

# VD\_FINDINFO AI 246/20 - 346/2022 vom 21. November 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-11-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_246\\_20\\_-\\_346\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_246_20_-_346_2022)

FR: VD\_FINDINFO AI 246/20 - 346/2022 du 21 novembre 2022

IT: VD\_FINDINFO AI 246/20 - 346/2022 del 21 novembre 2022

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE, ADMISSION DE LA DEMANDE | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 21

novembre 2022 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Pasche , présidente M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseur Greffière : Mme Lopez \*\*\*\*\* Cause pendante entre : R. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI E n f a i t : A. R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, ressortissant slovène, marié et père de trois enfants nés respectivement en 2006, 2010 et 2014, au bénéfice d'un permis C, cariste à plein temps auprès de D. \_\_\_\_\_ depuis 1996, a déposé le 23 juillet 2008 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état d'une incapacité de travail depuis le 1 er mars 2008. Dans la mesure toutefois où il a repris son emploi à plein temps le 1 er septembre 2008, sa demande de prestations a été rejetée par décision du 8 juin 2009. B. L'assuré a été victime d'un accident en 2012, lors duquel il a chuté d'une camionnette sur le bras gauche. Le 11 juin 2014, il a subi une arthroscopie diagnostique, avec décompression sous-acromiale et sous-claviculaire de l'épaule gauche, pour un syndrome sous-acromial. M. \_\_\_\_\_, l'assureur perte de gain de l'employeur, a annoncé à l'OAI, le

### E. 24

novembre 2014, le cas de l'assuré en détection précoce, en indiquant avoir servi des indemnités journalières du 22 mars au 27 avril 2014, puis dès le 21 mai 2014. Le 25 novembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant présenter des problèmes à l'épaule gauche à la suite d'une chute, l'atteinte existant depuis « 2011 et 2012 ». Il a précisé qu'il était suivi par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans un rapport du 19 décembre 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré présentait un conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Comme restrictions physiques, il a signalé des douleurs en abduction au-dessus de 90° et lors de ports de charges, même légers. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 11 juin 2014 avec une reprise du travail à 50 % prévue le 5 janvier 2015. Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 23 décembre 2014, D. \_\_\_\_\_ a indiqué que le début de l'activité remontait au 13 janvier 1997 et que l'assuré travaillait en qualité de cariste, précisant que le salaire annuel était de 57'941 fr. depuis le 1 er janvier 2014. M. \_\_\_\_\_ a confié un mandat d'expertise au Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste

en chirurgie orthopédique, qui a examiné l'assuré le 11 mars 2015. Dans son rapport du 16 mars 2015, l'expert a posé le diagnostic de syndrome de conflit sous-acromial gauche. Il a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans la profession de cariste depuis le 11 juin 2014, précisant que cette activité devrait être abandonnée définitivement et un reclassement professionnel dans une activité moins physique envisagée. La capacité de travail devait selon lui faire l'objet d'une nouvelle évaluation après une intervention chirurgicale d'ores et déjà programmée. Le 22 avril 2015, une acromioplastie ouverte et ablation de l'extrémité distale de la clavicule gauche a été réalisée par le Dr H.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 8 octobre 2015, réceptionné le 9 novembre 2015 par l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome d'empiètement de l'épaule gauche et d'hémisynonyme sensitif gauche. Sans incidence sur la capacité de travail, il a évoqué une cure d'hernie inguinale et une tachycardie supraventriculaire. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné le travail au-dessus de la tête et le de port de charges supérieures à

## **E. 25**

kg. Il était d'avis que la capacité de travail était de 100 % dans un poste adapté. Interpellé par l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 18 novembre 2015, que les douleurs de l'épaule gauche persistaient et que les limitations fonctionnelles consistaient dans des douleurs plus ou moins fortes dans tous les mouvements du bras gauche au-dessus de 45° d'abduction. L'incapacité de travail demeurait totale depuis le 11 juin 2014 dans l'activité habituelle. A la question de savoir quelle était la capacité de travail dans une activité adaptée, il a répondu que si l'activité était vraiment adaptée, la capacité de travail ne pouvait être que de 100 %, sans préciser depuis quand. Dans un avis du 23 mai 2016, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), ont retenu une incapacité de travail de 100 % du 22 mars au 23 avril 2014, et du 21 mai 2014 au 4 janvier 2015, puis de 50 % du 5 janvier au 8 novembre 2015. Ils ont estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible compte tenu de l'atteinte à l'épaule gauche, mais que l'assuré présentait en revanche depuis le 9 novembre 2015 (sur la base du dernier rapport du Dr L.\_\_\_\_\_) une pleine capacité de travail dans une activité adaptée d'épargne de l'épaule gauche, soit dans une activité n'impliquant pas le bras au-dessus de la tête ni le port de charges avec le bras gauche. Dans un projet de décision du 3 août 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles estimant que s'il ne pouvait plus exercer son activité habituelle de cariste, une pleine capacité de travail était exigible de sa part depuis le 5 janvier 2015 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sans entraîner de préjudice économique. Le 16 août 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_ a établi un certificat médical mentionnant que l'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis le 11 juin 2014 pour une « durée indéterminée pour toutes branches, certificat valable pour septembre 2016 ». Dans un courrier du 9 septembre 2016, l'assuré a formulé des objections contre le projet de décision de l'OAI, alléguant notamment qu'outre son suivi médical pour l'épaule gauche, il bénéficiait également d'un suivi psychologique auprès du Dr P.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 10 octobre 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère et de trouble panique, en faisant état d'une incapacité de travail totale tant pour des raisons physiques que psychiques. Sur le plan thymique, l'assuré présentait des symptômes d'un épisode dépressif sévère, soit une thymie abaissée, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Il relatait également une

diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil et une diminution de l'appétit. Sur le plan anxieux, le Dr P. \_\_\_\_\_ a mentionné des attaques récurrentes d'anxiété sévère et de survenue brutale avec des palpitations cardiaques, des douleurs thoraciques, ainsi que des sensations d'étourdissement avec une peur secondaire de perdre le contrôle de soi. Le pronostic était réservé selon lui au vu de la chronicisation des symptômes. Le 19 décembre 2016, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que son patient présentait un syndrome douloureux chronique de l'épaule gauche, qui était aggravé au dernier contrôle du 22 novembre 2016. Se déterminant le 20 mars 2017 sur le dossier, la Dre C. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il y avait lieu de continuer l'instruction du dossier. Interpellé par l'OAI, le Dr P. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 27 mars 2017, que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient les suivants : épisode dépressif moyen et trouble panique. Il a précisé que l'évolution était stationnaire depuis son dernier rapport et que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle probablement depuis avril 2015. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était à évaluer, le Dr P. \_\_\_\_\_ précisant qu'elle était probablement nulle. Sur questions complémentaires de l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ a fait état, le 11 avril 2017, d'une évolution stationnaire, l'incapacité de travail demeurant totale depuis le 11 juin 2014, sans se déterminer sur la capacité de travail dans une activité adaptée dès lors qu'il n'était plus consulté par l'assuré. Le 18 mai 2017, la Dre C. \_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Un mandat d'expertise a alors été confié par le biais de Swissmedap à K. \_\_\_\_\_, et plus particulièrement aux Drs T. \_\_\_\_\_, médecin praticien, O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. L'assuré a été convoqué les 27 septembre 2018, 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2018, pour être examiné par les médecins précités, qui ont rendu leur rapport le 30 novembre 2018. Au terme de leur évaluation consensuelle, ils ont retenu ce qui suit : « 1.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail 1. F41.1 Anxiété généralisée 2. F51.0 Insomnie non organique 3. Status post chirurgie de l'épaule gauche. 1.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail 1. F32.1 État dépressif moyen actuellement stabilisé 2. F45.2 Trouble hypocondriaque 3. Surpoids avec IMC 31.5 4. Déconditionnement physique avec obésité 5. HTA [hypertension artérielle] modérée non traitée 2008 6. Douleurs thoraciques atypiques depuis 2008 sans étiologie retrouvée 7. Acouphènes bilatéraux idiopathiques 2008 8. Rhinosinusite chronique et otites à répétition 2008 9. Paralysie du sommeil 2008 10. Hémisyndrome sensitif gauche 2008. [...] 1.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge · Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles Du point de vue psychiatrique, la personne assurée ne peut plus travailler en horaires décalés, elle est préoccupée par son état de santé psychique. La fatigue physique est visible le jour de l'entretien et semble être en lien avec les troubles du sommeil entre autres. Sur le plan rhumatologique, la personne assurée est capable d'effectuer un travail sans port de charge supérieure à 5 kg et sans activité au-dessus de la tête avec son épaule gauche. Une activité qui demande une sécurité augmentée telle que monter sur des échafaudages ou des échelles doit être évitée. Du point de vue de la médecine interne, il n'y a pas de limitation fonctionnelle. [...] 1.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici · Rétrospectif Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était nulle depuis 2014 dans l'activité habituelle comme chauffeur-livreur qui n'est plus possible avec les horaires de nuit. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail restera à 0 % en

tant que chauffeur-livreur depuis le 11.06.2014. Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail est théoriquement de 100 % depuis toujours. Par contre, la capacité de travail comme chauffeur de poids lourds représente un risque pour la personne assurée elle-même et pour les autres au vu de la prise des psychotropes et d'anxiolytiques. · Actuel Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 0 %. · Évolutif/Pronostic Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail restera inchangée. 1.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée · Rétrospectif Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était nulle durant les années 2014, 2015 et 2016 selon le dossier médical. Elle est remontée à 50 % dès mars 2017 au vu des dernières évaluations du médecin psychiatre dans un poste adapté. La personne assurée ne peut pas travailler avec des horaires décalés. Du point de vue rhumatologique, dans une activité adaptée, la capacité de travail aurait toujours dû être de 100 %, sauf après les opérations le 11.06.2014 et le 22.04.2015, où la capacité de travail a été de 0 % pendant un mois. Du point de vue de la médecine interne, il n'y a pas de limitation fonctionnelle. · Actuel Du point de vue psychiatrique : 50 % (4h). Du point de vue rhumatologique : 100 %. Du point de vue de la médecine interne : 100 %. Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 50 %. • Évolutif/Pronostic Du point de vue psychiatrique, dans un poste adapté, la capacité de travail pourra s'améliorer à condition de maintenir le suivi actuel. Elle devrait être de 100% dans un délai de 3 mois après la reprise de travail à 50 %. Du point de vue rhumatologique, dans un poste adapté en tenant compte des limitations fonctionnelles, le taux se maintiendra à 100 %. Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail devrait rester de 100 %. » Dans un avis du 24 janvier 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expertise. Dans un projet de décision du 28 juin 2019, annulant et remplaçant le précédent projet du 3 août 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière dès le 1 er mai 2015, puis un quart de rente dès le 1 er juin 2017. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 20 mai 2015, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière depuis cette date, mais qu'à compter de mars 2017, il présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 5 kg, sans mouvements du bras gauche au-dessus de la tête et sans horaires de travail décalés, ce qui entraînait le droit à un quart de rente dès le 1 er juin 2016. Pour déterminer le degré d'invalidité, l'OAI a comparé un revenu hypothétique sans atteinte à la santé de 58'814 fr. 29 fixé selon les informations communiquées par l'employeur à un revenu pouvant être réalisé dans une activité adaptée qui a été arrêté à 60'363 fr. 56 pour un taux d'activité de 100 % et à 30'181 fr. 78 pour un taux de 50 % sur la base des données ressortant de l'enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (avec un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation). Dans le cadre des objections formulées les 4 juillet et 26 septembre 2019 à l'encontre de ce projet de décision, le recourant, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, a allégué qu'il n'était pas en mesure de travailler et a contesté le taux d'abattement de 10 % opéré par l'OAI sur le revenu avec invalidité pris en compte pour le calcul du degré d'invalidité. Le 15 novembre 2019, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 8 novembre 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_ rappelant qu'il suivait l'assuré depuis le 18 juin 2016 pour une symptomatologie anxieuse et dépressive développée dans un contexte de douleurs chroniques. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de trouble panique. Face un tel tableau clinique et sans amélioration notable depuis plusieurs années, il ne voyait pas comment l'assuré pourrait retrouver une capacité de

travail à 100 % si ce n'était éventuellement par l'intermédiaire de mesures thérapeutiques à visée réhabilitative proposées habituellement par l'assurance-invalidité. Une nouvelle augmentation du traitement médicamenteux était en cours d'évaluation mais l'assuré avait du mal à supporter les effets indésirables de ces traitements qui entraînaient une fatigue augmentée. Le psychiatre traitant a précisé, sur le plan dépressif, la présence d'une thymie abaissée, d'une fatigabilité augmentée, d'une diminution très nette de l'élan vital, d'une diminution des facultés cognitives, de ruminations anxieuses, de somatisations sous forme de céphalées et d'une idéation suicidaire non scénarisée, le recourant se sentant retenu par le fait d'être père de trois enfants. Sur le plan anxieux, le Dr P. \_\_\_\_\_ relevait des attaques récurrentes d'anxiété sévère de survenue brutale avec les symptômes neuro-végétatifs habituellement associés, soit des palpitations cardiaques et des étourdissements que le recourant décrivait comme des impressions d'être sur un bateau. Dans un courrier du 29 avril 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il maintenait sa position et qu'une décision dans ce sens lui parviendrait prochainement. Par décision du 22 juin 2020, l'OAI a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière d'invalidité d'un montant de 1'755 fr. du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 mai 2017, puis d'un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017 d'un montant de 439 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2017 au 31 décembre 2018, et de 439 fr. à compter du 1<sup>er</sup> juin 2019. Une rente pour enfant lui a également été allouée pour ses trois enfants. C. Par acte de son conseil du 24 août 2020, R. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2015, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 mai 2017, puis d'une demi-rente au moins dès le 1<sup>er</sup> juin 2017, plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérant. Il fait valoir que l'OAI a rendu sa décision sur la base d'une documentation médicale incomplète, dans la mesure où il présente des limitations aux deux épaules et non seulement à l'épaule gauche. A l'appui de cette allégation, il a produit un courriel du Dr H. \_\_\_\_\_ à son conseil du 17 août 2020 faisant état d'un syndrome sous-acromial avec arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite étayé par une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 24 juillet 2020 et d'une capacité de travail complète dans une activité n'impliquant pas de positions prolongées des membres supérieurs, de port de charges avec les membres supérieurs de plus d'un kilo, ni de mouvements au-dessus de 90° d'abduction. Le recourant expose ensuite que la capacité de travail de 50 % retenue est insuffisante, compte tenu de ses atteintes somatiques. En dernier lieu, il soutient que même si une capacité de travail de 50 % était retenue dans une activité adaptée, l'abattement de 10 % opéré par l'OAI serait manifestement insuffisant, la nature de ses troubles étant susceptible de compromettre sa réinsertion professionnelle. Il estime qu'un abattement de 15 % aurait dû être effectué, avec pour conséquence qu'un droit à une demi-rente serait ouvert. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail à compter du mois de mars 2017. Le 22 septembre 2020, il a produit un rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 2020 posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère et de trouble panique et concluant à une incapacité de travail totale. Par écriture du 2 novembre 2020, l'intimé a proposé de réinterroger le médecin traitant du recourant et a produit un avis du SMR du 6 octobre 2020, cosigné par les Drs F. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, mentionnant qu'il existait un doute sur une éventuelle aggravation de l'état psychique du recourant depuis la réalisation de l'expertise de K. \_\_\_\_\_. Dans une détermination du 4 janvier 2021, le recourant a maintenu sa

position et déclaré ne pas s'opposer à l'interpellation du Dr P.\_\_\_\_\_. Interpellé par la juge instructrice, le Dr P.\_\_\_\_\_ a répondu, le 12 février 2021, ne pas pouvoir donner suite à la demande d'informations qui lui était faite. Dans ses déterminations du 15 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, estimant que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé, auquel cas le psychiatre traitant aurait fait son possible pour répondre à la demande du tribunal. Le 16 avril 2021, se déterminant à son tour sur le courrier du Dr P.\_\_\_\_\_, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, précisant qu'il était suivi hebdomadairement par une infirmière en psychiatrie à domicile en sus des consultations mensuelles avec son psychiatre traitant. Dans un courrier du 29 juin 2021, il a réitéré sa demande d'expertise judiciaire. Dans une écriture du 12 juillet 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions, estimant par ailleurs qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place une expertise face au refus de collaborer du psychiatre traitant dont l'avis incomplet devait être écarté. La juge instructrice a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique qui a été réalisée le 14 décembre 2021 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 23 décembre 2021, l'expert a posé les diagnostics suivants : « - Trouble dépressif caractérisé, épisode récurrent, sévère F33.2 (296.33) - Trouble panique F41.0 (300.01) - Agoraphobie F40.00 (300.22) - Trouble de conversion avec symptômes associés F44.7 (300.11) - Trouble à symptomatologie somatique, chronique, moyen F45.1 (300.82) - Dépendance aux anxiolytiques, moyenne F13.20 (304.10) » Il a confirmé que l'état de santé psychique du recourant s'était aggravé, précisant qu'il était probable que l'aggravation ait débuté au début de l'année 2019. Concernant la capacité de travail, il a conclu qu'elle était nulle dans toute activité. Il ne partageait par ailleurs pas l'appréciation de l'expertise de K.\_\_\_\_\_, estimant que la capacité de travail du recourant était déjà nulle le 30 septembre 2018 dans toute activité et qu'il était probable que lors du licenciement du recourant en 2015, il n'existait déjà plus de ressources adaptatives pour reprendre une activité lucrative sur le marché de l'emploi. Dans une écriture du 17 janvier 2022, le recourant s'est prévalu de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ pour soutenir que l'expertise de K.\_\_\_\_\_ n'était pas probante. Il a confirmé sa conclusion principale tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 et retiré sa conclusion subsidiaire. Se déterminant à son tour sur l'expertise judiciaire dans une écriture du 25 janvier 2022, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 18 janvier 2022 qu'il a produit. Dans ce rapport, le SMR a relevé que les évaluations des Drs B.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ étaient deux interprétations différentes sur une même période, et que l'analyse différente du Dr B.\_\_\_\_\_ était décrite, expliquée et confortée par l'évaluation clinique a posteriori. Le SMR a conclu que l'expertise judiciaire lui semblait convaincante. 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 compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur l'étendue du droit du recourant à

une rente d'invalidité. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 22 juin 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art.

## **E. 28**

al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C\_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 2.2). L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité RS 831.201) (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3068 et les références citées ; TF 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer

l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). 5. En l'occurrence, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 mai 2017, puis à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2017, sans limitation dans le temps. a) Au plan somatique, le recourant a présenté une incapacité de travail totale depuis juin 2014 dans son activité habituelle de cariste, en raison de l'atteinte dont il souffre à l'épaule gauche. Son activité habituelle n'est désormais plus exigible, ce qui n'est à juste titre pas contesté. Tous les médecins ayant examiné le recourant s'accordent ensuite sur le fait que l'atteinte à l'épaule gauche n'est pas un obstacle à l'exercice à plein temps d'une activité adaptée d'épargne de l'épaule. Le recourant ne conteste pas l'appréciation qui précède, mais soutient à l'appui de son recours qu'il présente aussi une atteinte au niveau de l'épaule droite qui n'aurait pas été prise en compte par l'intimé. Or c'est une atteinte de l'épaule gauche qui a motivé le dépôt de la deuxième demande de prestations, et ce n'est qu'après la notification de la décision attaquée que le recourant a invoqué pour la première fois une atteinte au niveau de l'épaule droite. Le Dr W. \_\_\_\_\_, lorsqu'il a examiné le recourant pour le compte de l'assureur perte de gain en 2015, a constaté une atteinte à l'épaule gauche, alors qu'il a bien examiné les deux épaules (rapport du 20 mars 2015, p. 3). L'expert rhumatologue de K. \_\_\_\_\_ a lui aussi procédé à un examen clinique complet du recourant, observant, au niveau de l'épaule droite, que son apparence était normale, qu'il n'y avait aucune limitation des amplitudes, que le testing de la coiffe était négatif et que la palpation était indolore (rapport d'expertise, p. 48).

Dans un courriel du 17 août 2020 au conseil du recourant, le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionne certes la présence d'un syndrome sous-acromial avec arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite et fait état d'une limitation également au niveau de l'épaule droite, mais admet que sur le plan orthopédique, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée (sans positions prolongées des membres supérieurs, sans port de charge avec les membres supérieurs de plus d'un kilo et sans mouvements au-dessus de 90° d'abduction). Dans ces conditions, le recourant ne saurait prétendre au maintien du droit à une rente au-delà du 31 mai 2017 en raison d'une atteinte à la santé sur le plan somatique. b) Au plan psychiatrique, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif et de trouble panique et estimé que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité vraisemblablement depuis avril 2015. L'experte psychiatre de K. \_\_\_\_\_ a quant à elle posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'anxiété généralisée et d'insomnie non organique. Sans effet sur la capacité de travail, elle a retenu un état dépressif moyen et un trouble hypocondriaque. L'experte O. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail sur le plan psychique avait été nulle dans toute activité en 2014, 2015 et 2016, mais qu'elle était de 50 % depuis mars 2017 dans une activité n'impliquant pas de travailler avec des horaires décalés. Elle était en outre d'avis qu'avec le maintien du suivi psychiatrique en cours, la capacité de travail devrait augmenter à 100 % dans un délai de trois mois après la reprise de travail à 50 %. Dans la mesure où une péjoration au niveau psychiatrique semblait être survenue depuis de l'expertise de K. \_\_\_\_\_, une expertise judiciaire psychiatrique a été mise en œuvre et confiée au Dr B. \_\_\_\_\_. L'expert judiciaire a procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base de l'ensemble du dossier médical, qu'il a résumé ; il a tenu compte des plaintes et déclarations du recourant, a décrit son quotidien, et dressé une anamnèse détaillée aussi bien sur le plan personnel que professionnel, social et médical. Il a en outre procédé à un examen du recourant et s'est prononcé de manière circonstanciée sur les diagnostics retenus et leurs conséquences sur la capacité de travail. Il a retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, de trouble panique, d'agoraphobie, de trouble de conversion avec symptômes associés, de trouble à symptomatologie somatique, chronique, moyen, et de dépendance aux anxiolytiques. Il a expliqué de manière étayée les raisons l'ayant conduit à retenir les diagnostics précités et a commenté les diagnostics posés par les autres psychiatres (rapport d'expertise, p. 56 à 60 et 67 à 68). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a observé une aggravation de l'état de santé psychique du recourant qu'il fait remonter au début de l'année 2019 dans un contexte d'important conflit de couple (rapport d'expertise, p. 61 et 62). En particulier, l'épisode dépressif devait être qualifié de sévère au jour de l'expertise au vu des symptômes thymiques majeurs mis en évidence lors de l'examen et au vu des évaluations selon les échelles de Hamilton et de Beck. Il relève que le dosage du traitement antidépresseur avait été doublé en octobre 2018, passant de 100 mg à la dose maximale de 200 mg, ce qui avait probablement permis d'éviter que l'état du recourant ne soit encore plus grave. L'expert a également examiné la présence d'un trouble de la personnalité et relevé la présence de traits abandonniques faisant partie de la personnalité limite et dont la décompensation influençait les atteintes psychiques présentes chez le recourant (p. 69 à 71). L'expert a par ailleurs déterminé le degré de gravité de l'atteinte à la santé et la capacité de travail du recourant en examinant les ressources, les bienfaits du traitement médical, les plaintes et l'anamnèse et conclu à des limitations très importantes aussi bien dans un contexte professionnel que privé. Sur le plan psychique et mental, les limitations fonctionnelles principales retenues étaient une baisse notoire de la capacité adaptative et de l'endurance, une faible résistance au stress, une

incapacité à se projeter dans l'avenir, une baisse globale de l'énergie vitale et de la motivation, une dévalorisation et perte de confiance en soi, une perte de l'autonomie, un besoin d'accompagnement et de soutien, des préoccupations hypocondriaques pouvant décompenser en cas d'exposition à un stress supplémentaire. Il a conclu que la capacité de travail était nulle dans toute activité déjà lors de l'expertise de K.\_\_\_\_\_, estimant par ailleurs que les ressources du recourant étaient vraisemblablement épuisées déjà depuis son licenciement en 2015. L'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr B.\_\_\_\_\_ rejoint ainsi celle du psychiatre traitant, mais s'écarte de celle de l'experte O.\_\_\_\_\_ dont les conclusions ne convainquent pas. La Dre O.\_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail pour des raisons psychiques avait débuté en 2014, sans étayer cette appréciation, qui ne ressort pas des autres pièces versées au dossier. En particulier, le psychiatre traitant a quant à lui fait remonter le début de l'incapacité de travail à avril 2015. La Dre O.\_\_\_\_\_ a ensuite retenu que la capacité de travail était remontée à 50 % dans une activité adaptée dès mars 2017 au vu des dernières évaluations du psychiatre traitant. Si en mars 2017 le Dr P.\_\_\_\_\_ avait effectivement fait état d'un épisode dépressif moyen, alors qu'il l'avait qualifié de sévère en octobre 2016, il avait tout de même indiqué que l'évolution était stationnaire depuis son dernier rapport et que la capacité de travail était probablement nulle également dans une activité adaptée. L'appréciation peu motivée de la Dre O.\_\_\_\_\_ ne peut ainsi être suivie et il y a lieu de retenir que la capacité de travail du recourant sur le plan psychique ne s'est pas améliorée en 2017 mais qu'elle est restée nulle. L'intimé semble du reste adhérer à cette appréciation, puisqu'il n'a pas contesté le rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ et s'est référé à l'avis du SMR concluant que l'analyse différente du Dr B.\_\_\_\_\_ était convaincante et confortée par l'évaluation clinique a posteriori. Il y a ainsi lieu de retenir une capacité de travail nulle dans toute activité au plan psychiatrique depuis 2015. Au vu de ce qui précède, le recourant a ainsi droit à une rente entière, non limitée dans le temps, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2015. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> mai 2015. 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) Obtenant gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'500 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 mettre à la charge de l'intimé.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.