

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 octobre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Emmanuel Hoffmann,
avocat à Nyon,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de [...] né en [...], est arrivé en Suisse en 1994. En 1996, il a été engagé par la société de transports [...], au sein de laquelle il a effectué une formation d'assistant de conduite (véhicules lourds) jusqu'à l'obtention d'une attestation fédérale de formation élémentaire en juin 1999. Il a ensuite poursuivi son activité dans l'entreprise, se chargeant principalement de livraisons et de montages de meubles ainsi que de déménagements.

b) Le 24 août 2002, l'assuré s'est fracturé le poignet droit en chutant de sa hauteur sur un parking. L'accident a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

 En totale incapacité de travail depuis le jour de l'accident, l'assuré a bénéficié d'une arthroplastie du poignet droit le 6 mai 2003. Il a ensuite recouvré une capacité de travail à 50% dès le 1^{er} octobre 2003, puis à 100% dès le 1^{er} novembre 2003. Entretemps licencié (pour la fin avril 2003), il s'est inscrit auprès de l'assurance-chômage, dont il a bénéficié des prestations jusqu'à juin 2006.

 En mai 2006, l'assuré a fait procéder à de nouvelles investigations sur l'état de son poignet droit et a signalé à la CNA la persistance de douleurs et de limitations fonctionnelles identiques à celles qui prévalaient en 2003.

 Dans un avis du 29 août 2006, le Dr X._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que s'agissant des seules suites de l'accident du 24 août 2002, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité relativement légère, de type industriel, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel. Il a relevé que l'assuré, conscient que la reprise de son activité antérieure était difficilement envisageable, avait recherché d'autres activités, sans succès, ce qui laissait supposer l'existence d'autres facteurs compliquant

la réinsertion. Le Dr X._____ a encore signalé un potentiel trouble anxieux.

Par décision du 18 avril 2007, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 19% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10%.

c) Entretemps, le 17 juillet 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un avis du 10 janvier 2007, le Dr V._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu le diagnostic de status après fracture du poignet droit. Il a estimé que l'assuré, en arrêt de travail depuis le 24 août 2002, avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2003, puis de 100% dès le 1^{er} novembre 2003, dans une activité adaptée, ne nécessitant pas le port répété de charges de plus de 15 kg avec le membre supérieur droit, pas de mouvements répétés de flexion/extension ou pro-supination du poignet droit, pas de vibrations ni de chocs et pas de mouvements de force ou de contre-résistance du poignet droit ou de la main droite.

Par décision du 18 septembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu que si l'intéressé avait perdu toute capacité de travail dans son activité antérieure, il avait recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, qui lui permettrait de réaliser un revenu de 45'550 francs. Comparé au gain qu'il serait en mesure de percevoir en l'absence d'atteinte à la santé, de 52'025 fr. 55, l'assuré subissait un préjudice économique de 12%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Cette décision, non contestée, est entrée en force.

B. Le 20 avril 2017, W._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, en raison de troubles cardiologiques et psychiques survenus en 2013.

Au cours d'un entretien téléphonique du 12 mai 2017, l'assuré a notamment indiqué à l'OAI qu'il avait cessé son activité auprès de la société M._____ en 2011, à la suite d'un accident de travail.

Il ressort des pièces rassemblées par l'OAI dans le cadre de l'instruction de la demande précitée que l'assuré a subi le 16 décembre 2016 un infarctus du myocarde sur maladie coronarienne monotronculaire, traité par stent intra-coronaire. La dysfonction cardiaque globale initiale était qualifiée de sévère, avec une fonction d'éjection de 30% (échocardiographie transthoracique du 17 décembre 2016). Une nouvelle échocardiographie du 21 décembre 2016 avait mis en évidence une dysfonction modérée, en présence d'une fonction d'éjection de 47%. Une coronographie effectuée le 16 février 2017 en raison de nouvelles douleurs thoraciques a exclu tout syndrome coronarien aigu. Les contrôles de routine ultérieurs ont mis en évidence une situation cardio-vasculaire cliniquement stable, avec une dysfonction du ventricule gauche modérée, compte tenu d'une fonction d'éjection de l'ordre de 40 % (41% les 7 mars 2017 et 2 août 2017, 46% le 27 septembre 2017).

Dans un rapport du 16 octobre 2018, les Dres G._____ et Y._____, respectivement médecin adjointe et médecin assistante au Service de psychiatrie du N._____ (ci-après : N._____), site de L._____, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, relevant que leur patient était sujet à un état d'anxiété permanent et anticipatoire, actuellement paralysant, et qu'il présentait des performances cognitives diminuées, des difficultés relationnelles, des troubles du sommeil importants ainsi qu'une capacité d'adaptation et de gestion du stress très diminuée. Ces médecins ont attesté une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle depuis le 22 août 2018, début de leur prise en charge, et de 20% à 30% dans une activité adaptée. Les Dres G._____ et Y._____ ont encore indiqué qu'une adaptation du traitement pharmacologique avait eu lieu, sans qu'il ne soit encore possible d'en déterminer les résultats.

