

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 août 2016

---

Composition : M. DÉPRAZ, président  
M. Métral, juge, et M. Pittet, assesseur  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 29bis et 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1959, est entré en Suisse pour y exercer une activité lucrative d'abord en 1981, puis y est revenu en 2001 après être retourné quelque temps au Portugal. Sans formation professionnelle certifiée, il a été engagé par Q.\_\_\_\_\_ SA dès avril 2001, puis par V.\_\_\_\_\_ SA dès décembre 2010, en qualité de chauffeur-logisticien à plein temps.

A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

**B.** L'assuré a été victime de plusieurs accidents dès 2003, dont les conséquences financières ont été prises en charge par la CNA.

En mars 2005 et novembre 2006 notamment, il a subi des traumatismes du genou droit, ayant nécessité une arthroscopie en décembre 2006, tandis qu'une chute ultérieure sur ce même genou a requis une seconde arthroscopie en septembre 2009.

Il s'est par ailleurs fait une entorse bénigne du genou gauche et une blessure à l'épaule gauche en 2008, ces événements n'ayant toutefois entraîné aucune lésion structurelle.

**C.** En date du 28 septembre 2011, alors qu'il déchargeait des palettes, l'assuré a glissé du pont d'un camion-grue et s'est rattrapé à la ridelle de celui-ci, ce qui lui a immédiatement occasionné de vives douleurs dans le bras droit. Compte tenu de l'aggravation des douleurs, il a consulté le lendemain le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin généraliste auprès de la Clinique R.\_\_\_\_\_ SA, en urgence. Une incapacité totale de travail a été prononcée dès le 29 septembre 2011.

Le sinistre a été annoncé à la CNA par V. \_\_\_\_\_ SA en date du 11 octobre 2011.

Dans l'intervalle, l'assuré a été licencié par V. \_\_\_\_\_ SA avec effet au 31 octobre 2011.

A l'occasion d'une arthrographie-imagerie par résonance magnétique (arthro-IRM) effectuée le 20 octobre 2011 par le Centre d'imagerie H. \_\_\_\_\_ à [...], ont été observés une « déchirure transfixiante avec rupture subtotale de la moitié insertionnelle postérieure du tendon du sus-épineux », un « foyer de tendinopathie sans déchirure significative du sous-épineux à son insertion », un « remodelé réactionnel sous-trochitérien en réponse à la sollicitation des tendons précités » et une « ostéo-arthropathie modérée à caractère dégénératif acromio-claviculaire ».

A l'instigation de son médecin généraliste traitant, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, l'assuré a consulté le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a pratiqué une acromioplastie et une réinsertion transosseuse du sus-épineux au sein de la Clinique P. \_\_\_\_\_ en date du 25 janvier 2012.

**D.** Compte tenu de la persistance de l'incapacité totale de travail, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 9 mars 2012.

Dans un rapport du 10 avril 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déchirure transfixiante subtotale du tendon sus-épineux droit depuis le 28 novembre 2011 et sans effet sur la capacité de travail de chondrocalcinose aux deux genoux, régularisation de la corne antérieure du ménisque externe droite en 2006. Il indiquait que le pronostic pour les suites de l'accident du 28 septembre 2011 était réservé. L'incapacité de

travail était totale depuis le 24 octobre 2011 et devait être réévaluée à trois mois postopératoires. Il était trop tôt pour se prononcer sur les autres conséquences.

Lors d'un entretien du 1<sup>er</sup> mai 2012 avec un spécialiste de la réadaptation professionnelle, l'assuré a indiqué vouloir reprendre son activité de chauffeur poids lourds dès que son état de santé le permettrait.

Dans un rapport du 24 mai 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post-acromioplastie, réinsertion transosseuse du tendon sus-épineux droit, de scapulalgies droites et gauches, gonalgies bilatérales, douleurs des chevilles, ainsi que de sciatalgies gauches non déficitaires depuis septembre 2011. Il a également posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypertension artérielle (HTA) depuis 1994, hypercholestérolémie depuis 1998, diabète non insulino-dépendant depuis 2011, goutte depuis 2010 et dépression réactionnelle depuis 2011. Pour le surplus, ce médecin a considéré que l'élément déterminant concernant la capacité de travail était articulaire et a renvoyé au rapport de son confrère Z. \_\_\_\_\_ s'agissant des effets des diagnostics posés sur l'activité exercée par l'assuré.

Dans un avis du 4 juin 2012, le Service médical régional (ci-après : SMR), sous la plume du Dr N. \_\_\_\_\_, a indiqué qu'il fallait solliciter des renseignements complémentaires de la CNA, l'activité exercée de chauffeur poids lourds ne paraissant plus exigible.

Le 11 juin 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il n'y avait pas de mesure de réadaptation d'ordre professionnel possible dès lors que son état de santé n'était pas stabilisé.

L'assuré a été examiné à deux reprises, les 18 juin 2012 et 31 août 2012, par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, lequel a préconisé un séjour à la Clinique B. \_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique B. \_\_\_\_\_) à [...] afin de déterminer ses

perspectives professionnelles. Il a par ailleurs précisé ce qui suit à l'issue de son rapport d'examen du 31 août 2012 :

« [...] Du point de vue asséculoologique, un statu quo sine sera à déterminer au niveau de l'épaule G [réd. : gauche] et du genou G (accident sans lésion structurelle à ces niveaux). Au niveau de l'épaule D [réd. : droite], les limitations fonctionnelles seront à la charge de la Suva [réd. : CNA] comme celles qui concerneront le genou D. Ces deux articulations ont effectivement eu, lors d'accidents à la charge de la Suva, des lésions traumatiques qui ont nécessité des interventions chirurgicales. »

L'assuré a séjourné au sein du service de réadaptation de la Clinique B.\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2012 au 27 novembre 2012. Les Drs C.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistant, ont établi un rapport en date du 8 janvier 2013, où ils ont retenu les diagnostics suivants :

« Diagnostic principal

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de l'épaule droite.

Diagnostics supplémentaires

- Déchirure transfixiante subtotale du tendon du supra-épineux droit le 28.09.2011.
- Acromioplastie et réinsertion transosseuse du tendon supra-épineux droit le 25.01.2012.
- Gonalgies bilatérales chroniques.
- Lipoma arborescens au genou gauche et chondropathie fémoro-patellaire interne gauche (IRM du 20.11.2012).
- Antécédent d'arthroscopie de régularisation d'une déchirure de la corne antérieure du ménisque externe droit en décembre 2006.
- Antécédent d'arthroscopie du genou droit en septembre 2009 pour débridement des paquets de chondrocalcinose du compartiment externe.
- Douleurs de la cheville gauche.
- Obésité (BMI [réd. : body mass index] = 30 kg/m<sup>2</sup>).
- Goutte chronique.
- HTA.
- Hypercholestérolémie. »

S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, les spécialistes de la Clinique B.\_\_\_\_\_ se sont prononcés comme suit :

« [...] L'incapacité de travail dans l'activité de chauffeur poids lourds est totale et définitive. Dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail est attendue. Pour ce qui concerne l'épaule droite, on peut reconnaître des limitations pour le port de charges lourdes répétées supérieures à 15 kg, et les activités au-dessus du plan des épaules. [...] La situation devrait être stabilisée dans les prochains mois. Chez un patient en attente de solution médicale qui reste centré sur ses douleurs, on peut s'attendre à ce que la réintégration du monde professionnel pose problème. [...] »

En date du 6 février 2013, la CNA a réceptionné les données salariales actualisées de V. \_\_\_\_\_ SA, qui a indiqué qu'en 2013 l'assuré aurait continué à percevoir un salaire mensuel de 5'300 fr., versé treize fois, pour une activité de 42,5 heures hebdomadaires en tant que chauffeur-logisticien.

Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a réexaminé son patient à deux reprises les 14 décembre 2012 et 12 avril 2013. Par pli du 2 mai 2013, il a signalé à la CNA que le traitement était terminé et le cas stabilisé, de sorte que l'assuré était susceptible d'entreprendre une activité adaptée telle que décrite par les spécialistes de la Clinique B. \_\_\_\_\_.

Sur la base de l'examen des pièces du dossier de la CNA, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR a posé dans un avis du 1<sup>er</sup> juillet 2013 le diagnostic principal de douleurs et limitations persistantes après déchirure transfixiante du tendon du supra-épineux de l'épaule droite le 28 septembre 2011 et a relevé les pathologies associées du ressort de l'AI de status après acromioplastie et réinsertion trans-osseuse du tendon supra-épineux droite le 25 janvier 2012, gonalgies bilatérales et gonarthrose fémoro-patellaire et status après arthroscopie du genou droit pour lésion méniscale et débridement de paquets de chondrocalcinose du compartiment externe ainsi que les diagnostics non du ressort de l'AI de goutte chronique, obésité, HTA et hypercholestérolémie. Ce médecin a indiqué que l'incapacité de travail avait débuté le 28 septembre 2011. La capacité de travail de l'assuré était de 0 % dans l'activité exercée et de 100 % dans une activité adaptée à partir de décembre 2012, avec les limitations fonctionnelles suivantes : limitation du port de charges supérieures à 15 kg avec l'épaule droite, activités au-dessus du plan des

épaules, travail à genoux et accroupi autre que très occasionnel et marche fréquente dans les escaliers et en terrain instable.

Entre-temps, dans le cadre de l'instruction par la CNA, un examen médical final a été effectué par le Dr T.\_\_\_\_\_ le 27 juin 2013, qui a conclu son rapport du même jour en ces termes :

« [...] Du point de vue asséurologique, la Suva [réd. : CNA] n'est pas concernée par la symptomatologie que présente le patient au niveau de sa cheville G [réd. : gauche] et de son genou G, les événements pris en charge par l'assurance-accident au niveau de ces articulations n'étant que des entorses bénignes n'ayant pas entraîné de lésion structurelle avec accident ne déployant plus d'effet au plus tard 3 mois après avoir eu lieu. Si l'événement de septembre 2011 a pu décompenser transitoirement une pathologie dégénérative préexistante au niveau de l'épaule G, cet événement n'a de toute évidence pas entraîné de lésion structurelle et le statu quo sine est obtenu depuis longtemps (au plus tard un an après l'accident). La Suva est donc concernée par les séquelles des accidents du genou D [réd. : droit] et de l'épaule D. Les séquelles de l'événement du 28.09.2011 au niveau de l'épaule D entraînent qu'une activité professionnelle adaptée est une activité sans port de charges répété du MSD [réd. : membre supérieur droit] au corps de plus de 10 kg, sans port de charges répété de plus de 5 kg MSD éloigné du corps et sans mouvement répétitif de rotations interne et externe contre résistance de plus de 5 kg et sans mouvement au-dessus du niveau des épaules.

Les limitations fonctionnelles concernant les séquelles des accidents au niveau du genou D sont pas de longs déplacements en terrain régulier, pas de fréquents déplacements en terrain irrégulier, pas de fréquents escaliers, pas de travaux à genoux ou accroupi, pas de travaux nécessitant la marche avec des charges de plus de 15 kg.

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule D et du genou D citées ci-dessus, l'exigibilité, en rapport aux événements pris en charge par la Suva, est totale.

Reste à la charge de la Suva le traitement antalgique médicamenteux pour l'épaule et le genou D. Il n'y a pas de suivi médical particulier à prévoir en dehors d'éléments nouveaux. [...] »

Le Dr T.\_\_\_\_\_ a également procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité. Vu les séquelles des accidents au niveau du genou droit et de l'épaule droite, ce spécialiste a considéré que deux indemnités pour atteinte à l'intégrité (IPAI) étaient dues à hauteur de 10 % chacune, pour un total de 20 %.

Selon un calcul du 15 juillet 2013 d'un spécialiste en réinsertion professionnelle, le salaire exigible après invalidité de l'assuré était de 56'178 fr. 02. Ce chiffre était fondé sur un salaire moyen dans des activités relevant de l'industrie légère, la livraison de marchandises légères et le transport d'analyses médicales de 61'311 fr. 51, et tenait compte de l'indexation (+ 1 % et + 0,8 %), ainsi que d'un abattement de 10 % pour prendre en considération les limitations fonctionnelles et l'âge de l'assuré. Par comparaison avec le revenu avant invalidité fixé à 68'900 fr. sur la base des indications de l'employeur, le taux d'invalidité était de 18,46 % ( $[(68'900 - 61'311.51) / 68'900]$ ).

**E.** En date du 28 novembre 2013, l'OAI a établi un projet de décision, envisageant d'octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée s'étendant du 1<sup>er</sup> septembre 2012 au 28 février 2013. Il a considéré que dès décembre 2012, soit à la sortie de la Clinique B. \_\_\_\_\_, l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité respectant son état de santé et présentait un taux d'invalidité de 18,46 %. Il a pris en compte un revenu sans invalidité de 68'900 fr. fondé sur les données communiquées par l'ancien employeur et fixé le revenu d'invalidité sur la base des statistiques salariales valables dès 2010 dans une activité simple et répétitive du secteur privé, sans qualification professionnelle requise. En procédant à un abattement de 10 %, le revenu d'invalidité déterminant s'élevait en définitive à 56'178 francs. La perte de gain de 12'722 fr. résultant de la comparaison des revenus précités correspondait ainsi au taux de 18,46 %.

Par courrier du 13 décembre 2013, l'assuré a formulé des objections au projet de décision du 28 novembre 2013. Il relevait que la description de son état de santé était incomplète, que l'état de sa cheville gauche s'aggravait suite aux accidents de 2005 et de 2011, que le genou et l'épaule gauches étaient également touchés ainsi que l'épaule et la cheville droites, dont la douleur augmentait quotidiennement. Il sollicitait que des renseignements soient demandés à ses médecins traitants.

Par courrier de son conseil du 29 avril 2014, l'assuré a complété ses objections au projet de décision de l'OAI. Il ne contestait pas avoir une capacité de travail entière dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Toutefois, il relevait que, compte tenu de l'importance des limitations fonctionnelles, de son absence de formation ainsi que de son âge, un taux d'abattement d'au moins 15 % sur le revenu exigible était justifié. Or, si l'on appliquait ce taux, le degré d'invalidité était de 25 %, ce qui justifiait l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. A l'appui de son courrier, l'assuré a produit un rapport du 2 avril 2014 du Prof. W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de gonarthrose du genou droit (compartiment fémoro-patellaire), chondrocalnicose, tendinopathie de l'épaule droite et état douloureux chronique. Selon ce médecin, une activité adaptée sans port de charge lourde de façon répétitive ni position accroupie prolongée ni station debout prolongée pouvait être exercée à 100 %. Un état anxieux pourrait expliquer l'état douloureux chronique.

Dans une communication interne du 8 juillet 2014, la spécialiste en charge de la réadaptation a indiqué maintenir un taux d'abattement de 10 % tenant compte essentiellement des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'âge étant en discussion car celui-ci n'avait que 53 ans en 2012 et n'exerçait pas une activité à forte composante physique. Il avait en outre eu de nombreux employeurs différents avec plusieurs périodes de chômage. Le degré d'invalidité retenu par l'OAI était proche de celui de la CNA. De plus, le droit à des mesures de reclassement ne respectait pas le principe de l'équivalence, l'assuré n'ayant pas de formation professionnelle de base et n'ayant suivi que six ans de scolarité obligatoire au Portugal. Le séjour à l'atelier professionnel de la Clinique B.\_\_\_\_\_ avait mis en évidence des capacités d'intégration professionnelle suffisantes en retenant des cibles professionnelles de type transport de marchandises légères ou d'analyses médicales au sein d'un hôpital. Un reclassement professionnel ne se justifiait pas et seule une aide au placement pouvait entrer en considération si l'assuré en faisait la demande.

