatérale, troubles statiques du rachis à type scoliose à convexité dorsale droite, discopathie multi-étagée prédominant en L3-L4, arthrite psoriasique avec atteinte axiale et périphérique, diagnostic justifiant une consultation spécialisée à l'Unité du rachis par la Dresse P. _____ en l'absence d'évolution clinique favorable dans les suites de séances de physiothérapie, ainsi qu'une évaluation par le Dr G. _____ à l'Unité d'antalgie. Le Dr N. _____ atteste dès lors une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, laquelle devra être réévaluée une fois terminés les traitements proposés.

Dans ce prolongement, le rapport du 30 mars 2011 de la Dresse P. _____ fait état d'une souffrance radiculaire L4-L5 à gauche et S1 mise en évidence par l'examen clinique, confirmée par l'examen radiologique et lors du consilium multidisciplinaire effectué dans le cadre de l'Unité du rachis. Le recourant était adressé au centre d'antalgie pour des infiltrations foraminales L4-L5 et L5-S1 à gauche et introduction d'une thérapie sous forme de Lyrica à doses progressives, et à défaut de résultats favorables, il devrait être évalué pour une indication chirurgicale. Dans son rapport du 29 août 2011, la Dresse P. _____ précise qu'en mars 2011, au vu de ses constatations, le recourant était dans l'incapacité d'assumer une activité professionnelle, même légère. Dès le 4 avril 2011, l'assuré est suivi par le Dr G. _____, lequel procède, outre au traitement par Ambrel pour les gonalgies bilatérales d'origine psoriasique, à un traitement par infiltrations (blocs thérapeutiques avec stéroïdes, dénervations, infiltrations épidurales avec stéroïdes) à des intervalles réguliers. Si le Dr G. _____ énonce, dans son rapport du 10 novembre 2011, une compliance au traitement excellente de son point de vue, il fait cependant état d'un pronostic réservé dans son rapport du 5 mai 2012, indiquant qu'une infiltration de la racine L5 est au programme ; il écrit que la situation est globalement la même qu'en 2011, à l'exception d'une péjoration de la composante inflammatoire sténose L4 et L5 révélée par

IRM au printemps 2012. Ultérieurement, et en dépit de nouvelle consultation, il mentionne un patient n'ayant strictement pas évolué au niveau de sa symptomatologie douloureuse de lombosciatalgies gauches, les traitements effectués ayant eu un succès modéré et surtout limité dans le temps, et l'assuré était, à sa connaissance, en attente d'une opération (cf. rapport du Dr G. _____ du 7 mai 2014).

Le geste chirurgical, sous forme de spondylodèse transforminale L4-L5 et L5-S1, est mentionné par le Prof. V. _____ dans son rapport du 28 juin 2012. Il diagnostique des lombosciatalgies gauches, une spondylolisthésis L5-S1, une discopathie asymétrique L4-L5, des discopathies lombaires pluri-étagées, une sténose foraminale L4-L5 et L5-S1 gauche, en sus d'une arthrite périphérique et axiale psoriasique, une goutte, une hypertension artérielle et une cardiopathie ischémique. Selon le Prof. V. _____, le geste chirurgical peut améliorer les pygalgies et les sciatalgies, bien que ces dernières ne semblent pas être la douleur principale du patient, alors que l'influence sur les lombalgies paralombaires, les plus gênantes pour le patient, est difficile à prévoir. En septembre 2013, étudiant l'IRM lombaire réalisée en juillet 2013, le Prof. V. _____ la considère comme superposable à celle réalisée au printemps 2012, avec des troubles dégénératifs pluriétagés et des sténoses foraminales L4-L5 et L5-S1 gauches, avec une spondylolisthésis du premier degré. Il souligne la mise au premier plan des lombalgies et préconise à nouveau une spondylodèse L4-L5 et L5-S1 avec prise en charge pluridisciplinaire par le Dr M. _____, dans l'intervalle.

c) Les rapports médicaux précités mettent en évidence l'exacerbation des lombosciatalgies antérieurement au mois de mai 2013, période retenue par l'OAI pour reconnaître à cette atteinte un caractère invalidant. L'aggravation est documentée dès novembre 2010, soit postérieurement à l'expertise du Dr Q. _____ ; l'incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle est attestée dès janvier 2011 ; un geste chirurgical est déjà évoqué en mars 2011, à défaut de réponse au traitement, et préconisé plus instamment en juin 2012.

Les avis du SMR émis au cours de la période litigieuse ne sauraient faire échec à cette appréciation. Singulièrement, dans l'avis du 20 janvier 2012, le SMR reconnaît l'aggravation des lombalgies dès le début novembre 2010, aggravation qui n'aurait duré, selon le Dr R._____, que jusqu'au 30 mars 2011 en référence au rapport du 29 août 2011 de la Dresse P._____, laquelle n'aurait plus suivi l'assuré pour ce problème. Or il sied de souligner que la Dresse P._____ n'a pas cessé de suivre l'assuré pour l'atteinte lombaire - ne reconnaissant pas une amélioration de la symptomatologie mais attestant *a contrario* une incapacité totale de travailler dans toute activité en mars 2011 -, mais n'a été consultée qu'à une seule reprise, à la demande de ses confrères rhumatologue, avant d'adresser l'intéressé à l'Unité d'antalgie. En outre, elle précise clairement, dans son rapport à l'OAI, ne pas suivre habituellement l'assuré.

Cela étant, le Dr R._____ se fonde sur les avis des Drs G._____ et H._____ pour conforter son appréciation s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, ainsi que sur le rapport d'expertise du Dr Q._____ de septembre 2010. Le Dr G._____ énonce certes une capacité de travail de 60% au maximum dans l'activité habituelle, plus particulièrement une situation stable tant que la charge de travail est limitée à 60% environ ; il mentionne cependant ne pas être apte à se prononcer sur cette question. A cet égard, il convient de souligner, d'une part, que le Dr G._____ est un spécialiste en anesthésiologie et se penche dès lors sur la douleur du patient, non sur les conséquences de la douleur ; d'autre part, il ne se prononce pas sur les motifs le conduisant à retenir un tel taux, n'évaluant notamment pas les limitations fonctionnelles, comme le relève d'ailleurs le Dr J._____ dans l'avis du 24 mai 2012. S'agissant du Dr H._____, il précise expressément que son patient dispose, dans son activité habituelle, d'une capacité de travail de 50% avec un rendement de moitié. Dans son rapport du 30 novembre 2011, il affirme que l'incapacité de travail de 75% est toujours d'actualité mais désormais gérée par ses confrères du Hôpital F._____ et, en juillet 2012, il fait état d'une capacité de travail inchangée. La reconnaissance, par certificat médical du Dr H._____, d'une capacité de travail nulle dès

le 16 mai 2013 ne permet pas de considérer, à l'aune de ses différents rapports, que l'état de santé de son patient s'est soudainement péjoré à cette date (cf. notamment certificat médical du 17 janvier 2014 du Dr H. _____ et réponses apportées le 20 mars 2014). Au demeurant, aux termes de son rapport du 13 avril 2011, le Dr N. _____ mentionne une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, incapacité devant être réévaluée une fois terminés les traitements proposés. Or il s'avère que le traitement entrepris, soit les infiltrations par le Dr G. _____, n'a pas permis de contrôler les douleurs, à l'instar de la prise en charge pluridisciplinaire par le Dr M. _____, et que l'intervention chirurgicale s'avérait l'ultime solution.

Finalement, des doutes peuvent être émis s'agissant de la valeur probante de l'avis SMR du 3 octobre 2012, dans la mesure où l'appréciation du Prof. V. _____ du 28 juin 2012 n'est pas examinée, seule étant mentionnée la proposition de spondylodèse. Or c'est notamment sur la base de l'indication du geste chirurgical, tel que rappelé par le Prof. V. _____ dans son rapport 5 septembre 2013, que le SMR reconnaît au recourant une incapacité de travail totale. Dans ce dernier rapport, le Prof. V. _____ reprend les diagnostics posés en juin 2012, mentionne comme superposables les IRM lombaires de 2012 et 2013 et rappelle la proposition de spondylodèse. Il ne se justifie dès lors pas d'ignorer l'avis émis par le Prof. V. _____ en juin 2012 pour ensuite le suivre et faire siennes ses considérations de septembre 2013.

d) Au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, on doit admettre que les lombalgies dégénératives, reconnues comme invalidantes dès mai 2013, influençaient négativement la capacité de travail du recourant en novembre 2010. Les rapports médicaux du Hôpital F. _____, particulièrement des Drs N. _____ et P. _____, permettent de retenir une incapacité de travail totale dans l'exercice de toute activité professionnelle dès janvier 2011 au plus tard. Partant, il y a lieu de reconnaître au recourant un degré d'invalidité de 100%, et le maintien de la rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2010 (cf. art. 29bis RAI).

Cela étant, même à admettre que le taux d'incapacité de travail moyen est de 75% à compter de janvier 2011, à l'instar de ce que retient l'OAI jusqu'en septembre 2010, le résultat n'en est pas modifié. En effet, on peut se référer aux données économiques résultant du dossier de l'intimé, données au demeurant non contestées par le recourant dans le cadre de son recours. Ainsi, sur la base de l'enquête pour les indépendants du 27 juillet 2010, fixant à 49'694 fr. le revenu sans invalidité pour l'année 2010, il peut être retenu un salaire hypothétique sans invalidité de 50'191 fr. pour l'année 2011 (+ 1% ; source : OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2014, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch). Le revenu d'invalidité doit ensuite être établi à l'aide des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], publiées par l'Office fédéral de la statistique [OFS], référence admise à certaines conditions par la jurisprudence lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Ainsi, en établissant le revenu d'invalidité sur la base du revenu statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et service ; ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4), soit 4'901 fr., en l'adaptant à l'évolution des salaires pour l'année 2011 (+ 1%) et ajusté à 41,7 heures par semaine (puisqu'il se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures ; source : OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique), on obtient un salaire mensuel de 5'160 fr. 38, ou annuel de 61'924 fr. 62, lequel doit encore être adapté à la capacité résiduelle de travail du recourant, soit 25%, et tenir compte d'un abattement - non contesté ni contestable - de 15% ; le gain d'invalidité se monte ainsi à 13'159 francs. Il résulte de la comparaison du revenu hypothétique sans invalidité de 50'191 fr. avec le revenu d'invalidité de 13'159 fr. une perte de gain de 37'032 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 73,78% (37'032 fr. / 50'191 fr. x 100), arrondi à 74% (ATF 130 V 121).

Le recourant peut dès lors prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 30 avril 2013, étant rappelé qu'une invalidité de 75% lui est reconnue depuis mai 2010 et de 100% à compter de mai 2013.

6. a) Il s'ensuit que les conclusions du recourant, qui demande une rente entière dès le mois de mai 2010 et sans limite de temps, sont fondées et que le recours doit être admis. La décision attaquée doit partant être réformée dans cette mesure.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. TVA comprise, à la charge de l'OAI qui succombe.

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

- I. Le recours déposé le 8 juin 2015 par Z._____ est admis.
- II. La décision rendue le 7 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2010.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Munoz (pour Z. _____)
- 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 :