

## **VD\_GERICHTE ZD22.020810 vom 22. August 2023**

VD Tribunal cantonal, 2023-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.020810](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.020810)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.020810 du 22 août 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD22.020810 del 22 agosto 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

LAI). d) En l'occurrence, l'OAI a respecté la procédure de préavis en faisant parvenir au recourant son projet de décision, sur lequel celui-ci a pu se déterminer. Dans ce contexte, le recourant a produit notamment différentes pièces médicales, qui ont été soumises au SMR pour détermination, ce qu'il a fait en rendant des avis en date des 4 février et 7 décembre 2021. Il convient à cet égard de rappeler que les avis du SMR ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier au plan médical (art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). La procédure de préavis n'est toutefois pas similaire à la procédure de recours et n'implique pas de transmettre à l'assuré chaque nouvelle pièce versée au dossier (cf. à ce sujet ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 et les références). Comme le relève l'OAI, le recourant avait toujours la possibilité de demander à consulter son dossier en tout temps. Enfin, le recourant a été en mesure de formuler ses griefs contre ledit avis du SMR dans le cadre du présent recours. Le grief du recourant doit donc être rejeté.

#### **E. 4**

a) 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 - 16 - 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 LPG). b) 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 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 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 LPG [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). 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).

- 17 - d) 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).

## **E. 5**

a) En l'occurrence, l'OAI a fait réaliser un examen clinique SMR rhumatologique du recourant, qui peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr R. \_\_\_\_\_ s'est en effet prononcé en toute connaissance du dossier et de l'anamnèse du recourant, après avoir entendu ses plaintes et procédé à un examen clinique détaillé. Il a pris ses conclusions de manière motivée et convaincante. Il retient comme diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail des cervicalgies et lombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis dorsal et de troubles dégénératifs cervicaux, des douleurs et limitations fonctionnelles des deux épaules dans le cadre d'un status après opération de l'épaule droite et d'une déchirure non transfixiante du muscle supraépineux gauche et d'une tendinopathie du muscle infra-épineux gauche avec déchirure non transfixiante, ainsi que des douleurs du pied et de la cheville droite dans le cadre de troubles statiques

- 18 - modérés des pieds, avec hallux valgus débutant prédominant à gauche, et d'un status après entorse du Chopart droit avec lésion du Lisfranc droit. L'ensemble des médecins reconnaissent l'existence des cervicalgies. Les imageries réalisées ont permis de voir l'existence de lésions dégénératives. Une hernie discale cervicale paramédiane droite en C7-D1 avait été décrite en novembre 2016, mais n'a plus été retrouvée lors des IRM cervicales suivantes (examen rhumatologique SMR pp. 8, 9 et 11). Le Dr R. \_\_\_\_\_ observe une mobilité cervicale diminuée tout en précisant que l'assuré a développé une importante résistance volontaire avec contre-pulsions aux latéroflexions et aux rotations cervicales passives (examen rhumatologique SMR p. 10). Au niveau du rachis, le recourant a également présenté un épisode de lombosciatalgies gauches en novembre 2016 et, lors de son examen en janvier 2018, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retrouvé une douleur lombaire gauche, en observant cependant une mobilité lombaire physiologique (expertise J. \_\_\_\_\_ pp. 7 et 10). A l'occasion de l'examen rhumatologique SMR, le recourant a fait état de douleurs lombaires en arrière-plan et indiqué avoir présenté une petite hernie discale à ce niveau

(examen rhumatologique SMR pp. 5 et 10). Le Dr R. \_\_\_\_\_ note de discrets troubles statiques du rachis dorsal, avec une mobilité lombaire diminuée, tout en relevant la présence de trois signes comportementaux selon Waddell, dont une certaine démonstrativité (examen rhumatologique SMR p. 10). Lors de son examen début 2018, le Dr Z. \_\_\_\_\_ avait suspecté la présence d'une atteinte à la coiffe des rotateurs droite, qui a effectivement été confirmée par l'arthro-IRM du 22 février 2018, qui a montré une rupture tendineuse. Le recourant a été opéré par le Dr T. \_\_\_\_\_ le 14 mars 2019. Si une nouvelle rupture a d'abord été suspectée, celle-ci a toutefois été ensuite écartée par les Drs G. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ après consultation du Dr T. \_\_\_\_\_ (rapport du 7 novembre 2019 ; examen rhumatologique SMR pp. 9 et 11).

- 19 - Il est également admis que le recourant présente une lésion de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. L'arthro-IRM du 29 mai 2019 – que le Dr R. \_\_\_\_\_ ne semble pas avoir obtenue (cf. son rapport p. 11) – a effectivement montré une lésion non-transfixiante du sus-épineux et du sous-épineux gauches. Lors de son examen, le Dr R. \_\_\_\_\_ constate que l'élévation et l'abduction passive des deux épaules est limitée, mais relève que l'assuré développe une importante résistance volontaire avec contre-pulsions. L'épreuve de Jobe est douloureuse à droite et celle de palm-up est douloureuse des deux côtés (examen rhumatologique SMR p. 10). Le recourant est connu pour avoir présenté une entorse du Chopart avec atteinte du Lisfranc à la suite d'une chute d'une échelle le 14 novembre 2014. Dans le cadre des deux expertises, il s'est plaint d'une persistance de douleurs au pied droit après 3 à 4 heures de travail (expertise J. \_\_\_\_\_ p. 5), respectivement de l'apparition de douleurs qui limitent son périmètre de marche à 3 heures (examen rhumatologique SMR p. 5). Le Dr R. \_\_\_\_\_ a observé que la flexion plantaire passive de la cheville droite était douloureuse au niveau de la malléole interne droite (examen rhumatologique SMR p. 11). Dans son rapport d'expertise, le Dr Z. \_\_\_\_\_ suspectait une lésion des nerfs médians au tunnel carpien prédominante à gauche (expertise J. \_\_\_\_\_ p. 10). Le rapport d'ENMG du 11 mars 2020 (figurant en annexe du rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 18 juin 2020) a montré des signes de ralentissement du nerf médian des deux côtés au canal carpien dans le sens d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral plus marqué à gauche, purement sensitif, débutant et ne nécessitant pas, d'après le Dr H. \_\_\_\_\_, une prise en charge chirurgicale. De son côté, le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a pas observé cliniquement de signes du tunnel carpien, les manœuvres de Tinel et de Phalen étant alors négatives au niveau des deux poignets (examen rhumatologique SMR p. 10). Cette atteinte, pour autant qu'elle soit avérée, pouvait expliquer l'hyposensibilité de l'index gauche (rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 18 juin 2020), ainsi que les troubles sensitifs

- 20 - concernant les trois premiers doigts de la main des deux côtés (rapport d'ENMG du Dr H. \_\_\_\_\_). Cependant, comme le relève le SMR (avis du 4 février 2021), l'existence d'un syndrome du tunnel carpien débutant, purement sensitif et ne nécessitant pas de cure chirurgicale, ne saurait répondre d'une atteinte incapacitante. La Dre B. \_\_\_\_\_ a posé un diagnostic de périarthrite scapulo-humérale (PSH) droite dans son rapport du 3 septembre 2018, puis bilatérale dans ses rapports des 18 septembre 2019 et 28 février 2020. Le Dr R. \_\_\_\_\_ constate toutefois que le test de Hawkins est négatif des deux côtés, de même que le reste des épreuves de PSH. Il n'y avait par ailleurs, au moment de son examen clinique, pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique (examen rhumatologique SMR pp. 10-11). b) Contrairement à ce que le recourant prétend dans son recours, le Dr R. \_\_\_\_\_ a tenu compte dans son évaluation du syndrome radiculaire. Il

mentionne en effet le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 30 novembre 2018, qui posait un diagnostic de syndrome radiculaire C6 gauche avec cervicalgies, ainsi que les rapports du Dr Q. \_\_\_\_\_, lequel avait fait réaliser une infiltration qui avait permis de faire disparaître le syndrome radiculaire C6 irritatif (rapports des 3 juin et 13 août 2019). Dans un rapport du 18 juin 2020, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant avait redéveloppé un syndrome cervical C6-C7 gauche irritatif. Il proposait de la physiothérapie cervicale et, au cas où celle-ci n'aurait pas d'effet, une nouvelle infiltration (examen rhumatologique SMR pp. 3-4). Lors de son examen clinique, le Dr R. \_\_\_\_\_ a toutefois recherché une irritation radiculaire cervico-brachiale, avec un résultat négatif (examen rhumatologique SMR p. 7). Il faut également relever que l'ENMG pratiqué par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 11 mars 2020 a mis en évidence des signes de dénervation aiguë dans les myotomes C4 à D1 à gauche, ce qui parlait contre une lésion radiculaire à ces niveaux. Les rapports du Dr D. \_\_\_\_\_ n'apportent pas d'éléments nouveaux à cet égard. Celui-ci pose en effet un diagnostic de status post

- 21 - syndrome radiculaire C6-C7 gauche avec une légère altération de la sensibilité pouce-index et un status post infiltrations de la racine C6, avec régression de la douleur radiculaire (rapport du 10 mai 2022). Dans son rapport du 29 septembre 2022, le Dr D. \_\_\_\_\_ constate la persistance des cervicalgies et douleurs à l'épaule gauche, inchangées, et note que du point de vue neurologique il n'y a pas d'évidence pour une pathologie autre sous-jacente à même d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie du patient. Il n'y a donc pas d'élément qui n'aurait pas été pris en compte ou qui aurait subi une péjoration sur le plan du syndrome radiculaire. c) Le recourant est d'avis que l'examen rhumatologique SMR ne tient pas compte de ses autres atteintes, à savoir de ses céphalées récurrentes et de ses acouphènes, qui ont une incidence certaine sur son sommeil et sa fatigabilité, ainsi que de ses troubles oculomoteurs. Il a produit plusieurs rapports relatifs à ces atteintes au stade de la procédure d'audition et de recours. Il critique notamment, sur le plan formel, l'avis SMR de la Dre P. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2021, qui estime que les rapports produits à l'appui des objections au projet de décision sont sans influence sur les conclusions de l'examen SMR. aa) Dans ce contexte, il met en cause les qualifications de la Dre P. \_\_\_\_\_, au motif qu'on ignore quelle est sa spécialisation et même si elle dispose d'une formation de médecin. Tel est le cas. Comme cela ressort du registre fédéral des professions médicales, la Dre P. \_\_\_\_\_ est titulaire d'un diplôme de médecin obtenu en Suisse le 2 avril 2003 ([www.medregom.admin.ch/home](http://www.medregom.admin.ch/home)). Le fait que la Dre P. \_\_\_\_\_ ne dispose pas de spécialisation n'est en outre pas déterminant dès lors que sa formation de médecin et son rôle de médecin-conseil lui permettent de juger de l'apparition d'éléments nouveaux et de prendre position sur le dossier (TF 9C\_639/2018 du 3 décembre 2018 consid. 4.1 et la référence), comme cela est le but même des avis du SMR (cf. consid. 5c/bb ci-après). bb) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux

- 22 - auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF

142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). cc) Contrairement à ce que le recourant soutient, il n'y a pas de raison d'écarter l'avis du SMR au motif qu'il ne se fonde sur aucune observation clinique actualisée. Cette prise de position du SMR, prévue par la loi, n'a précisément pas pour but de procéder à un nouvel examen clinique, mais d'apprécier les éléments médicaux au dossier. Plus précisément, l'avis du 7 décembre 2021 avait pour objectif de se déterminer sur les documents médicaux produits depuis le précédent avis SMR du 4 février 2021, auquel il se réfère, et d'examiner si ceux-ci étaient de nature à modifier l'appréciation médicale fondée sur l'expertise rhumatologique du 14 juillet 2020 du Dr R.\_\_\_\_\_. d) L'on ne saurait par ailleurs reprocher à l'intimé une violation de la maxime inquisitoire pour n'avoir entrepris aucune mesure d'instruction depuis 2020 comme l'invoque le recourant. L'OAI a en effet régulièrement pris connaissance des rapports versés au dossier, qu'il a soumis au SMR pour détermination. Il convient toutefois d'examiner, sur le fond, si les éléments médicaux ressortant des rapports produits par le recourant auraient dû conduire l'OAI à instruire davantage, en particulier à soumettre ces rapports à des spécialistes neurologues ou à faire réaliser une expertise neurologique. aa) Il ressort du dossier que les migraines, acouphènes et troubles visuels présentés par le recourant ne sont pas nouveaux. En effet,

- 23 - déjà en 2014, à la suite de sa chute d'une échelle, l'assuré s'est plaint de douleurs au niveau pariétal gauche, d'acouphène, de céphalées, ainsi que de diplopie et a signalé un épisode de nausées et vertiges. Le CT-scan cérébral réalisé aux urgences n'avait pas mis en évidence de lésion post traumatique (rapport de la Dre M.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2014) et le bilan neurologique effectué par la Dre S.\_\_\_\_\_ s'était montré rassurant. Cette médecin a précisé que les symptômes étaient compatibles avec un syndrome post-commotionnel et qu'il était probable que l'assuré ait présenté une discrète contusion labyrinthique, qui expliquait les vertiges et l'acouphène. Malgré ces atteintes, le recourant a pu reprendre le travail quelques temps après son accident et a travaillé jusqu'au 2 novembre 2017. Ces atteintes n'étaient en outre pas inconnues du Dr R.\_\_\_\_\_, qui les mentionne dans son rapport d'examen. Il note en effet que les douleurs cervicales s'accompagnent de céphalées occipitales à caractère pulsatile, de nausées, de photophobie et phonophobie, que le recourant présente également des acouphènes bilatéraux « avec impression que le cœur tape dans ses oreilles » (examen rhumatologique SMR p. 10). Le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialisé tant en rhumatologie qu'en médecine interne générale, n'a pas jugé nécessaire que des investigations complémentaires soient effectuées au sujet de ces atteintes. Il a, au contraire, considéré que l'atteinte à la santé était purement rhumatologique et que son rapport faisait donc office de rapport final SMR (examen rhumatologique SMR p. 1). Cela rejoint l'avis du SMR du 5 mars 2020, qui considérait qu'il n'y avait pas d'atteintes incapacitantes relevées autres que celles concernant la rhumatologie. Il faut également relever que la médecin traitante du recourant ne mentionne pas les céphalées, acouphènes et troubles oculomoteurs parmi les diagnostics qu'elle retient. Elle fait uniquement mention, dans son rapport du 13 septembre 2022, que le recourant a bénéficié de traitements en lien avec une névralgie du nerf d'Arnold gauche.

- 24 - Au vu des rapports produits par le recourant, on peut néanmoins s'étonner que l'OAI n'ait interpellé aucun des médecins spécialistes ayant suivi le recourant pour connaître si les céphalées, acouphènes et troubles oculomoteurs impliquaient une éventuelle incapacité de travail ou des limitations fonctionnelles. bb) S'agissant en particulier des acouphènes, le recourant avait à l'époque fait un bilan ORL auprès du Dr F.\_\_\_\_\_ (rapports de la Dre

S. \_\_\_\_\_ du 2 février 2015 et de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 21 février 2015). La Dre S. \_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant avait probablement présenté une discrète contusion labyrinthique qui expliquait notamment ses acouphènes (rapport du 2 février 2015). De nouvelles consultations ORL ont eu lieu dès septembre 2019 auprès de la Dre W. \_\_\_\_\_ en raison d'une rhinite chronique. Le recourant a alors indiqué qu'il souffrait d'acouphènes bilatéraux depuis des années, plus marqués à gauche ; il était suivi sur le plan otologique par le Dr K. \_\_\_\_\_, qui l'avait opéré de l'oreille droite pour un cholestéatome en 2015 (rapport de la Dre W. \_\_\_\_\_ daté du 5 septembre 2019). Le Dr D. \_\_\_\_\_ a pris contact avec le Dr K. \_\_\_\_\_ et indique, dans son rapport médical du 10 mai 2022, que ce dernier a procédé à une intervention de second look en décembre 2016, sans résidu de cholestéatome visualisé dans l'oreille moyenne et sans évidence de récurrence à l'IRM du 7 mars 2022. Le patient exprimait alors une gêne majeure liée à l'acouphène de l'oreille gauche, parfois pulsatile, envahissant. Dans son rapport médical de septembre 2022, le Dr D. \_\_\_\_\_ suggère une consultation ORL pour exclure une malformation artérielle profonde au niveau de l'oreille moyenne non visible à l'angio-IRM cérébral de mai 2022. On ignore si une telle consultation a eu lieu. cc) En ce qui concerne les céphalées, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a mentionné que la migraine hémicrânienne était bien sous contrôle grâce à la médication dans ses rapports des 4 janvier 2019 et 18 juin 2020. Le 14 janvier 2021, ce médecin a suspecté une névralgie du nerf d'Arnold gauche et recommandé la réalisation d'un bloc. Les trois infiltrations réalisées sont cependant demeurées inefficaces (rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 29 septembre 2022). Le Dr D. \_\_\_\_\_ estime que les céphalées ont une