Par décision du 24 novembre 2014 notifiée par la Caisse de compensation directement à l'assuré et non à son conseil, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012 et l'a supprimée au 28 février 2013 soit trois mois après qu'une pleine capacité de travail soit exigible dans une activité adaptée. A la suite de l'accident du 28 septembre 2011, l'ancienne activité de chauffeur-logisticien n'était plus exigible. Toutefois, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, telle que les activités industrielles légères, les livraisons de marchandises légères ou les transports d'analyses médicales, une capacité de travail de 100 % était exigible dès le mois de décembre 2012, soit dès la sortie de l'assuré de la Clinique B.\_\_\_\_\_. Le salaire de référence auquel pouvait prétendre les hommes effectuant ce type d'activités en 2010 était selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de 4'901 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise. Après adaptation à une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, à l'évolution des salaires nominaux ainsi qu'application d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé, celui-ci s'élevait à 56'178 fr. annuel. Compte tenu d'un revenu avant invalidité de 68'900 fr., le degré d'invalidité était de 18,46 %, ne donnant plus droit à une rente.

**F.** Par acte de son conseil du 12 janvier 2015, F.\_\_\_\_\_ recourt contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire. Il conclut à l'allocation d'une rente entière au-delà du 28 février 2013, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation sur le plan professionnel. En substance, le recourant fait valoir qu'outre les affections médicales déjà documentées, la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin assistante à la Clinique Q.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, a attesté une incapacité de travail totale du 22 août au 22 octobre 2014 en raison de douleurs chroniques aux articulations. En outre, le recourant indique être suivi au Centre V.\_\_\_\_\_ pour une problématique psychiatrique. Compte tenu des limitations fonctionnelles existantes, le recourant estime qu'il existe une absence totale et durable d'employabilité sur le marché équilibré du travail, de sorte que la poursuite du versement d'une rente entière

d'invalidité ne peut qu'être maintenue au-delà du 28 février 2013. S'agissant de son droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, le recourant soutient que son taux d'invalidité est de toute manière supérieure à 20 %, l'OAI ayant dû retenir un taux d'abattement de 20 %, ou à tout le moins de 15 %, sur les salaires statistiques. Le taux d'abattement de 10 % ne tiendrait pas compte de ses séquelles combinées de l'épaule droite et du genou droit, qui l'empêchent de bouger de manière appropriée son épaule dominante, mais également de se déplacer de manière durable. Il est en outre âgé de 54 ans. Compte tenu de son absence de formation professionnelle et de sa maîtrise déficiente du français, ainsi que du fait qu'il a exercé pendant 30 ans l'activité de chauffeur poids lourds, sa capacité de réadaptation dans une nouvelle activité est limitée. Il estime dès lors qu'il faut retenir un taux plus élevé d'abattement justifiant l'examen du droit aux mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

Par décision du 13 janvier 2015, le magistrat instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite sous la forme d'une exonération d'avances et de frais, ainsi que de l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me David Métille.

Dans sa réponse du 11 février 2015, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il se réfère en particulier aux explications complémentaires du 8 juillet 2014 de son spécialiste en questions professionnelles en réponse aux questions soulevées lors de la procédure d'audition, ainsi qu'au courrier du 4 août 2014 qu'il a adressé au recourant.

Le 8 juillet 2015, le recourant a déposé des déterminations complémentaires accompagnées de deux rapports de la Dresse L.\_\_\_\_\_, le premier daté du 4 février 2015 et le second du 19 juin 2015.

Dans son premier rapport, la Dresse L.\_\_\_\_\_ fait état de ce qui suit :

## « 1.       **Diagnostics**

Oligoarthrite inflammatoire d'origine encore indéterminée. Le diagnostic différentiel comporte une origine microcristalline à cristaux d'urate versus une polyarthrite rhumatoïde séro-négative. Tendinopathie chronique du muscle sus-épineux D, suite à une rupture du tendon de la coiffe des rotateurs traumatique avec sanction chirurgicale en 2012.

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète de type 2.

## **2.       Quelle est l'influence des différents diagnostics à caractère médical sur la capacité de travail du patient ?**

Les diagnostics influant sur la capacité de travail du patient sont l'oligoarthrite ainsi que la tendinopathie chronique. En effet, la première engendre des douleurs articulaires inflammatoires touchant actuellement les deux genoux, la cheville G et dans une moindre mesure les poignets et les mains, avec pour conséquence une limitation à la position debout statique, à la marche, à la position accroupie ou à genoux, au port de charges de plus de 3 kg ainsi qu'aux mouvements répétitifs. Les maladies inflammatoires rhumatismales chroniques engendrent également une asthénie avec fatigabilité accrue, le sommeil est perturbé par des réveils nocturnes.

Concernant la tendinopathie séquellaire et chronique de l'épaule D, les mouvements de l'épaule D comprenant une abduction au-delà de 90° sont limités de même que le port de charges et les mouvements répétitifs.

## **3.       Quelle est la capacité de travail du patient sur un plan strictement rhumatologique ? Quelles sont les limitations à tenir compte ?**

Des investigations sont en cours afin de clarifier le diagnostic et de ce fait pouvoir introduire un traitement adéquat. Les traitements instaurés jusqu'à présent n'ont pas montré d'efficacité significative, de ce fait, la capacité de travail reste nulle.

## **4.       Quelles pourraient être les restrictions quant à une reprise du travail du patient ?**

En cas d'amélioration des plaintes articulaires, la reprise d'un travail devrait tenir compte des restrictions mentionnées sous le point n° 2. Dans le cas de M. F. \_\_\_\_\_, le métier de chauffeur poids lourds ne semble plus adapté à sa capacité de travail. Une reconversion professionnelle semble dès lors indiquée.

## **5.       Quelle pourrait être l'évolution des diagnostics posés à plus long terme ?**

En cas d'oligoarthrite d'origine microcristalline, le pronostic est favorable. En effet, les traitements actuels permettent dans la plupart du temps une diminution de l'activité inflammatoire de base ainsi que le contrôle de crises itératives. Par contre, en cas de polyarthrite rhumatoïde séro-négative, l'instauration d'un traitement

efficace est plus longue et fastidieuse, la réponse au traitement est variable, le but étant toutefois d'atteindre une rémission clinique au plus vite.

Concernant l'atteinte tendineuse séquellaire de l'épaule D, le respect des limitations mentionnées ci-dessus devrait permettre tout au mieux de maintenir un état stationnaire, le pronostic quant à une amélioration est faible. »

Dans son second rapport du 19 juin 2015, cette médecin indique ce qui suit :

**« 1. Est-ce que les signes de spondylarthropathie au niveau cervical, dorsal et lombaire sous la forme d'atteinte inflammatoire enthésitique sans atteinte sacro-iliaque significative sont susceptibles de modifier la teneur de votre rapport médical du 04.02.2015 ?**

La présence de multiples atteintes inflammatoires enthésitiques au niveau de tout le rachis permet de poser le diagnostic de spondylarthropathie (ancienne maladie de Bechterev, spondylarthrite ankylosante).

**2. Est-ce que le diagnostic précité induit une part d'incapacité de travail supplémentaire par rapport à celle retenue lors de votre rapport du 04.02.2015 ?**

L'incapacité de travail est estimée depuis août 2014 à 100 %, en raison des atteintes articulaires inflammatoires. Le diagnostic de spondylarthropathie n'influence pas l'incapacité de travail, et reste pour l'instant à 100 %.

**3. Quelle serait la capacité de travail du patient actuellement, compte tenu de l'ensemble des troubles constatés sur un plan purement rhumatologique ?**

Malgré un traitement de fond conventionnel, soit un anti-inflammatoire non-stéroïdien, la spondylarthropathie est insuffisamment contrôlée et engendre de multiples atteintes articulaires. Tant qu'il persiste des articulations douloureuses et tuméfiées, notamment au niveau des genoux et des chevilles, la capacité de travail reste nulle.

**4. Est-ce que le diagnostic de spondylarthropathie au niveau cervical, dorsal et lombaire était déjà existante au mois de novembre 2014 ? Dans l'affirmative, est-ce que ce diagnostic exerçait déjà une influence sur la capacité de travail du patient ?**

D'après l'IRM du rachis du 10.03.2015, il existait déjà des lésions érosives et des réengraissements séquellaires, signes que la maladie était déjà active plusieurs mois auparavant. Ce diagnostic a très certainement eu une influence sur la capacité de travail du patient en 2014.

**5. Vu le diagnostic finalement retenu, quelle pourrait être son évolution à moyen ou long terme ?**

La spondylarthropathie étant une maladie rhumatismale inflammatoire chronique, il est difficile de se prononcer quant à son évolution à moyen ou long terme. Ceci dépendra de la réponse au traitement biologique. Elle peut varier d'une rémission complète à la persistance de douleurs inflammatoires chroniques invalidantes.

Comme mentionné dans mon dernier courrier, la tendinopathie séquellaire et chronique de l'épaule droite exerce à elle seule une influence non négligeable sur l'incapacité de travail de Monsieur F. \_\_\_\_\_ . »

Se référant aux rapports précités ainsi qu'à la jurisprudence, le recourant relève que les troubles de nature inflammatoire, et singulièrement le diagnostic de spondylarthropathie, qui existaient déjà avant que la décision ait été rendue, sont de nature à rendre toute reprise du travail impossible. Il conclut au maintien de sa rente entière d'invalidité au-delà du 28 février 2013 et s'en remet subsidiairement à justice quant aux mesures d'instruction complémentaires qu'il y aurait lieu d'ordonner.

Le 31 août 2015, l'OAI a produit une analyse du SMR du 17 août 2015 dont on extrait ce qui suit :

« [...] **Discussions et conclusions :**

En préambule nous observons que l'atteinte actuellement au premier plan est ostéoarticulaire, différente de celle à l'origine de la demande qui concerne les séquelles d'un accident de l'épaule D. Nous laissons aux intervenants préposés l'analyse de cet élément sachant que l'aggravation de l'état de santé pour nouvelles raisons date d'août 2014 mais qui reste à prouver.

En effet, les diagnostics retenus par la Dresse L. \_\_\_\_\_ sont déjà connus, la valeur incapacitante de la spondylarthropathie est contradictoire comme signalé plus haut, le traitement spécifique n'est pas explicité (molécule, dosage) les résultats des investigations annoncées en février 2015 ne sont pas connus, mise à part l'interprétation du compte rendu de l'IRM de mars 2015 dont l'original manque au dossier ainsi que des éventuels commentaires comparatifs.

Les atteintes articulaires périphériques semblent être au premier plan pour les limitations fonctionnelles et semblent être à elle seules responsables de l'IT totale ; nous ne disposons pas d'évaluation clinique et anamnestique permettant de savoir depuis quand elles ont une valeur incapacitante. Aucun examen de laboratoire qui permette de suivre l'état inflammatoire et l'uricémie n'est versé au dossier. Le compte rendu des examens radiologiques des

articulations périphériques, certainement effectués, n'est pas accessible, absence d'évaluation. De plus, la fatigabilité n'a pas été évaluée. Les compétences résiduelles de l'assuré n'ont pas été évaluées et objectivées par les scores spécifiques de la polyarthrite et de la spondylarthropathie, respectivement le DAS 28 et le BASDAI. La Dresse L. \_\_\_\_\_ ne se positionne pas par rapport à l'avis du Prof. W. \_\_\_\_\_ d'avril 2014 et nous ne savons pas quels ont été les éléments d'aggravation.

Avec ces éléments, après discussion avec nos collègues rhumatologues, nous retenons le rapport de la Dresse L. \_\_\_\_\_ peu probant.

Nous signalons également qu'au plan psychiatrique, retenu dans l'acte de recours, la prise en charge s'est faite dans une période bien éloignée de la décision querellée et à une cadence qui ne fait pas suspecter une atteinte préoccupante ... *pour le 1<sup>er</sup> et 17 décembre 2014 ...*, (page 4, point 11). Ce volet ne focalise pas notre attention dans ce contexte de recours.

### **En conclusions :**

Les rapports médicaux sont cohérents jusqu'en avril 2014 ; dès septembre 2014, apparaissent deux entités peu documentées, une spondylarthropathie et une polyarthropathie périphérique prétendument nouvelle alors qu'une maladie goutteuse était décrite en tout cas depuis 2013.

### **Réponse aux questions et suggestions pour instruction complémentaire :**

Nous estimons que la voie la plus simple serait de vérifier si le Prof. W. \_\_\_\_\_ est toujours intervenant ; dans l'affirmative, de l'interroger de façon circonstanciée, si ce n'est pas le cas, nous retenons l'indication à une expertise rhumatologique. »

En se référant à cette analyse, l'OAI fait valoir dans son écriture du 31 août 2015 que les indices en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant ne sont pas suffisamment clairs pour se faire une idée à ce sujet. Toutefois, dans la mesure où les atteintes à la santé sont différentes de celles ayant entraîné la reconnaissance du droit à la rente, l'OAI exclut une reprise d'invalidité. Un nouveau droit à la rente ne pourrait s'ouvrir avant août 2015, échéance d'un nouveau délai de carence d'une année dès la nouvelle incapacité de travail et de gain importante et durable. Les nouveaux éléments n'auraient donc aucune incidence sur la décision attaquée.

**G.** Dans le cadre de la procédure relative à l'assurance-accidents, la CNA a rendu le 23 décembre 2013 une décision octroyant à l'assuré une

rente d'invalidité de 19 %, soit 872 fr. 75 par mois dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, résultant de la comparaison des revenus mensuels hypothétiques sans et avec invalidité, respectivement 5'742 fr. (= 1/12 de 68'900 fr.) et 4'632 fr. (= 1/12 de 55'579 fr.), compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à 100 %. Elle a considéré que l'assuré était en mesure de travailler en qualité d'ouvrier dans l'horlogerie, de contrôleur de petites pièces, d'aide-mécanicien ou de collaborateur de production et a déterminé le salaire moyen sur la base de cinq descriptions de postes de travail. Elle a en outre mis l'assuré au bénéfice de deux IPAI de 10 % chacune, pour le total de 23'280 francs.

Par une décision du 28 mai 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 23 décembre 2013.

Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision sur opposition, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 23 mars 2015 (AA 65/14 - 22/2015). L'assuré a recouru au Tribunal fédéral qui, par un arrêt du 22 janvier 2016 (8C\_311/2015), a confirmé l'arrêt rendu par la Cour de céans. En substance, les juridictions cantonale et fédérale ont retenu que les séquelles de l'accident n'empêchaient pas l'assuré d'exercer, à raison de 100 %, une activité respectant les restrictions énoncées par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son examen final du 27 juin 2013. En outre, tant la Cour des assurances sociales que le Tribunal fédéral ont considéré que le taux d'abattement de 10 % était suffisant pour tenir compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles.

**H.** Les parties ne se sont plus exprimées si bien que le dossier a été gardé à juger.

### **E n d r o i t :**

**1.** **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations

expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 LPGA), devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

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

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au

moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b et 116 V 246 consid. 1a et les références citées ; TF 9C\_803/2009 du 25 mars 2010 consid. 5.2 ; TFA I 266/2006 du 19 juin 2006 consid. 4.2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent faire l'objet en principe d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b et 117 V 287 consid. 4; TF 9C 537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2 et 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

**b)** En l'espèce, la décision attaquée octroie au recourant une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée, soit du 1<sup>er</sup> septembre 2012 au 28 février 2013. Il y a lieu d'examiner le bien-fondé de la suppression de cette rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2013, remise en cause par le recourant. Selon l'intimé, le degré d'invalidité du recourant est dès cette date inférieur à 20 %, ce qui n'ouvre le droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité, tandis que le recourant fait principalement valoir que son droit à une rente entière ne peut être supprimé.

**3.** Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (notamment TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 et 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3).

L'art. 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid.

2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**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 et 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 s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à un trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un

tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (al. 2).

**b)** L'art. 29bis RAI est applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI) en ce sens qu'en cas d'aggravation de l'état de santé due à une incapacité de travail de même origine, on déduira du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI la période ayant précédé l'octroi de la première rente de l'assurance-invalidité.

Toutefois, lorsque l'on se trouve en présence de deux cas d'assurance différents, par exemple parce que l'assuré a été victime de deux accidents ayant entraîné des atteintes à la santé et des incapacités de travail distinctes, le droit à une rente est subordonné pour chacune des situations données à l'écoulement du délai de carence d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Une application par analogie des art. 29bis et 88a al. 2 RAI n'entre alors pas en considération (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, Genève 2011, n. 2029, p. 537 ; TFA I 179/01 du 10 décembre 2001).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de

la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 9C\_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1).

**6.** En l'espèce, il est constant que, suite à l'accident dont il a été victime le 28 septembre 2011, le recourant a présenté une incapacité de travail totale au moins jusqu'au mois de décembre 2012 en raison de ses troubles à l'épaule droite. C'est donc à bon droit que l'intimé lui a alloué une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012 en application de l'art. 28 LAI. De même, il est établi que le recourant ne présente plus aucune capacité de travail dans l'activité antérieurement exercée de chauffeur poids lourds du fait de ses troubles à l'épaule droite et au genou droit.

Il convient dès lors d'examiner si, et depuis quand, l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré de telle sorte que la suppression de la rente fondée sur l'art. 88a RAI se justifie. Le recourant soutient que ses limitations fonctionnelles l'empêchent de faire valoir son employabilité sur le marché du travail puis que son état de santé s'est à nouveau aggravé de sorte que la suppression de la rente litigieuse ne serait pas justifiée.

Tout comme l'assureur-accidents, l'intimé a retenu sur la base des rapports médicaux que le recourant disposait dès décembre 2012 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Cette appréciation se fonde sur un rapport très succinct rédigé le 1<sup>er</sup> juillet 2013 par le Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR lequel retient que le recourant a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles à l'épaule droite. Ce praticien note avoir ajouté des limitations fonctionnelles « compte tenu de l'atteinte aux genoux ». Il ressort de l'indexation des pièces du dossier que le Dr N.\_\_\_\_\_ a eu connaissance du rapport de la Clinique B.\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2013 mais non du rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ suite à son examen final du 27 juin 2013. Or, ce praticien fait état d'un tableau clinique plus complexe avec des limitations des amplitudes articulaires des deux épaules et des limitations de la flexion aux deux

genoux. Il relevait également des douleurs aux positions fonctionnelles extrêmes ainsi qu'à la palpation de la cheville gauche. Il n'a toutefois pris en compte que les atteintes à l'épaule droite et au genou droit pour évaluer leurs effets sur la capacité de travail du recourant dans la mesure où l'assurance-accidents n'était pas concernée par les troubles sur les autres articulations. Toutefois, du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de restreindre l'examen aux seules conséquences sur la capacité de travail des troubles à l'épaule droite et au genou droit.

Par la suite, le recourant a consulté le Prof. W. \_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué le 2 avril 2014 une gonarthrose du genou droit (compartiment fémoro-patellaire), une chondrocalcinose, une tendinopathie de l'épaule droite et un état douloureux chronique. Le recourant a encore produit en cours de procédure deux rapports de la Dresse L. \_\_\_\_\_. Dans le premier, daté du 4 février 2015, cette médecin a notamment posé le diagnostic d'oligoarthrite inflammatoire d'origine indéterminée, qui engendrait des douleurs articulaires inflammatoires touchant les deux genoux, la cheville gauche et dans une moindre mesure, les poignets et les mains. Dans son rapport du 19 juin 2015, elle a posé le diagnostic de spondylarthropathie justifiant une incapacité de travail à 100 % depuis août 2014 en raison des atteintes articulaires inflammatoires. La Dresse L. \_\_\_\_\_ a en outre estimé, sur la base de l'IRM pratiquée en mars 2015, que la maladie était déjà active depuis plusieurs mois auparavant.

Contrairement à ce que soutient l'intimé, on ne peut d'emblée exclure qu'il existe un lien de causalité entre les atteintes à la santé justifiant l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le mois de septembre 2012 et celles qui sont à l'origine de l'incapacité de travail attestée depuis août 2014 par la Dresse L. \_\_\_\_\_. Il ressort au contraire de la comparaison des rapports médicaux que le recourant s'est toujours plaint de douleurs non seulement à l'épaule droite mais aussi aux autres articulations, tableau algique qui paraît compatible avec les diagnostics posés par la Dresse L. \_\_\_\_\_. Cette impression est renforcée par le fait

que cette praticienne estime que cette maladie était déjà active plusieurs mois auparavant.

Or, si l'on considère que l'aggravation de l'état de santé du recourant n'est pas due à une nouvelle atteinte, il conviendra d'appliquer l'art. 29bis RAI en ce sens que le droit à une rente ne serait pas subordonné à un nouveau délai de carence. Si l'on admet que l'aggravation de l'état de santé a eu lieu au moins depuis août 2014, on ne peut donc exclure que le recourant avait à nouveau droit à une rente entière de l'assurance-invalidité au moment où la décision litigieuse a été rendue.

Cela étant, on ne saurait non plus se fonder sur ces seuls rapports médicaux, qui ne remplissent pas les critères pour se voir reconnaître une pleine force probante, pour conclure que le degré d'invalidité du recourant était toujours supérieur à celui donnant droit à une rente entière. Au demeurant, en l'état, aucun médecin n'a attesté l'existence d'une incapacité de travail entière, y compris dans une activité adaptée, pour la période comprise entre les mois de décembre 2012 et le mois d'août 2014. Dans le cadre de ses objections au projet de décision de l'intimé, le recourant n'avait d'ailleurs pas contesté avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il conviendra toutefois d'examiner cas échéant si, pendant cette période, le recourant était en mesure de faire valoir sa capacité de travail sur un marché équilibré du travail, ce qu'il conteste dans le cadre de son recours.

En définitive, il n'est pas possible de déterminer sur la base des pièces du dossier si, en tenant compte de l'ensemble du tableau algique, l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré depuis décembre 2012 au point d'exclure tout droit à une rente de l'assurance-invalidité, ainsi que s'il s'est aggravé par la suite, ce qui ouvrirait à nouveau le droit à une rente, dans la mesure où cette aggravation ne constituerait pas un nouveau cas d'invalidité.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner en l'état plus avant les autres griefs formulés par le recourant, notamment quant au taux d'abattement pris en considération par l'intimé pour calculer le revenu d'invalidé.

**7. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 ; RAMA 1993 n° U170 p. 136, 1989 n° K809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise rhumatologique, comme le préconise le SMR dans son avis complémentaire du 17 août 2015, afin d'établir si, et depuis quand, les troubles existant en lien avec les articulations donnent lieu à une incapacité de travail et quels sont leurs effets sur le droit à la rente du recourant. Dans ce cadre, l'intimé devra notamment déterminer si ces

troubles sont en lien avec l'incapacité de travail ayant provoqué l'invalidité initiale ou s'il s'agit d'un nouveau cas d'assurance, auquel cas le droit à une rente serait subordonné à l'écoulement d'un nouveau délai de carence (art. 29 al. 1 let. b LAI ; TFA I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3a).

**8. a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

L'art. 61 let. g LPGA n'impose pas l'octroi de dépens couvrant intégralement les honoraires du mandataire du recourant. Quant à l'art. 11 al. 1 TFJDA, il prévoit seulement une « participation » aux honoraires.

En l'espèce, Me Métille a conclu à l'octroi de plein dépens pour un montant de 6'408 fr. 40 sur la base de la note d'honoraires du 30 septembre 2016 (sic) faisant état de 16 h 55 consacrées au dossier à 350 fr. de l'heure, de 12 fr. 80 de débours et de la TVA.

Il convient de fixer l'indemnité due en tenant compte des difficultés de la cause et de l'ampleur du travail qu'elle justifiait. Or, le

nombre d'heures consacrées au dossier apparaît en l'espèce trop élevé. En effet, Me Métille a notamment indiqué 8 h 30 de travail pour l'étude du dossier et la rédaction du recours, ainsi qu'une heure pour l'examen de l'arrêt de la Cour de céans et l'information à son client. Ces chiffres sont excessifs, d'autant que Me Métille avait déjà déposé des observations dans la procédure de préavis devant l'OAI, qu'il a en partie reprises dans son recours. On peut admettre, globalement, entre 14 h 00 et 15 h 00 de travail au lieu des 16 h 55 annoncées, pour un tarif horaire de l'ordre de 225 à 250 fr., à titre de participation aux honoraires du mandataire du recourant. Dès lors, il convient d'arrêter, compte tenu de la difficulté de la cause et de l'ampleur des écritures, le montant des dépens à 4'100 fr., à la charge de l'intimé.

Cette somme couvre intégralement le montant de l'indemnité qui pourrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire, chiffrée à 3'259 fr. 30 par le conseil d'office du recourant. Il n'y a donc pas lieu au paiement d'une indemnité d'office.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 24 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud versera à F. \_\_\_\_\_ la somme de 4'100 fr. (quatre mille cent francs) à titre de dépens.

**IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me David Métille (pour F. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :