

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Gauron-Carlin, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant, représenté par Me Irina Brodard-Lopez,
avocate à Lausanne,

et

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

**Art. 6 s., 17, 43 al. 1, 44 et 61 let. c. LPGA ; 4 al. 1 , 28 et 29 LAI ;
88a al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. Ressortissant macédonien né en [...], C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a travaillé en dernier lieu comme opérateur de production de juin 2004 à août 2019 auprès de la société X._____ SA.

Le 5 avril 2019, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de douleurs à l'épaule gauche présentes depuis 2016 et d'un status post arthroscopie de cette épaule du 13 novembre 2018 (avec ténotomie du long chef du biceps, décompression sous-acromiale et acromioplastie et résection acromio-claviculaire).

Dans un rapport du 12 août 2019, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite (suspicion d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne), un status post arthroscopie de l'épaule gauche (réparation de coiffe [tendon du supra-épineux] par technique double rangée double feuillet, ténotomie du long chef du biceps, décompression sous-acromiale, acromioplastie, résection acromio-claviculaire le 13 novembre 2018) et une capsulite rétractile post opératoire de l'épaule droite suspecte. Ce médecin a attesté une capacité de travail nulle de l'assuré dans l'activité habituelle jusqu'au prochain contrôle et une capacité de travail de 50 % (quatre heures par jour) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (limitation de l'utilisation du bras droit pour des activités physiques, des gestes répétitifs, des ports de charges lourdes, et le travail au niveau et au-dessus de l'horizontale). Selon ce chirurgien, il existait un potentiel pour une amélioration progressive par paliers vers un taux de 100 % dans le délai d'un an à un an et demi après l'opération de novembre 2018.

Dans un rapport du 20 décembre 2019, le Dr K._____ a fait part d'une amélioration de la situation, avec progression des amplitudes articulaires et de la force mais également persistance de douleurs type « brulures ». Ce médecin a confirmé sa précédente évaluation de la capacité de travail, tout en réservant une réévaluation en fonction de

l'évolution de la situation. Sur le plan thérapeutique, le traitement devait se poursuivre.

Dans un rapport du 22 juin 2020, le Dr K. _____ a fait part d'une évolution favorable de l'épaule gauche, avec une récupération progressive. Ce médecin a attesté des incapacités de travail dans l'activité habituelle de 100 % du 13 novembre 2018 au 29 février 2020 et de 50 % du 1^{er} au 30 mars 2020, en indiquant que le médecin traitant avait établi les arrêts ultérieurs. Dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles (pas de gestes répétitifs, pas de travail avec les bras au niveau et au-dessus de l'horizontale, et pas de port de charges lourdes), la capacité de travail de l'assuré était entière depuis le 1^{er} mars 2020.

Dans un rapport du 27 juillet 2020, le Dr A. _____, médecin traitant, a estimé la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans l'activité habituelle depuis 2018 et de 50 % dans une activité adaptée à l'ensemble des ennuis somatiques (tunnel tarsien droit présent depuis 2003 et douleurs articulaires [rachis cervical et lombaire ainsi que gonalgie droite] depuis 2012), sans fournir plus de précisions. A son avis, une amélioration de la capacité de travail était attendue, même si une prise en charge de son patient auprès du Centre Médical de Réhabilitation à [...] était demeurée sans effet.

Par projet de décision du 2 octobre 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 31 mai 2020. Il estimait en substance que, depuis le 1^{er} mars 2020, l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, capacité qui excluait tout droit à une rente d'invalidité.

Dans le cadre des objections formulées par l'assuré contre ce projet de décision, l'OAI a notamment reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 13 juillet 2020 adressé au Dr A. _____ par la Dre H. _____, spécialiste en rhumatologie, indiquant qu'il n'y avait pas d'amélioration durable et complète à attendre avec une prise en charge ambulatoire et proposant une évaluation globale à l'[...] du CHUV au vu des multiples atteintes somatiques constatées chez l'assuré (contexte traumatique de 2002 ayant touché le pied et la cheville droits, contexte douloureux scapulaire bilatéral et contexte douloureux rachidien) pour fixer des limitations fonctionnelles (provisoires ou définitives) et guider l'assuré vers la réorientation professionnelle la plus adaptée ;

- une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 28 août 2020, concluant à une très faible discopathie dégénérative débutante à l'étage L2-L3 sans hernie discale, à de multiples angiomes vertébraux banals, à l'absence de sténose foraminale du sac dural pouvant expliquer une perte de force au niveau du pied et à une arthropathie dégénérative des articulations zygapophysaires pluri-étagées et du ligament interépineux lombaire basse pouvant expliquer une douleur (rapport du 28 août 2020 de la Dre E. _____, spécialiste en radiologie) ;

- une arthro-IRM de l'épaule gauche du 16 septembre 2020, montrant une tendinopathie fissuraire distale du sous-scapulaire et une déchirure partielle autour du site de suture du supra-épineux et sur la face articulaire du tiers antérieur du tendon supra-épineux (rapport du 16 septembre 2020 du Prof. D. _____, spécialiste en radiologie) ;

- une arthro-IRM de l'épaule droite du 17 septembre 2020, mettant en évidence une déchirure sub-transfixiante du tiers antérieur du supra-épineux de type SLAP 2A avec tendinopathie du long chef du biceps, une poussée congestive acromio-claviculaire et une bursite sous-acromio-deltaïdienne (rapport du 17 septembre 2020 du Prof. D. _____) ;

- un rapport du 18 septembre 2020 adressé au Dr K. _____ par le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, prescrivant de la physiothérapie pour traiter la dyskinésie des deux omoplates ;

- un rapport du 13 novembre 2020 adressé au Dr A. _____ par le Dr K. _____, indiquant qu'il n'y avait pas d'option chirurgicale à proposer pour l'épaule droite, suggérant d'obtenir l'avis du Prof. I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constatant que le traitement pour l'épaule gauche était terminé le 24 février 2020 et proposant de maintenir l'arrêt de travail à 100 % en raison de la limitation importante au niveau des deux épaules.

Dans un avis du 4 décembre 2020, le Dr G. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a estimé que l'ampleur de l'incapacité de travail ne reposait pas uniquement sur des éléments médicaux. Ne comprenant pas pour quel motif une capacité de travail significative, voire entière, ne pouvait pas être retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles articulaires, il proposait la réalisation d'un examen ou d'une expertise rhumatologique afin de déterminer les atteintes à la santé incapacitantes, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, le début de la maladie ainsi que l'évolution et les traitements exigibles.

Le 1^{er} février 2021, l'OAI a notamment reçu les documents suivants :

- un rapport du 30 décembre 2020 des Drs F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O. _____, médecin-assistant, de la Consultation de médecine physique et réhabilitation à l'[...] du CHUV, relevant que l'assuré présentait des douleurs musculosquelettiques diffuses instaurées progressivement ces dernières années, sans événement traumatique clairement identifié, qui se justifiaient en partie par les altérations orthopédiques dégénératives constatées sur la base des multiples examens pratiqués, précisant que des facteurs contextuels,

professionnels et psychopathologiques influençaient de manière significative l'évolution du cas et suggérant la mise en place de nouvelles séances de physiothérapie, tout en laissant le soin au psychiatre traitant d'éventuellement introduire dans le traitement un antidépresseur à visée antalgique (la Duloxétine® ou un tricyclique) ;

- un rapport du 22 janvier 2021 du Prof. I. _____ faisant état d'un status peu spécifique qui s'inscrivait probablement dans un contexte psychopathologique avec des troubles anxiodépressifs et ne retenant pas d'indication opératoire pour l'épaule droite dont le pronostic restait très réservé sur le plan chirurgical.

L'OAI a confié la réalisation d'un examen clinique rhumatologique au Dr W. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie. Dans son rapport du 23 février 2021, ce médecin a retenu les diagnostics suivants :

DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- Omalgies D dans un contexte de tendinopathie chronique du supra-épineux et d'une arthrose acromioclaviculaire. M75.1

Diagnostics associés

- Omalgies G persistantes dans un status post réparation du supra-épineux, acromioplastie et résection acromioclaviculaire.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Status post capsulite rétractile de l'épaule G.
- Cervicalgies communes.
- Antécédent personnel de syndrome du tunnel tarsien, opéré à trois reprises, en 2001 et 2002.
- Antécédent personnel de résection méniscale bilatérale.

Au terme de son examen, le Dr W. _____ a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle d'opérateur sur machines et qu'elle était de 50 % depuis le 23 mai 2019, respectivement de 100 % depuis le 24 février 2020 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travail prolongé au-delà de

l'horizontale, pas de mouvements répétés d'abduction-adduction des bras, pas de travaux de force, pas de soulèvement de charges de chaque côté au-delà de trois kilos, pas de port de charges en bimanuel au-delà de dix kilos). Il a également précisé que l'assuré présentait une atteinte à la santé multiple, comprenant en particulier une atteinte sur l'axe psychiatrique ; il présentait un trouble thymique nécessitant un suivi régulier auprès du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avec prescription d'un traitement conséquent à base d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. A son avis, il convenait d'obtenir des renseignements complémentaires auprès du psychiatre traitant en lien avec l'atteinte à la santé psychique.

Dans un rapport du 16 mars 2021, le Dr L._____, psychiatre traitant depuis le 20 février 2018, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un « trouble dépressif dû à une autre condition médicale ». Il a attesté une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} au 30 novembre 2020, puis de 100 % depuis le 1^{er} décembre 2020, sans fournir d'autres précisions. Ce médecin précisait par ailleurs que l'état de santé était stabilisé au niveau de l'anxiété, de la dépression et de l'insomnie et que le traitement médicamenteux devait se poursuivre.

Dans un avis du 14 avril 2021, le SMR, a, sur la base des derniers éléments recueillis au dossier, indiqué que l'origine des incapacités de travail attestées demeurait peu clair ; il en allait à l'identique de l'aggravation sur le plan psychiatrique attestée depuis décembre 2020 par le Dr L._____.

Dans un rapport du 19 avril 2021, le Dr L._____ a répondu aux questions complémentaires de l'OAI comme suit :

1. *Quel est le status psychique complet et détaillé, et les critères diagnostiques, qui vous permettent de retenir un trouble dépressif ?*
Trouble dépressif - 293.83/F06.31
2. *Selon quelles modifications de l'état psychique reprenez-vous une augmentation de l'incapacité entre novembre et décembre 2020 alors même que l'état constaté est annoncé comme stabilisé ?*
L'incapacité a été faite par une autre collègue, en raison d'une autre pathologie

3. *En lien avec quel type d'activité professionnelle retenez-vous une IT [incapacité de travail] de 50% en novembre 2020 puis de 100% à partir de décembre 2020 ?*
Son activité possible
4. *Pour quelle raison aucune IT n'a-t-elle été nécessaire avant novembre 2020 ?*
Voir p. 2
5. *Des taux plasmatiques ont-ils été réalisés en lien avec la médication prescrite ? Si oui, pourriez-vous nous transmettre les résultats ?*
Non
6. *A quelles dates précises ont eu lieu les consultations durant les 6 derniers mois ?*
12.10.2020 ; 12.11.2020 ; 25.11.2020 ; 01.02.2021 ; 25.03.2021
7. *Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail depuis votre dernier rapport ?*
Pas d'arrêt de travail [...]

Dans un rapport du 1^{er} juin 2021, le SMR a considéré que le dernier rapport du psychiatre traitant ne comportait aucun élément permettant de s'écarter des conclusions du Dr W._____ ; il n'existait pas d'atteinte psychiatrique incapacitante et la prise en charge était légère, voire minime, sur cet axe.

Le 5 juillet 2021, l'OAI a reçu les nouveaux éléments suivants :

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 5 mai 2021 du Dr Q._____, spécialiste en radiologie, mettant en évidence une discopathie étagée prédominant en C3-C4, C4-C5 avec une petite hernie discale en C3-C4, C4-C5 médiane sans signe de sténose foraminale ou canalaire, ni de synovite facettaire ;
- un rapport d'IRM du genou droit du 27 mai 2021 du Dr B._____, spécialiste en radiologie, concluant à une déchirure de la portion centrale du ménisque interne avec déplacement de tissu méniscal médialement et latéralement au compartiment articulaire, lésion de grade II des fibres proximales du ligament collatéral interne, kyste gastrocnémien semi-membraneux entouré d'une infiltration œdémateuse, susceptible de traduire une rupture partielle de ce dernier, et déchirure musculaire du

muscle poplité entourée d'une importante infiltration œdémateuse se poursuivant sur la face postérieure de la jambe.

Aux termes d'un avis du 26 août 2021, le SMR a estimé que ses conclusions demeuraient valables jusqu'au 27 mai 2021 et que, s'agissant de la nouvelle atteinte au genou droit, il importait de déterminer quel médecin était en charge de cette pathologie et d'obtenir un rapport médical détaillé de sa part (contexte de l'accident, status clinique complet, traitements, pronostic, ...).

Le 1^{er} septembre 2021, l'OAI a reçu un rapport du 4 juillet 2021 adressé au Dr A._____ par les Drs F._____ et O._____. Ces médecins faisaient état du diagnostic principal de syndrome douloureux chronique polyarticulaire et de celui, secondaire, de chute accidentelle le 25 mai 2021 sur le genou droit avec mise en évidence à l'IRM du 27 mai 2021 d'une déchirure du ménisque interne, entorse grade II du ligament collatéral interne, contusion des muscles semi-membraneux et gastrocnémien interne et déchirure du muscle poplité. La situation restait inchangée depuis la précédente consultation avec un statut globalement dans la norme sous la réserve des douleurs ressenties par l'assuré. S'agissant du genou droit, le traitement comprenait le port d'une attèle de genou « MOS Genu Bauerfeind » durant quatre semaines avec un programme de restauration fonctionnelle.

Suivant le point de vue du SMR (avis du 5 octobre 2021), l'OAI a requis des informations supplémentaires quant à l'évolution de l'atteinte du genou droit de l'assuré. Dans un rapport du 23 octobre 2021, le Dr P._____, du Centre médico-chirurgical du [...], a indiqué que l'assuré était venu en urgence à la suite d'un accident lors duquel il s'était tapé le genou droit ; le suivi du traitement mis en place s'effectuait auprès du médecin traitant, lequel avait par la suite adressé l'assuré au CHUV.

Dans un avis du 2 décembre 2021, le SMR a retenu que l'atteinte au genou droit de l'assuré n'avait apparemment pas nécessité de suivi spécialisé prolongé, ni au CHUV, ni auprès du Dr P._____. Il

convenait de savoir qui était le médecin en charge de l'atteinte du genou droit depuis mai 2021 susceptible de renseigner sur l'évolution et l'état de santé actuel.

Le 9 décembre 2021, le Dr A. _____ a renvoyé l'OAI auprès du DrP. _____.

Aux termes d'un avis du 4 février 2022, le SMR a constaté que les éléments au dossier évoquaient un traumatisme mineur du genou droit de l'assuré. Il n'existait pas de facteur de gravité laissant penser à une atteinte durablement incapacitante et qui, comme attendu, ne nécessitait plus de suivi médical. Les conclusions de l'avis du SMR du 1^{er} juin 2021 restaient donc valables.

Malgré les objections formulées par l'assuré, l'OAI a, par décision du 27 avril 2022, confirmé la teneur de son projet de décision du 2 octobre 2020.

B. Par acte du 27 mai 2022, C. _____, représenté par Me Irina Brodard-Lopez, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 27 avril 2022, concluant, avec dépens, à la réforme de cette décision dans le sens de l'octroi d'une « rente d'invalidité complète à 100% dès le 1^{er} octobre 2019 jusqu'au 31 mai 2020, puis une rente d'invalidité partielle de 50 % du 1^{er} juin 2020 au 30 novembre 2020, puis une rente d'invalidité complète à 100% du 1^{er} décembre 2020 ». Subsidiatement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, subsidiatement d'une expertise orthopédique et psychiatrique, afin de déterminer quel était son état de santé, sa capacité de travail résiduelle et son taux d'invalidité, et pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, l'assuré reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur les plans médical et économique.

Dans sa réponse du 11 juillet 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère non critiquable de l'instruction médicale du cas.

Dans sa réplique du 6 septembre 2022, l'assuré a maintenu ses précédentes conclusions et son offre de preuves en insistant sur la requête d'une « expertise pluridisciplinaire neurologique - orthopédique - psychiatrique ». Il a fait verser à la cause un rapport du 17 août 2022 établi par le Dr F._____. Ce médecin était d'avis que, du point de vue musculosquelettique, la capacité de travail résiduelle de l'assuré pouvait être partielle dans un poste de travail plutôt sédentaire sans port de charge au-delà de cinq kilos répétitif, ni mouvements rotatoires des membres supérieurs, ni travail nécessitant une mobilité au-dessus de l'horizontale. Toutefois, compte tenu de la chronicité et de la complexité bio-psycho-sociale, tout en ayant conscience de son rôle de thérapeute, ce médecin était d'avis qu'une nouvelle expertise médicale se justifiait afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

Dans sa duplique du 18 octobre 2022, l'OAI a, en s'appuyant sur un avis du SMR du 14 octobre 2022, conclu une nouvelle fois au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

A l'appui de déterminations spontanées des 9 et 16 novembre 2022, l'assuré a notamment fait verser à la procédure les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 1^{er} novembre 2022 du Dr A._____, dans lequel ce médecin faisait part de la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire pour pouvoir se prononcer sur ce cas complexe ;
- un rapport du 11 novembre 2022 adressé au Dr A._____ par la Dre T._____, spécialiste en neurologie.

A l'appui de ses déterminations du 5 décembre 2022, l'OAI a fait verser un nouvel avis du SMR du 25 novembre 2022, lequel estimait

que les dernières pièces médicales produites par l'assuré ne mettaient pas en évidence une nouvelle atteinte à la santé durablement incapacitante qui n'avait pas déjà été prise en compte au cours de la période à examiner.

Le 4 janvier 2023, l'assuré a confirmé sa position en indiquant qu'il ne pouvait se rallier à l'avis SMR du 25 novembre 2022 « étayé par aucun document ou élément au dossier ».

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité pour la période postérieure au 31 mai 2020.

b) Le 1^{er} janvier 2022 est entrée en vigueur la modification du 19 juin 2020 de la loi sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705). Pour les bénéficiaires de rente âgés de moins de 55 ans dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de cette réforme, la quotité de rente ne change pas tant que le taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (let. b de la

disposition transitoire relative à cette modification législative). Bien que cette disposition transitoire soit peu précise à ce propos, on doit en déduire que lorsqu'une demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2022, mais n'a pas encore fait l'objet d'une décision, la date éventuelle de naissance du droit à la rente est déterminante. En d'autres termes, si le droit éventuel à la rente, compte tenu du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI et du délai d'attente de six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI), a pris naissance avant le 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit est applicable, sous réserve, postérieurement à cette date, d'une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 27 avril 2022 fait suite à une demande de prestations déposée en avril 2019. Le droit à une rente a pris naissance le 1^{er} octobre 2019, soit avant le 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'à cette date sont applicables.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois 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]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. a) En l'espèce, l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant du 1^{er} octobre 2019 au 31 mai 2020. Ce faisant, il a constaté que le recourant disposait à nouveau d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} mars 2020 et que le degré d'invalidité était, après comparaison des

revenus, de 15,77 %, soit un taux insuffisant pour le maintien du droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2020.

Ne partageant pas ce point de vue, le recourant conteste, en premier lieu, la pleine capacité de travail retenue en estimant que l'instruction médicale de son dossier n'est pas satisfaisante et qu'elle doit, compte tenu de la complexité de sa situation, être complétée par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

b) aa) En l'occurrence, il convient de constater, à la lecture des pièces médicales versées au dossier, que le recourant se plaint de multiples douleurs ostéoarticulaires (épaule gauche, épaule droite, rachis cervical, rachis lombaire, pied droit et genou droit), lesquelles ne justifient pas, selon l'appréciation exhaustive effectuée par le Dr W._____, de retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de mouvements répétés d'abduction-adduction des bras, pas de travaux de force, pas de soulèvement de charges de chaque côté au-delà de trois kilos, et pas de port de charges en bimanuel au-delà de dix kilos).

Un certain nombre de médecins ne partage toutefois pas cette appréciation de la capacité résiduelle de travail.

Si, dans un rapport du 22 juin 2020, le Dr K._____, a estimé que, dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles (pas de gestes répétitifs, pas de travail avec les bras au niveau et au-dessus de l'horizontale, et pas de port de charges lourdes), la capacité de travail du recourant était entière à compter du 1^{er} mars 2020, il a, dans son rapport du 13 novembre 2020, nuancé son propos en proposant de maintenir l'arrêt de travail à 100 % en raison de la limitation importante au niveau des deux épaules du recourant.

Dans un rapport du 13 juillet 2020, la Dre H._____ a, pour sa part, proposé une évaluation globale à l'[...] du CHUV au vu des multiples atteintes somatiques constatées chez le recourant (contexte traumatique

de 2002 ayant touché le pied et la cheville droits, contexte douloureux scapulaire bilatéral et contexte douloureux rachidien) pour fixer des limitations fonctionnelles (provisoires ou définitives) et guider le recourant vers la réorientation professionnelle la plus adaptée.

Quant au Dr F._____, il a, dans un rapport du 17 août 2022, indiqué que, du point de vue musculosquelettique, la capacité de travail du recourant pouvait être partielle dans un emploi plutôt sédentaire sans port de charge au-delà de cinq kilos répétitif, ni mouvements rotatoires des membres supérieurs, ni travail nécessitant une mobilité au-dessus de l'horizontale ; ce médecin insistait toutefois sur la nécessité d'une expertise médicale afin de déterminer la capacité de travail du recourant.

bb) Plusieurs médecins (à savoir les Drs F._____, I._____, et W._____) ont également souligné l'existence de facteurs étrangers à l'atteinte à la santé et, vraisemblablement, la présence d'un contexte psychopathologique jouant un rôle défavorable à la reprise d'une activité professionnelle. Dans ce contexte, le SMR a cherché à recueillir, ainsi que le suggérait le Dr W._____, des renseignements auprès du psychiatre traitant du recourant, le Dr L._____ (rapports des 16 mars et 19 avril 2021). Ce médecin a indiqué - comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail - la présence d'un trouble dépressif, attestant une incapacité de travail de l'assuré de 50 % depuis novembre 2020 et de 100 % depuis le 1^{er} décembre 2020. Le psychiatre traitant s'est toutefois montré particulièrement laconique et peu clair dans ses réponses, ne permettant pas en particulier, contrairement à ce que soutient le SMR (cf. rapport du 1^{er} juin 2021 du DrG._____), de déterminer si et dans quelle mesure une atteinte à la santé psychiatrique a une influence sur la capacité de travail du recourant. Dans ses réponses complémentaires du 19 avril 2021, il a d'ailleurs indiqué qu'il n'avait pas procédé lui-même à l'évaluation de la capacité de travail, mais qu'elle avait été retenue par une autre collègue en raison d'une autre pathologie.

c) En l'absence d'une instruction médicale exhaustive examinant la problématique dans sa globalité, l'instruction doit être

complétée. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Compte tenu de la complexité de la situation et l'intrication de problèmes somatiques et psychologiques, l'office intimé procédera à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédie, rhumatologie et psychiatrie) conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur la demande du recourant.

5. Compte tenu de l'issue du litige, la question du calcul du taux d'invalidité n'a pas à être examinée à ce stade et peut rester ouverte.

6. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 4'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 27 avril 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C. _____ une indemnité de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Irina Brodard-Lopez (pour C._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :