

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 638 vom 30. Oktober 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__638

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 638 du 30 octobre 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 638 del 30 ottobre 2023

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, ADMISSION DE LA DEMANDE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2023 / 638

RENTE D'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, ADMISSION DE LA DEMANDE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 148/22 - 285/2023 ZD22.022576 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 30 octobre 2023 _____ Composition : M. Piguet , président
MM. Neu et Parrone, juges Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre :
K. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et
Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 6 s., 17 al. 1, 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88 a al. 1 RAI E n f a i t : A. Ressortissant portugais né en [...], K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a travaillé comme peintre en carrosserie. Arrivé en Suisse en [...], il a exercé ce métier à plein temps jusqu'à la mi-août 2017. Souffrant principalement de lombalgies chroniques, l'assuré a déposé une demande de détection précoce suivie du dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 13 novembre 2017. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est vu communiquer le dossier d'A. _____ Assurance Maladie SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, lequel contenait notamment un rapport d'expertise psychiatrique du 1 er novembre 2018 du Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ainsi qu'un rapport d'expertise médicale du 15 novembre 2018 du Dr W. _____, spécialiste en rhumatologie, puis a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré, soit les Drs Q. _____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et psychogériatrie (rapport du 26 juin 2019), P. _____ (rapport du 8 juillet 2020) et F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation (rapport du 10 septembre 2020). Dans ce dernier rapport, le Dr

F. _____ a posé les diagnostics de lombopygalgies handicapantes dans un contexte de spondylo-discarthrose pluri-étagée L2-S1 (avec composante de micro-instabilité segmentaire L3-L4), d'étranglement plus marquée au niveau foraminaux L3-L4 gauche (source de conflit potentiel vis-à-vis de la racine L3), d'arthropathie postérieure en poussée fluxionnaire pluri-étagée, de défaut de stabilisation du plan musculaire profond paravertébral, de troubles statiques avec perte de la lordose lombaire, d'hyperlaxité ligamentaire avec effondrement axial (réductible) et de dysbalances musculaires des longs haubans scapulo-thoraciques sursollicitant l'axe lombaire et des secteurs sous-pelviens antérieurs à l'origine d'un embarquement du bassin dans le plan horizontal lors du rétro-Lasègue. Après avoir soumis le dossier à son Service médical régional (SMR ; avis du 13 octobre 2020), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie) au L. _____ SA de [...]. Dans leur rapport du 26 mars 2021, les Drs X. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, E. _____, médecin praticien, et S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics de lombo-cruralgies gauches sur atteinte d'un disque intervertébral L3-L4, non déficitaires, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de migraines sans aura. En guise de conclusions, les experts ont estimé que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (Médecine physique et réadaptation : « changement possible de positions assis-debout [plus ou moins table de travail ergonomique réglable], pas de position en porte à faux sur le rachis, pas de port répété de charges légères supérieures à 5 – 10 kg, pas de manipulation de machines dangereuses dans le contexte de la prise de Tramadol® » ; Psychiatrie : « tristesse et humeur dépressive, un sentiment d'infériorité, de dévalorisation et d'inutilité, avec nervosité et élan vital perturbé, des idées noires avec scénario » ; Médecine interne : « migraines sans aura »), la capacité de travail résiduelle de l'assuré était de 80 % (100 % avec une baisse de rendement de 20 % en raison de la migraine) d'août 2017 à janvier 2019 et de 50 % depuis lors en raison des symptômes dépressifs. Selon l'expert psychiatre, en cas d'évolution positive six mois après un changement du traitement antidépresseur, une capacité de travail de 100 %, sans baisse de rendement, pouvait être attendue. Après avoir soumis l'expertise précitée au SMR (avis du 29 avril 2021), l'OAI a, par projet de décision du 12 novembre 2021, fait part à l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2019, puis à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2019, conditionné à la stricte obligation de suivre le changement de traitement antidépresseur tel que recommandé par l'expert psychiatre. A l'appui de ses objections du 15 novembre 2021, l'assuré, représenté par Me Rachid Hussein, a produit un rapport du 5 décembre 2021 du Dr P. _____, lequel s'est exprimé sur les conclusions du volet de la médecine interne du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 mars 2021 comme il suit : [...] Plusieurs points de cette annexe de l'expertise me paraissent critiquables : • La description des symptômes et de l'anamnèse correspond bien à la réalité vécue par le patient et à mes observations, • L'évaluation de la douleur est correctement fixée à 6/10, de même que l'évaluation du dérouillage matinal, fixé entre 30 et 45 minutes, il manque cependant l'évaluation des épisodes aigus en fréquence et en intensité, • Il est surprenant de constater, au vu de ce qui précède, qu'un seul diagnostic incapacitant ait été retenu par l'expert celui de « migraine sans aura », sans tenir compte des lombalgies chroniques avec épisodes aigus de lombosciatiques, les cervicalgies chroniques avec cervico-brachialgies aiguës et le déconditionnement musculaire, • La non-réponse aux questions posées par le conseil du patient et notamment sur l'évaluation de l'impact sur l'état de santé et sur la capacité de travail du patient du fait qu'il soit victime de

plusieurs pathologies différentes intriquées, • Enfin le fait que l'expert en médecine interne n'ait pas joué le rôle de modérateur du collège des experts à la recherche d'un consensus pour parvenir à une évaluation pluridisciplinaire de la capacité du patient. Au vu de ce qui précède, la conclusion est logique ne reconnaissant qu'une limitation du rendement, y compris pour la profession du patient de peintre carrossier, ne reconnaissant pas, de ce fait, les limitations que j'ai à maintes fois listées : • Ne peut rester en position fixe plus de 20 minutes, • Ne peut se fléchir en avant, ne peut assurer des rotations du tronc, • Ne peut marcher plus de 15 minutes en terrain accidenté, • Ne peut travailler les bras au-dessus de la tête, • Ne peut travailler accroupi ou à genoux (ce qui est totalement incompatible avec la pratique du métier de peintre carrossier), • Ne peut soulever-porter plus de 7 kgs, • Sa capacité de résistance est très limitée • Lors de poussées aiguës inflammatoires ou hyper-algiques la capacité de travail, y compris dans une profession adaptée est nulle. Après avoir recueilli les déterminations du SMR (avis du 11 janvier 2022), l'OAI a, par décision du 5 mai 2022, alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juillet au 30 septembre 2019, puis une demi-rente depuis le 1^{er} octobre 2019, conformément à la teneur de son projet de décision du 12 novembre 2021. B. a) Par acte déposé le 7 juin 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, K. _____, alors représenté par Me Hussein, a recouru contre la décision du 5 mai 2022, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité ; subsidiairement à la réforme de la décision querellée en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité d'un taux à évaluer selon les précisions à apporter par un complément d'expertise, respectivement une contre-expertise ; plus subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour reprise de l'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, l'assuré reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du L. _____. Dans le cadre de la détermination de son degré d'invalidité, il estimait qu'il y avait lieu de retenir un abattement « pas inférieur à 20 % » dans la fixation du salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé, ce qui, selon ses propres calculs, aboutirait à un taux d'invalidité « pas inférieur à 60 % » lui ouvrant le droit à trois quarts de rente au moins. b) Dans sa réponse du 5 juillet 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. En substance, il a souligné le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire du L. _____, renvoyant à l'avis SMR du 11 janvier 2022. c) Dans sa réplique du 12 janvier 2023, l'assuré a persisté dans ses précédentes conclusions. Il a fait verser en la cause un rapport non daté du Dr P. _____, indiquant présenter une aggravation de son état de santé « entraînant des douleurs importantes et constantes » avec des limitations fonctionnelles justifiant de revoir le taux d'abattement retenu par l'OAI, lequel était « largement sous-évalué ». On extrait ce qui suit de ce rapport du Dr P. _____ : [...] Malgré toutes les prises en charges effectuées, l'évolution du patient est restée dramatiquement insatisfaisante, les douleurs constantes ayant même imposé depuis cette année l'instauration d'un traitement par morphine (Palexia) qui améliore un peu la symptomatologie au repos modifiant peu les symptômes apparaissant lors de la réalisation d'activités physiques. Sur ce tableau sont apparus, plus récemment, des pathologies qui viennent compliquer sa pathologie rachidienne : - des podalgies bilatérales sur tendinopathies et lésions arthrosiques des articulations de Lisfranc, - des gonalgies bilatérales avec lésions méniscales internes à droite et externe[s] à gauche avec lésion du plateau tibial externe à droite, - des céphalées et migraines sévères, - un état anxiodépressif avec épisodes sévères ayant nécessité l'instauration d'une prise en charge psychiatrique (Dr

[...] Psychiatre à [...]), symptomatologie aggravée par la chronicité des symptômes algiques et par les difficultés sociales et familiales générées par la situation du patient. Ces différents éléments ont été transmis à l'Office AI du canton de Vaud, sans que les expertises contenues dans le dossier de patient n'intègrent réellement les conséquences de cette complexité symptomatologique, ne retenant que les lombalgies et les migraines. d) Dans sa duplique du 6 février 2023, l'OAI a maintenu sa position, faisant valoir que le dernier rapport du Dr P._____ ne rendait pas compte d'atteintes à la santé, respectivement de limitations fonctionnelles, antérieures à la date de la décision attaquée du 5 mai 2022. e) Dans son écriture complémentaire du 13 février 2023, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a souligné une nouvelle fois que les avis SMR des 29 avril 2021 et 11 janvier 2022 et le rapport d'expertise du L._____ ne pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a annoncé la production prochaine de rapports médicaux supplémentaires. f) Dans des déterminations spontanées du 1^{er} mars 2023, l'assuré a indiqué maintenir la totalité des conclusions prises dans ses précédentes écritures. Il insistait sur le caractère incomplet du rapport du L._____, déplorant notamment l'absence de discussion des interactions médicamenteuses, singulièrement de l'usage à long terme d'opioïdes, des contradictions dans les conclusions de l'expert psychiatre ainsi que l'analyse insuffisante de la problématique psychiatrique et des gonalgies. g) Dans son écriture du 30 mars 2023, l'OAI a indiqué que les critiques de l'assuré n'étaient pas de nature à modifier sa position. Il a produit un avis SMR du 7 mars 2023 auquel il se ralliait. h) Le 24 avril 2023, l'assuré a fait verser en la cause un rapport du 27 mars 2023 du Dr F._____, dont on extrait ce qui suit : 4. D'une manière générale, quels sont les éléments sur lesquels vous êtes en désaccord avec l'expertise pluridisciplinaire du L._____ ? • En cas d'atteinte irritative neurogène, voire de déstabilisation segmentaire, on pourrait envisager une spondylodèse de L2/S1. Les experts (le Dr [...] du Service de Neurochirurgie du CHUV, le Dr [...] de la Clinique [...] à [...], le Prof. [...] de la Clinique [...], puis le Dr [...] de la Clinique [...]) : fort de leurs expériences sont unanimes : « La fixation d'un segment rachidien augmente les contraintes sur les niveaux sus et sous-jacents, responsable à leur tour de troubles dégénératifs ouvrant dès lors à nouveau la porte vers un cortège douloureux de déstabilisation segmentaire, voire d'atteinte neurologique à moyen terme. » En cas de recours à un long montage, sur le plan biomécanique les contraintes deviennent encore plus conséquentes au niveau des segments adjacents et surtout s'accompagnent d'une sévère restriction fonctionnelle secondaire source de douleurs, soldant par ailleurs d'un impact obligatoirement sur les soins d'hygiène personnel. L'abstention thérapeutique de ces experts ne doit pas être considérée comme la négation de cette problématique qui est manifestement bien réelle. Cette prise de position ne nous autorise non plus à minimiser le ressenti décrit par le patient. La cartographie vertébrale par l'étude des zones réflexogènes et des myotomes, le confirme pour autant que l'on y porte attention. • Outre la problématique dégénérative pluri-segmentaire de Monsieur K._____, ce déséquilibre s'inscrit dans un contexte d'hypermobilité articulaire, qui est dans le cas présent largement sous-estimé pouvant créer un leurre par le biais d'un potentiel adaptatif semblant partiellement possible. En cas de rachis dégénératif disco-vertébral déjà en temps normal, il découle lors d'atteinte segmentaire avérée une augmentation de l'amplitude de mouvement au niveau des étages remaniés à la fois en flexion, en translation et en rotation axiale, pouvant en cas d'atteinte conjointe dégénérative segmentaire et d'hypermobilité articulaire être à l'origine des conflits neuro-méningées possibles, voire sous-estimer l'importance des conflits récesso-foraminaux puisque l'examen radiologique d'I.R.M lombaire est réalisé en

décubitus dorsal. • Si la restriction dans le débattement articulaire des épaules est citée, en revanche, notre Consoeur ne fait pas mention des implications biomécaniques qui en résultent au niveau vertébral, ayant un impact sur l'équilibre sagittal vertébral. Elle se limite à exclure simplement l'absence de conflit au niveau des coiffes des rotateurs. • L'hypermobilité articulaire pouvait déjà être suspectée lorsqu'on fait mention d'une mobilité des genoux à 140° chez un sujet de 56 ans souffrant de gonalgies, mais oubliant encore l'intérêt d'un examen des hanches !! Cette analyse aurait eu l'avantage de préciser le déséquilibre existant au niveau de la musculature fessière, confirmant aussi les souffrances segmentaires vertébrales disco-vertébrales par les biais des tendomyogéloses multiples existantes lors de l'analyse des cartographies des myotomes et le défaut de contrôle proprioceptif du socle lombo-pelvien. Face à pareille constellation fonctionnelle, on aurait dû suspecter la possibilité d'un rétrécissement dynamique foraminaux postérieurs en position verticale pouvant éclairer la raison des contraintes perçues lors de port de charges en zone haute, la position debout immobile ou l'inconfort ressenti lors de la marche. Si l'analyse bio-psycho-sociale est une approche intégrative utile, cette vision n'autorise pas le fait de négliger les fondements élémentaires de la biomécanique vertébrale. 5. Pourriez-vous expliquer les raisons pour lesquelles il convient de se distancer de l'appréciation expertale de la Dresse S. _____ ? Cf. 4 et 6 Finalement, une amyotrophie des plans profonds paravertébraux inférieurs était déjà signalée et s'avère irréversible selon Goutallier lorsque le stade de gravité dépasse le stade II, ce qui est le cas chez lui. Cette faillite du contrôle moteur postérieur contribue largement aux blocages vertébraux et à la composante douloureuse par le biais de la désorganisation arthroceptive et neurosensorielle qui en découle. Les mesures antalgiques instrumentales, largement considérées, n'ont pas modifié le comportement douloureux en soi. 6. L'expertise pluridisciplinaire tient-elle suffisamment compte des douleurs de Monsieur K. _____ et de leurs répercussions sur la vie professionnelle de ce dernier ? Sur la base de mon examen et vu les insuffisances relevées dans l'expertise de la Dresse S. _____, je dois remettre en question les performances décrites dans cette expertise. Périmètre de marche : « L'utilisation des bâtons de marche est réservée aux longs trajets de 2 heures, qu'il parvient à faire quotidiennement ». Alors que durant l'entretien Monsieur K. _____ décrit le 05.01.2023 : « Le périmètre de marche est porté à 2 fois 30 min, sans arrêt, imposant impérativement le recours aux bâtons de marche. Sans bâtons de marche, le périmètre ne dépasse pas les 5 à 10 min. » « Fitness : 1h/j », soit en tout 3h. de sport par jour, ce qui ne concorde pas avec le conditionnement physique actuel de ce patient surtout au vu de la sacropénie existante au niveau vertébral. Monsieur K. _____ décrit un allègement des lombalgies transitoires durant les traitements en décoaptation axiale de mobilisation en piscine. Actuellement, il dispose d'un traitement de mobilisation en piscine en distraction axiale à [...] une fois par semaine et d'une séance à sec de mobilisation segmentaire, suivi d'exercices de vigilance neuro-musculaire du plan profond, qu'il pratique à domicile également vu le bénéfique ressenti et spontanément décrit. N'ayant pas participé à ces entretiens, je ne puis interpréter pareille différence, et je serais d'avis de ne pas jeter un discrédit aussi dépréciatif, sans remise en question vu les insuffisances relevées des grilles de lecture et d'interprétation. L'importance du caractère douloureux vertébral me semble avoir été sous-estimé dans la présente expertise, malgré l'existence d'une atteinte structurelle objectivable. Si aucune sanction chirurgicale n'est assurément indiquée, cette abstention ne sous-entend pas que les lésions puissent être considérées comme banales, à l'origine d'une simple lombalgie. Ce problème s'inscrit chez un sujet qui présente certes une hypermobilité articulaire en toile de fond bien que non

pathologique, lui permettant dès lors de disposer spontanément d'une certaine capacité adaptative physique, ce qui lui accorde un potentiel d'aménagement. Avant son arrêt de travail, Monsieur K. _____ l'avait déjà largement démontré dans son activité professionnelle, assumant malgré son atteinte discogène plurisegmentaire une activité dite non ergonomique sur le plan vertébral. Actuellement, il a épuisé ses capacités adaptatives motrices étant donné l'apparition de gonalgies bilatérales en lien avec des troubles également dégénératifs avec présence de poussée inflammatoire zygapophysaire postérieur pouvant participer à une irritabilité neuroméningée, de sarcopénie paravertébrale, et de potentiel de déstabilisation lombaire inférieure. i) Dans ses déterminations du 9 mai 2023, l'OAI a relevé qu'il semblait opportun d'attendre la production de pièces médicales complémentaires au rapport du 27 mars 2023 du Dr F. _____ avant de soumettre une nouvelle fois le dossier au SMR pour analyse de la situation médicale. **En droit :** 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 porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son taux d'invalidité à la base de cette prestation. b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 5 mai 2022, fait suite à une demande de prestations déposée en novembre 2017. La Cour de céans doit par conséquent appliquer les règles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et ne pas prendre en considération le nouveau droit. 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. 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. 88 a 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). 4. a) 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). b) 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). 5. a) Dans sa décision du 5 mai 2022, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 mars 2021 du L. _____ pour retenir que le recourant a présenté, entre les mois d'août 2017 et janvier 2019, une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, puis à compter de cette date une capacité de travail de 50 % en raison de la symptomatologie dépressive. b) Il y a lieu de constater que le

recourant présente principalement des lombalgies chroniques, des cervicalgies chroniques avec cervico-brachialgies, des gonalgies bilatérales, une symptomatologie dépressive ainsi que des migraines. c) A l'instar du recourant, il y a lieu d'admettre que l'expertise pluridisciplinaire du L. _____ soulève de nombreuses interrogations. aa) En ce qui concerne le volet rhumatologique, il convient de constater, sur la forme, qu'il n'a pas été confié à un spécialiste en rhumatologie comme cela avait été requis dans le mandat d'expertise (cf. mandat d'expertise pluridisciplinaire du 20 novembre 2020 établi par l'OAI), mais à un spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ensuite, sur le fond, la Dre S. _____ a diagnostiqué des lombo-cruralgies gauches sur atteinte d'un disque intervertébral L3-L4 non déficitaires. Au terme de son analyse, elle estime la capacité de travail résiduelle du recourant à 100 % avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 %, soit une capacité de travail de 80 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (changement possible de positions assis-debout, pas de position en porte-à-faux sur le rachis, pas de port répété de charges légères supérieures à cinq-dix kilos et pas de manipulation de machines dangereuses dans le contexte de la prise de Tramadol®), avec la précision que la baisse de rendement est en lien avec le besoin de pauses courtes répétées. Cela étant, il y a lieu de relever que l'analyse effectuée par la Dre S. _____ apparaît particulièrement superficielle au regard de l'ensemble des pathologies de l'appareil locomoteur présentées par le recourant. Outre le caractère particulièrement sommaire des observations cliniques rapportées par ce médecin (cf., en comparaison, le status décrit par le Dr F. _____ dans son rapport du 27 mars 2023), il semble que celle-ci ait focalisé son attention sur la problématique lombaire, singulièrement sur l'articulation L3-L4. A aucun moment elle ne discute des différents diagnostics mentionnés par le Dr F. _____ dans son rapport du 10 septembre 2020, singulièrement des atteintes – mises en évidence dans une IRM lombaire du 25 février 2019 – aux niveaux L2-L3, L4-L5 et L5-S1 ; la problématique des gonalgies – évoquées dans différentes pièces versées au dossier – n'est pas abordée ; quant à la problématique des cervicalgies mécaniques – mentionnées dans les plaintes du recourant –, elle n'est discutée nulle part. Dans son rapport du 27 mars 2023, le Dr F. _____ a estimé que l'importance du caractère douloureux vertébral avait été sous-estimée dans l'expertise, malgré l'existence d'atteintes structurelles objectivables chez une personne qui avait épuisé ses capacités adaptatives motrices à la suite de l'apparition de gonalgies bilatérales en lien avec des troubles également dégénératifs. bb) S'agissant du volet psychiatrique, le Dr X. _____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis 2017 et estimé que le recourant était « capable de travailler à 50% par temps possible passé au travail de 100%, avec perte de rendement de 50%, depuis janvier 2019 », compte tenu de la présence d'une tristesse et d'une humeur dépressive, d'un sentiment d'infériorité, de dévalorisation et d'inutilité, avec une nervosité et un élan vital perturbé ainsi que des idées noires avec scénario. Selon l'expert psychiatre, une capacité de travail totale, sans baisse de rendement, pouvait être attendue dans un délai de six mois en cas d'évolution favorable après un changement du traitement antidépresseur. Cela étant, il convient de mettre en évidence le caractère sommaire et relativement superficiel de l'analyse effectuée par le Dr X. _____, lequel dresse une anamnèse relativement brève et rapporte des constatations cliniques peu détaillées. Le diagnostic retenu n'est pas étayé sur la base d'un examen circonstancié de la situation et, partant, les explications relatives à la capacité de travail apparaissent difficilement compréhensibles. Pour le surplus, l'expert psychiatre ne se détermine pas par rapport aux autres avis médicaux exprimés au cours de la procédure. Or, le 26 juin 2019, le psychiatre traitant de

l'époque – le Dr Q. _____ – diagnostiquait un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique en retenant une incapacité de travail totale depuis le 28 août 2017. Dans un rapport non daté, le Dr P. _____ décrivait quant à lui une symptomatologie aggravée en raison de la chronicité des symptômes algiques et par les difficultés de la situation du recourant. cc) S'agissant du volet de médecine interne générale, la Dre E. _____ a posé le diagnostic de migraines sans aura et relevé l'absence d'atteinte incapacitante à la santé retenant simplement une baisse de rendement de 10 % en lien avec la survenance de crises migraineuses chroniques deux fois par semaine. Cela étant, l'évaluation médicale et médico-assurantielle se révèle être particulièrement brève et pas motivée, suscitant des doutes quant au caractère exhaustif de l'analyse effectuée par ce médecin. dd) Quant à l'appréciation consensuelle, force est de constater qu'elle est particulièrement laconique. Tout au plus peut-on y lire que la « capacité de travail [est] de 100 % sur un taux horaire de 100% avec baisse de rendement de 20%, dès août 2017 jusqu'à janvier 2019, puis capacité de travail de 50 % sur un taux horaire de 100 % depuis lors ». Ces explications sont insuffisantes pour permettre à la Cour de céans de se rallier à cette évaluation, étant entendu qu'une diminution de rendement de 20 % est retenue par la Dre S. _____ depuis août 2017, qu'une diminution de la capacité de travail de 50 % est prise en compte par l'expert psychiatre depuis janvier 2019 et qu'une diminution de rendement de 10 % est en outre décrite par la Dre E. _____ à compter d'août 2017. Ces appréciations relevant de problématiques différentes, les experts auraient dû expliquer si et, le cas échéant, dans quelle mesure, elles se recoupaient. En effet, l'un des objectifs d'une expertise multi- ou bidisciplinaire est précisément d'établir, dans un rapport de synthèse, si les incapacités de travail attestées par divers spécialistes se recouvrent partiellement ou entièrement, le taux d'incapacité de travail procédant toujours d'une évaluation globale (TF 9C_1021/2012 du 3 juillet 2013 consid. 3.3). d) En tout état de cause, les explications fournies dans l'appréciation du SMR du 7 mars 2023 ne permettent pas de palier aux importantes lacunes de l'expertise pluridisciplinaire. e) Au final, compte tenu des remarques formulées par le Dr F. _____ dans son rapport du 27 mars 2023, il y a lieu de dénier toute valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le L. _____. En l'absence d'analyse exhaustive de la situation médicale du recourant, 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 (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire (comprenant notamment un examen de médecine interne générale, un examen rhumatologique et un examen psychiatrique) conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA. 6. Compte tenu de l'issue du litige, la question du calcul du taux d'invalidité, singulièrement celle de l'abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé, n'a pas à être examinée à ce stade et peut rester ouverte. 7. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis 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 3'000 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 prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 5 mai 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 K. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois 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 Jean-Michel Duc (pour K. _____), ■ 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 :

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