- 25 - origine mixte, tensionnelle et sur migraine sans aura. Il a suspecté une possible thrombose veineuse cérébrale, voire une hypertension intracrânienne (rapport du 10 mai 2022). On ignore si des investigations ont été faites dans ce sens. Dans son avis du 24 janvier 2023, le SMR reconnaît qu'il serait utile de disposer d'un rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ contenant une description détaillée de l'éventuelle aggravation des migraines depuis juillet 2020. dd) En ce qui concerne les troubles oculomoteurs, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une consultation ophtalmologique auprès du Dr X. \_\_\_\_\_ avait permis de retenir l'existence de spasmes de convergence comme probable cause de la vision trouble, voire double, lors de changement rapide de la direction du regard ou lorsque l'assuré bouge la tête. Ce dernier avait reçu une nouvelle correction optique qui permettait d'éviter de tels spasmes (rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 4 janvier 2019). Le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué que ces troubles pouvaient être d'origine congénitale ou vestibulaire centrale/périphérique et a demandé une consultation de neuro-ophtalmologie afin de mieux les caractériser (rapport du 10 mai 2022). Le dossier ne contient pas les résultats de cette consultation. ee) Dans la mesure où la cause doit être renvoyée à l'OAI pour un autre motif, celui-ci sera invité à compléter son instruction afin de déterminer si les migraines, acouphènes et troubles visuels sont incapacitants. e) Le recourant fait valoir que ses troubles neurologiques se sont aggravés et continuent à se péjorer. Cette allégation n'est toutefois pas confirmée par les rapports produits. On peut en effet lire dans le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 29 septembre 2022 que celui-ci n'a, du point de vue neurologique, pas d'évidence pour une pathologie à même d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie du patient. f) Dans son recours, le recourant mentionne « que la question litigieuse de savoir si les troubles psychiatriques ont un effet invalidant

- 26 - doit encore faire l'objet de mesures d'instruction plus poussée[s] ». Il s'agit à l'évidence d'une erreur de plume dans la mesure où le recourant n'a pas évoqué de problèmes particuliers à ce niveau-là. Interrogé expressément par le Dr R. \_\_\_\_\_, il a dit être parfois triste et présenter une claustrophobie, laquelle ne l'avait toutefois pas empêché de prendre l'avion pour se rendre en [...] en juillet 2019 (examen rhumatologique SMR p. 6). g) Sur la base des rapports qu'il a produits, le recourant fait valoir qu'il ne peut pas exercer une activité lucrative au-delà de 4 heures par jour. Il ressort du rapport du 14 janvier 2021 du Dr Q. \_\_\_\_\_ qu'il avait repris son métier de camionneur, mais n'arrivait à travailler que 2 heures le matin et 2 heures le soir. Au bout de 2 heures, il avait de telles douleurs lancinantes irradiant dans la région occipitale gauche qu'il n'arrivait plus à conduire. Il faut cependant constater que cela correspond à l'appréciation – pleinement convaincante – du Dr R. \_\_\_\_\_. Celui-ci a en effet indiqué que la capacité de travail du recourant comme conducteur de taxi était de 50 % (examen rhumatologique SMR p. 12). La Dre B. \_\_\_\_\_ en a fait de même dans son rapport du 28 février 2020. Cela étant, le Dr R. \_\_\_\_\_ précise que le recourant présente depuis le 8 octobre 2019 une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir permettant d'alterner les positions assise et debout 1-2 fois par heure, sans soulèvement ou port régulier de charges de plus de 5 kg, sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, sans exposition à des vibrations, sans mouvement répété de flexion-extension de la nuque, sans rotation rapide de la tête ni position prolongée en flexion ou extension de la nuque, sans élévation ou abduction des épaules à plus de 70°, sans lever de charges de plus de 5 kg avec chaque membre supérieur, sans franchissement d'escabeau ou d'échelle, sans franchissement régulier d'escaliers, sans marche en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ni position debout de plus de 30 minutes et sans marche de plus de 2 heures. La date de récupération de cette capacité de travail correspond à la date de la consultation auprès des Drs

- 27 - G. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, qui faisaient état d'exams radiologiques rassurants. Dans son rapport du 13 septembre 2021, la Dre B. \_\_\_\_\_ indique que l'état de santé du recourant continue à se péjorer et considère que sa capacité de travail est de 0 % sur une longue durée, voire de manière définitive. Comme le retient à juste titre le SMR dans son avis du

## **E. 7**

a) Le recours doit par conséquent être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. L'intimé est invité à vérifier si les céphalées, les acouphènes et troubles oculomoteurs auraient une éventuelle incidence sur la capacité de travail du recourant et à actualiser sa situation au niveau rhumatologique, notamment en ce qui concerne l'aggravation constatée à l'épaule gauche. Après avoir arrêté la capacité de travail médico-théorique du recourant, l'OAI devra examiner concrètement ses besoins objectifs en matière de réadaptation. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'intimé pourra définitivement statuer sur la suppression de la rente entière d'invalidité.

- 31 - b) Au vu de l'issue du litige, il n'apparaît pas utile de procéder à l'audition des témoins proposés par le recourant. La mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et neurologique, n'apparaît pas non plus nécessaire en l'état du dossier (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). c) 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. La partie recourante 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 2'500 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

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