Le 22 mars 2019, la Dre D._____, cheffe de clinique au Service de cardiologie du N._____, a indiqué que la dernière échocardiographie du 24 septembre 2018 avait montré des résultats stables, avec la persistance d'une dyspnée à l'effort et de légers vertiges orthostatiques. Elle a signalé d'importantes angoisses et de fréquentes douleurs ostéoarticulaires. Elle a estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à 60 à 80%, tout en précisant qu'une légère limitation dans l'effort physique était possible, compte tenu de la dysfonction cardiaque légère, qui avait induit un déconditionnement physique important et une légère perte des capacités physiques. La Dre D._____ a produit son rapport du 3 octobre 2018 relatif à la consultation du 24 septembre 2018, dont il ressort une dysfonction globale jugée légère et une fonction d'éjection estimée à 45%. Au titre des diagnostics secondaires, la Dre D._____ a évoqué un état anxiodépressif chronique, une suspicion de crise de goutte en juillet 2018 au niveau du hallux du pied gauche, pour laquelle elle avait introduit un traitement médicamenteux, une obésité de stade I et une parésie de la main droite ensuite d'un accident avec de multiples fractures. Elle a estimé que la situation cardiovasculaire était tout à fait stable avec la persistance d'une légère dysfonction du ventricule gauche, les facteurs de risques paraissant bien contrôlés.

Dans un rapport du 22 mars 2019, les Dres T._____ et B._____, cheffe de clinique et médecin assistante au Service de psychiatrie du N._____, site de L._____, ont confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1). Elles ont fait état d'un état clinique superposable à celui prévalant jusqu'alors, avec une anxiété toujours envahissante et incapacitante, une détresse psychique liée aux sentiments d'injustice, d'impuissance et de culpabilité par rapport à ses handicaps physiques. Au titre des limites fonctionnelles, les Dres T._____ et B._____ ont mentionné une fatigue psychique au vu d'un rythme circadien non-régulier, avec des troubles du sommeil importants et un ralentissement psychomoteur avec des conséquences sur la performance cognitive. Elles ont encore précisé ne pas avoir émis d'arrêt de travail, renvoyant à cet égard aux médecins somaticiens.

Aux termes d'un avis du 28 juin 2019, le Dr Z._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet de médecine interne, de psychiatrie et de rhumatologie. Le Dr Z._____ a précisé qu'il laissait cas échéant le soin aux experts de compléter l'examen par un volet cardiologique ainsi que par un contrôle biologique de la compliance médicamenteuse.

Le mandat d'expertise a été confié à Q._____ (ci-après : le Q._____). Les Drs J._____, spécialiste en médecine interne, R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en rhumatologie, ont rendu leur appréciation dans un rapport du 19 décembre 2019. Aux termes d'une appréciation générale interdisciplinaire, les experts ont pris les conclusions suivantes :

« (...)

1.1.d Évaluation consensuelle

1.1.d.1 Évaluation médicale interdisciplinaire avec un résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citations des expertises)

Il s'agit d'une personne assurée âgée de 38 ans, d'origine [...], divorcée, ayant 2 enfants, au bénéficiaire d'un CFC en mécanique de poids lourds. Elle a eu un accident de travail en 2012 et est en interruption totale de travail annoncée par son médecin traitant depuis le 16.12.2016, date de son infarctus du myocarde et des séquelles cardiaques importantes.

Elle a bénéficié d'une expérience de placement à l'essai pendant une période de chômage aux alentours de 2005. Elle a livré la nourriture de [...] à des associations pendant 3 mois.

Elle aurait fait une demande AI en 2006, qui n'a pas abouti. Elle travaillait comme magasinier et la capacité de travail dans l'activité habituelle a été déterminée comme étant nulle en raison de limitations fonctionnelles durables en lien avec une atteinte fracturaire du poignet droit, mais entière dans une activité adaptée, selon la décision de l'AI du 18.09.2008.

Elle est actuellement dépendante de l'aide sociale.

Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée présente une cardiopathie ischémique (sic) et une atteinte psychique d'ordre anxio-dépressif.

Selon l'examen **rhumatologique**, l'atteinte du poignet droit semble persister. Il s'agit d'un status post chirurgie, avec des limitations au niveau de la pronation-supination séquellaires de cette chirurgie complexe datant de 2003 et des troubles de la sensibilité de la main

gauche ainsi qu'un Dupuytren, qui ne justifient pas une incapacité de travail dans toute activité, les limitations fonctionnelles restent valables et l'incapacité de travail dans une activité de magasinier, de manutentionnaire, de chauffeur routier et de mécanicien est définitive.

Du point de vue de la **médecine interne**, la personne assurée déclare ne pas avoir eu de limitation au dernier poste de travail. Elle se plaint actuellement d'une dyspnée de stade 2 NYHA en relation avec une insuffisance cardiaque légère post infarctus depuis décembre 2016, d'une obésité de classe 1, d'un tabagisme et de douleurs dans les pieds, en partie corrélées à l'insuffisance cardiaque et très probablement à une légère insuffisance veineuse. L'examen de médecine interne actuel ne montre que de légers déficits.

1.1.d.2 Évaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/motivation des diagnostics actuels

Du point de vue **psychiatrique**, le trouble de l'adaptation est caractérisé par la présence de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un stress identifiable, dans le cas de la personne assurée l'infarctus du myocarde.

Le diagnostic est posé lorsque ces symptômes ne rencontrent pas les critères d'un autre trouble tel que dépression, trouble anxieux, état de stress aigu ou état de stress post-traumatique.

Le diagnostic de trouble de l'adaptation s'applique lorsque l'humeur dépressive et divers symptômes se développent en réaction à une situation stressante (infarctus du myocarde) et que les critères du diagnostic de dépression majeure ne sont pas rencontrés.

Voici les critères du trouble de l'adaptation :

A. Développement de symptômes dans les registres émotionnel et comportemental, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des 3 mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci), infarctus du myocarde.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :

(1) soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteurs de stress.

(2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).

C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble (par exemple dépression majeure, état de stress post-traumatique, état de stress aigu) et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant (par exemple un trouble de la personnalité).

D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.

E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

La personne assurée a présenté une décompensation psychique suite à l'infarctus massif du myocarde de 2016 remplissant les critères ci-dessus.

La personne assurée présente des traits de personnalité paranoïaque selon les critères de la CIM-10 (sensibilité excessive aux échecs, refus de pardonner des préjudices, sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes et tendance à surévaluer sa propre importance).

Du point de vue **rhumatologique**, l'examen actuel retrouve des séquelles de la chirurgie et de la fracture de la main droite avec des troubles de la mobilité, notamment sur la pronation-supination, entraînant une limitation fonctionnelle et une impossibilité de reprendre une activité professionnelle comme chauffeur livreur, manutentionnaire.

Toute activité adaptée en respectant les limitations fonctionnelles énoncées dans le profil d'effort est possible.

La recherche des points fibromyalgiques est négative.

Du point de vue de la **médecine interne**, la personne assurée déclare souffrir de troubles actuels la limitant dans ses activités professionnelles ou quotidiennes, à savoir des douleurs thoraciques qui ne sont pas de la sphère cardiaque. A l'anamnèse actuelle, il n'existe aucun argument en faveur d'un angor typique ou atypique. Par contre, la dyspnée aux efforts modérés est confirmée au test de la montée des escaliers le jour de l'expertise, avec une bonne adaptation cardio-respiratoire, et est en lien avec un déconditionnement à l'effort avec une sédentarité, une insuffisance cardiaque légère et un léger syndrome obstructif et/ou restrictif respiratoire dépisté le jour de l'expertise en lien avec une consommation ancienne importante tabagique et une obésité modérée avec un IMC [indice de masse corporelle] à 33. L'examen cardio-vasculaire et respiratoire du jour de l'expertise sont sans particularité, sans argument clinique objectivé d'une insuffisance cardiaque modérée ou sévère, seulement la présence d'un léger oedème des membres inférieurs qui explique en partie les douleurs aux pieds. A la dernière échocardiographie transthoracique du 24.09.2018, la fonction d'éjection ventriculaire gauche a été estimée entre 40 et 45% sur une akinésie antéro-septo-apicale, objectivant une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection modérément réduite, sans autre particularité, l'ergométrie, même si elle est incomplète en terme d'effort, sans plus de précision, ni tracé disponible, arrêtée en raison de douleurs au niveau des pieds et d'une dyspnée, a montré une capacité fonctionnelle abaissée probablement dans le contexte d'un déconditionnement, l'absence d'arythmie, une bonne adaptation de la pression artérielle, une bonne récupération de la fréquence cardiaque et l'absence de signe électrique ou subjectif en faveur d'une ischémie myocardique. Les traitements et suivis actuels sont appropriés. Par contre, la personne assurée a refusé de participer à une réadaptation cardiaque ambulatoire qui aurait pu significativement améliorer sa symptomatologie.

L'insuffisance cardiaque légère est retenue comme incapacitante de manière durable et permanente.

Par ailleurs, elle présente les troubles/diagnostics suivants :

Des douleurs aux pieds, tolérées et bien soulagées par l'application topique d'anti-inflammatoire, ne l'empêchant pas de continuer ses activités, en partie liées à une légère insuffisance cardiaque. L'examen actuel confirme la présence d'un léger oedème prenant le godet au niveau des chevilles et des 2 membres inférieurs. Une

insuffisance veineuse des membres inférieurs légère, C3 selon CEAP, peut aussi être retenue et participer aux oedèmes douloureux.

Des céphalées tensionnelles, depuis février 2017, quotidiennes, non déficitaires, présentes le jour de l'expertise, habituellement bien soulagées par du paracétamol ou de l'ibuprofène, réactionnelles au stress, ne l'ayant pas limitée pour continuer la suite de l'expertise. L'examen neurologique actuel est sans particularité. La personne assurée est cohérente, vigilante, sans ralentissement psychomoteur. La tension artérielle est dans la norme.

Une consommation de tabac, évaluée à 34 Unités-Paquets-Années, très importante par le passé, diminuée depuis décembre 2016 après son infarctus avec l'aide d'un tabacologue. Elle relate une consommation actuelle de nicotine à raison de 3 cartouches de vaporettes par jour et de 7 à 10 gommes gingivales de nicotine par jour, de temps en temps 3 cigarettes de tabac lorsqu'elle rencontre ses anciens amis fumeurs, à raison d'une fois par semaine depuis l'infarctus. Le jour de l'expertise, l'examen ORL et l'auscultation pulmonaire sont sans particularité. Le peak flow est légèrement abaissé, pouvant suggérer un syndrome obstructif et/ou restrictif respiratoire d'intensité légère et pouvant contribuer à la dyspnée aux efforts modérés.

Une ancienne consommation chronique de boissons alcoolisées, sevrée avec une aide médicamenteuse par le passé, depuis l'infarctus du myocarde en décembre 2016, et un status post intoxication aiguë alcoolique le 27.04.2019 avec traumatisme crânien sans perte de connaissance, sans séquelle neurologique ni hépatologique à l'examen clinique actuel.

Une dyslipidémie, sans plus de précisions.

Une obésité modérée de classe 1 selon l'OMS, avec un IMC à 33,38 kg/m², sans limitation fonctionnelle à l'examen actuel.

Une dysfonction tubaire de la trompe d'Eustache, depuis 18 mois, se manifestant par l'impression d'oreilles bouchées les matins, sans hypoacousie significative, ni vertige, jamais investiguée. Les examens ORL et vestibulaire actuels sont sans particularité.

Des gingivorragies sous antiagrégant plaquettaire, depuis décembre 2016, de quantité légère selon ses dires. Le jour de l'expertise, l'examen bucco-gingival est dans les normes.

Un bruxisme nocturne avec une usure importante de ses dents, une sécheresse cutanée diffuse depuis 2 années, des pellicules du cuir chevelu et une onychomycose au niveau des 2 gros orteils, sans retentissement fonctionnel déclaré ni objectivé.

Ces derniers diagnostics ne sont pas retenus comme incapacitants de manière permanente et durable.

1.1.d.3 Diagnostiques d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. F43.21 Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée
2. Status post chirurgie du poignet droit le 06.05.2003
3. Cardiopathie ischémique avec une insuffisance cardiaque chronique cliniquement légère et une dysfonction ventriculaire gauche légère sur infarctus du myocarde de type STEMI antéro-septo-apical sur maladie coronarienne monotronculaire et occlusion thrombotique de l'IVA proximale avec mise en place d'un stent actif le 06.12.2016, associées à un déconditionnement à l'effort sur une sédentarité.

1.1.d.4 Diagnostiques d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F60.0 Traits de personnalité paranoïaque
2. Dupuytren du 4^{ème} doigt gauche
3. Trouble de la sensibilité cutanée au contact du 3^{ème} doigt de la main gauche
4. Pieds plats
5. Raideur cervicale
6. Déconditionnement musculaire
7. Obésité modérée de classe 1 selon l'OMS, avec un IMC à 33,38 kg/m²
8. Consommation chronique de tabac, à 34 Unités-Paquets-Années
9. Consommation actuelle de nicotine de 3 cartouches de vaporettes par jour et 7 à 10 gommes gingivales de nicotine par jour, depuis décembre 2016
10. Ancienne consommation chronique de boissons alcoolisées
11. Dyslipidémie, sans précision
12. Status post intoxication aiguë alcoolique le 27.04.2019
13. Bruxisme nocturne avec usure importante de ses dents
14. Sécheresse cutanée diffuse depuis 2 années et pellicules du cuir chevelu
15. Gingivorragies sous antiagrégant plaquettaire, depuis décembre 2016
16. Onychomycose au niveau des 2 gros orteils
17. Dysfonction tubaire de la trompe d'Eustache, depuis 18 mois
18. Céphalées tensionnelles, depuis février 2017
19. Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, C3 selon CEAP
20. Status post goutte, actuellement non inflammatoire et non active

1.1.d.5 Constatations/diagnostiques d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Du point de vue interdisciplinaire, l'appréciation globale du degré d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considérée légère à modérée en respectant le profil d'effort.

Du point de vue **psychiatrique**, le déficit est léger en respectant le profil d'effort.

Du point de vue **rhumatologique**, il y a un déficit déclaré léger en respectant le profil d'effort

Du point de vue de la **médecine interne**, les déficits sont d'intensité légère à modérée, avec une répercussion fonctionnelle affectant la capacité de travail de manière permanente et durable.

1.1.d.6 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Son comportement face à la maladie est la victimisation.
Son sens des réalités et sa capacité de jugement sont présents.
Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont présentes.
Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions sont diminuées.
Son estime de soi et sa capacité de régression sont diminuées.
Son intentionnalité et son dynamisme sont présents.
Son système de défenses est la projection et la revendication.

1.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

· Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue **psychiatrique**, selon le Mini-ICF :

Adaptation aux règles et aux routines : problème moyen.
Planification et structuration des tâches : problème léger.
Flexibilité et capacité d'adaptation : problème moyen.
Usage de compétences spécifiques : problème moyen.
Capacité de jugement et de prise de décision : problème léger.
Capacité d'endurance : problème léger.
Aptitude à s'affirmer : problème léger.
Aptitude à établir des relations avec les autres : problème léger.
Aptitude à évoluer au sein d'un groupe : problème moyen.
Aptitude à entretenir des relations proches : problème moyen.
Aptitude à des activités spontanées : problème léger.
Hygiène et soins corporels : aucun problème.
Aptitude à se déplacer : aucun problème.

La personne assurée ne peut pas effectuer des activités émotionnellement éprouvantes. Les horaires de travail irréguliers et les activités durant la nuit sont à proscrire. Elle devrait réaliser exclusivement des activités routinières, avec une quantité de travail et une vitesse de réalisation constantes. L'activité doit être bien structurée. La personne assurée doit être encouragée et valorisée dans son activité.

Du point de vue **rhumatologique**, au vu de l'examen actuel ainsi que des séquelles et du status post chirurgie, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les différentes positions et en évitant de lever et de porter des charges de plus de 2kg avec la main droite. Toute activité en position agenouillée ou accroupie est possible. Il convient d'éviter toute activité qui demande une sécurité augmentée telle que monter sur des échafaudages ou des échelles.

Du point de vue de la **médecine interne**, compte tenu des diagnostics retenus, des limitations fonctionnelles permanentes et durables sont retenues :

- Le port de charges lourdes supérieures à 20 kg ponctuellement ou à 5 kg de manière répétée et intensive

- L'exposition prolongée à des températures extrêmement chaudes ou froides ou à une atmosphère excessivement chaude et humide, ou à des variations importantes et répétées de pression.

Une activité sédentaire ou semi-sédentaire est possible.

· Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue **psychiatrique**, il n'y aura probablement pas de changement en raison des traits de personnalité paranoïaque.

Du point de vue **rhumatologique**, il n'y aura pas de changement.

Du point de vue de la **médecine interne**, le profil d'effort restera identique. Son état est stabilisé, avec un pronostic favorable. »

Les experts ont encore répondu aux questions de l'OAI en ces termes :

« (...)

- **Le début de l'incapacité de travail durable**

Du point de vue **psychiatrique**, depuis l'infarctus de 2016 dans l'activité habituelle.

Du point de vue **rhumatologique**, le début de l'incapacité de travail date de son accident de 2003. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail dans une activité adaptée a été de 50% dès le 01.10.2003 et de 100% dès le 01.11.2003.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail a toujours été médico-théoriquement de 100%. Depuis l'infarctus du myocarde le 06.12.2016, le profil d'effort n'est pas compatible avec sa dernière activité et la capacité de travail est de 0%.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail a toujours été médico-théoriquement de 100%, sauf lors des périodes d'hospitalisation et de convalescence pendant lesquelles la capacité de travail a été :

- De 0% de décembre 2016 à juillet 2017, puis de 100% jusqu'au jour de l'expertise pour la cardiopathie ischémique sur coronaropathie et l'insuffisance cardiaque
- De 0% à partir du 31.01.2019 pendant 5 jours pour la chute avec contusion thoracique gauche
- De 0% à partir du 27.04.2019 pendant 2 jours pour l'intoxication alcoolique aiguë et traumatisme crânien.

- **L'évolution de la capacité de travail**

Du point de vue **psychiatrique**, la capacité de travail restera stationnaire à 100% dans une activité adaptée.

Du point de vue **rhumatologique**, le début de l'incapacité de travail date de son accident de 2003. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail dans une activité adaptée a été de 50% dès le 01.10.2003 et de 100% dès le 01.11.2003.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail a toujours été médico-théoriquement de 100%. Depuis l'infarctus du

myocarde le 06.12.2016, le profil d'effort n'est pas compatible avec sa dernière activité et la capacité de travail est de 0%.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail a toujours été médico-théoriquement de 100%, sauf lors des périodes d'hospitalisation et de convalescence pendant lesquelles la capacité de travail a été :

- De 0% de décembre 2016 à juillet 2017, puis de 100% jusqu'au jour de l'expertise pour la cardiopathie ischémique sur coronaropathie et l'insuffisance cardiaque
- De 0% à partir du 31.01.2019 pendant 5 jours pour la chute avec contusion thoracique gauche
- De 0% à partir du 27.04.2019 pendant 2 jours pour l'intoxication alcoolique aiguë et traumatisme crânien. »

Par projet de décision du 11 mars 2020, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de rejeter sa demande de prestations au motif qu'après une période de totale incapacité de travail de décembre 2016 à juillet 2017, il avait recouvré dès août 2017 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir toute activité permettant d'alterner les positions, de limiter le port de charges à 2kg avec la main droite, de restreindre le port de charge ponctuel à 20 kg ou à 5kg de manière répétitive et intensive, d'éviter les activités en hauteur (échelles, échafaudages), de même que les activités à des températures extrêmes, de nuit ou avec des horaires irréguliers, les activités émotionnellement éprouvantes, étant encore précisé que seules étaient adaptées les activités routinières avec une vitesse de réalisation et une qualité constantes. Au titre d'exemple d'activités adaptées, l'OAI a mentionné le travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, tel que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, le travail d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage, etc.). Procédant à la comparaison des revenus que l'assuré serait en mesure de gagner avec et sans invalidité, l'OAI est parvenu à la conclusion que l'intéressé subissait un préjudice économique de 10% en raison de ses atteintes à la santé, ce taux étant insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente d'invalidité ou d'un reclassement professionnel.

Par courrier du 25 mars 2020, le Dr H._____, médecin traitant de l'assuré, a signifié à l'OAI que l'état de santé de son patient se

dégradait de jour en jour et a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Le 26 mars 2020, l'OAI est entré en possession d'un lot de pièces, parmi lesquelles :

- une décision de la CNA du 16 décembre 2014 se référant aux conclusions d'un examen médical du 2 décembre 2014 et allouant à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5% pour les suites d'un accident du 12 juin 2012,
- une attestation du 11 juin 2014 de la Dre P._____, médecin au Centre médical de [...], dont il ressort que le patient souffre de troubles psychologiques de type anxiété et de troubles du sommeil liés à des douleurs chroniques posttraumatiques,
- un rapport du 30 novembre 2019 incomplet (2 pages sur 3) du Service des urgences de l'Hôpital de L._____ relatif à une prise en charge du 29 novembre 2019 pour douleur thoracique, posant le diagnostic de suspicion d'angor à bas risque,
- un rapport du 30 novembre 2019 de la Dre B.C._____, médecin assistante au Service des urgences de l'Hôpital de L._____, relatif à une prise en charge du 29 novembre 2019 pour douleur thoracique, posant le diagnostic de syndrome coronarien aigu de type angor instable à bas risque et orientant le patient vers un bilan complémentaire avec ergonomie à but diagnostic et pronostic en ambulatoire, tout en rappelant à l'assuré de faire appel au 144 en cas de récurrence de douleur thoracique.

Le 9 avril 2020, l'assuré a confirmé ses objections au projet de décision de l'OAI, remettant implicitement en cause la valeur probante de l'expertise du Q._____. Il a indiqué qu'il se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis son accident de travail en 2011, dont il présentait encore des séquelles handicapantes en termes de mobilité du poignet. Il a annoncé le prochain envoi d'un rapport du Dr H._____ et produit un rapport du 9 avril 2020 du Dr F._____, médecin assistant auprès de Service de psychiatrie du N._____, site de L._____.

Le 14 avril 2020, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 15 mai 2020 pour qu'il produise des rapports médicaux détaillés de nature à remettre en question le projet de décision.

Dans un avis du SMR du 29 mai 2020, le Dr Z._____ a considéré que le rapport du Service des urgences de l'Hôpital de L._____ du 30 novembre 2019, suspectant un angor instable à bas risque, était rassurant, le bilan réalisé n'ayant pas permis de démontrer une quelconque récurrence d'événement cardiovasculaire. Constatant en outre que le rapport du Dr F._____ décrivait une situation identique à celle prévalant jusqu'alors et ne se prononçait pas sur la capacité de travail, le Dr Z._____ a exclu l'existence d'une modification durable de l'état de santé de l'assuré et a conclu au maintien de ses précédentes conclusions, fondées sur le rapport d'expertise du Q._____.

Par décision du 4 juin 2020, l'OAI a confirmé son refus de prestations dans les mêmes termes et pour les mêmes motifs que ceux invoqués dans son projet de décision du 11 mars 2020.

C. Par acte du 3 juillet 2020, W._____, représenté par Me Emmanuel Hoffmann, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, dont il a implicitement conclu à la réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Le recourant conteste en substance la valeur probante de l'expertise du Q._____ et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, afin d'évaluer les conséquences de l'ensemble de ses atteintes à la santé, à savoir une importante limitation fonctionnelle aux deux mains (annulaire et majeur d'une main et toute l'autre main sans force), des troubles psychiques ainsi que des graves affections cardiaques apparues depuis son infarctus de 2016, des investigations à ce sujet étant prévues le 10 juillet 2020. A l'appui de sa contestation, le recourant a produit le rapport du 9 avril 2020 du Dr F._____ déjà au dossier de l'OAI ainsi qu'un rapport de scintigraphie cardiaque du 19 juin 2020 du Dr D.E._____, spécialiste en cardiologie et en médecine nucléaire à la Clinique de [...], concluant à une fonction

ventriculaire gauche globale réduite à l'effort et au repos, compte tenu d'une fraction d'éjection du ventricule gauche estimée à 29% post-effort et à 27% au repos (Normal > 45%).

Par décision du 14 juillet 2020, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 juillet 2020, sous forme de l'exonération des frais de justice et de la désignation d'un défenseur d'office en la personne de Me Hoffmann.

Dans un mémoire complémentaire du 22 septembre 2020, le recourant a fait grief à l'intimé d'avoir passé sous silence l'accident dont il avait été victime en 2011, lorsque sa main gauche avait été écrasée par une palette, accident qui n'avait au demeurant été qu'à peine mentionné par les experts. Il observe à cet égard que la chronologie médicale établie par l'Annexe 1 du rapport d'expertise saute de 2008 à 2016, en occultant l'accident précité. Il reproche également aux experts d'avoir procédé à un examen clinique par trop hâtif pour être concluant et d'avoir adopté un comportement déloyal et partial, mettant d'emblée en doute la crédibilité de ses plaintes. Le recourant fait en outre grief à l'intimé de ne pas avoir procédé aux investigations préconisées par les experts (écho-doppler artério-veineux des membres inférieurs pour investiguer les douleurs aux pieds, avis spécialisé d'un neurologue pour les céphalées et examen complet auprès d'un ORL pour la dysfonction tubaire). Il fait valoir que la majorité de ses douleurs, que les experts ont à tort mises sur le compte d'une somatisation ou d'autres troubles psychiques, étaient objectivées par différents examens médicaux. Au plan économique, le recourant a encore contesté le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, supérieur à son dernier salaire. A l'appui de son écriture, il a notamment joint :

- un rapport d'arthro-IRM du poignet gauche du 27 février 2014 concluant à un status post-fracture de l'extrémité distale du radius intra-articulaire dorsale consolidée avec une légère incongruence de la surface articulaire radiale avec le carpe prédominant postérieurement et légèrement au niveau de la facette naviculaire avec une chondropathie radiale vraisemblablement en tous les cas grade III,

- une décision du 15 décembre 2014 de la CNA faisant référence à un examen médical du 2 décembre 2014 et mettant fin à ses prestations en lien avec l'accident du 12 juin 2012 au 31 décembre 2014,
- deux rapports du 14 septembre 2020 du Dr F.G._____, spécialiste en neurologie, retenant le diagnostic de neuropathie ulnaire motrice et sensitive démyélinisante au passage du coude, d'origine compressive locale probable,
- un rapport du 15 septembre 2020 du Dr J.L._____, spécialiste en neurochirurgie, posant le diagnostic de spondylolisthésis de grade I de L5 sur S1 sur lyse isthmique bilatérale et rétrécissement foraminaux L5-S1 et de discopathie L4-L5,
- un rapport du 8 septembre 2020 de la Dre F.R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquant trois accidents survenus en 2002 (fracture du poignet), 2011 (écrasement du 3^{ème} doigt avec entorse du 4^{ème} doigt, douleur de type névromateuse et corde de Dupuytren posttraumatique), et en 2012 (fracture du poignet gauche), préconisant des examens complémentaires aux deux mains en vue de l'évaluation de solutions thérapeutiques conservatrices ou chirurgicales,
- un rapport du 14 septembre 2020 du Dr F._____ attestant l'absence d'amélioration depuis son dernier rapport du 9 avril 2020 ainsi qu'un nouveau changement de médication.

Le 7 octobre 2020, le recourant a produit au tribunal un article de presse du 2 octobre 2020 intitulé « Rentes AI : des expertises "arbitraires" dénoncées ».

Par réponse du 20 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision. A l'appui de sa détermination, il a transmis un avis du SMR du 23 octobre 2020, aux termes duquel le Dr Z._____ préconisait une instruction complémentaire sur l'évolution ostéo-articulaire et cardiologique notamment, tout en estimant que les éventuelles aggravations étaient postérieures à la décision litigieuse, de sorte que l'évaluation de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles fixées par cette dernière devaient *a priori* être maintenues.

Aux termes d'une réplique du 18 janvier 2021, le recourant a ajouté une conclusion subsidiaire à son recours dans le sens de l'annulation de la décision entreprise, suivie d'un renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction. Le recourant a encore produit un rapport d'ultrason des coudes du 7 octobre 2020, un rapport du 11 décembre 2020 du Dr F._____ signalant une péjoration anxio-dépressive avec un épisode dépressif sévère résistant au traitement pharmacologique et un rapport du Dr F.G._____ du 11 décembre 2020.

Par duplique du 8 février 2021 fondée sur un avis du SMR du 27 janvier 2021, l'OAI a fait valoir que les pièces produites par l'assuré ne faisaient pas état d'éléments objectifs nouveaux qui auraient été ignorés du Q._____ et qui justifieraient une instruction complémentaire, ni d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré qui serait survenue entre l'expertise et la décision litigieuse du 4 juin 2020. N'excluant toutefois pas une aggravation au-delà de cette date, l'OAI a préconisé une reprise d'instruction dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

Par déterminations du 25 février 2021, le recourant a maintenu ses conclusions et expliqué avoir consulté différents spécialistes non pas en raison de nouvelles atteinte, mais pour pallier les conclusions défailtantes de l'expertise.

Le 13 septembre 2021, Me Hoffmann a transmis au tribunal la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un

recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le présent litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de sa nouvelle demande du 20 avril 2017. Est en particulier litigieuse la question de savoir si l'intéressé présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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.

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).

Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) Dans le cas d'espèce, la décision entreprise repose essentiellement sur les conclusions de l'expertise du Q._____. Aux termes de leur rapport du 19 décembre 2019, les experts ont posé les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, de status post chirurgie du poignet droit le 6 mai 2013 et de cardiopathie ischémique avec insuffisance cardiaque chronique cliniquement légère ainsi qu'une dysfonction ventriculaire légère sur infarctus du myocarde de type STEMI antéro-septo-apical sur maladie coronarienne monotronculaire et occlusion thrombotique de l'IVA proximale avec mise en place d'un stent le 6 décembre 2016, associées à un déconditionnement à l'effort sur une sédentarité. Ils ont en outre énuméré une vingtaine de diagnostics qu'ils ont jugés non incapacitants, parmi lesquels des traits de personnalité paranoïaque, un Dupuytren au 4^{ème} doigt gauche et un trouble de la sensibilité cutanée au contact du 3^{ème} doigt de la main gauche. Les experts ont considéré que le recourant avait perdu toute capacité de travail dans son activité habituelle de magasinier, alors que dans une activité adaptée, il était en mesure de mettre à profit une capacité de travail entière, depuis toujours aux plans de la psychiatrie et de la médecine interne (hormis quelques périodes ponctuelles), et depuis le 1^{er} novembre 2003 au plan rhumatologique. Définissant les limitations fonctionnelles, les experts ont indiqué que l'assuré devait éviter les activités émotionnellement éprouvantes, les horaires de travail irréguliers, les activités de nuit, le lever et le port de

charges de plus de 2 kg de la main droite, les activités nécessitant une sécurité augmentée, le port de charges lourdes supérieures à 20 kg ponctuellement ou à 5 kg de manière répétitive et intensive, l'exposition prolongée à des températures extrêmement froides ou chaudes ou à une atmosphère excessivement chaude et humide ou encore à des variations importantes et répétées de pression. Les experts ont encore estimé que pour être adaptée, une activité devait permettre de réaliser des activités exclusivement routinières et bien structurées, en alternance des positions, avec une quantité de travail et une vitesse de réalisation constantes, l'assuré devant au demeurant être encouragé et valorisé. L'intimé, sur avis du SMR, a reconnu pleine valeur probante aux conclusions de l'expertise, appréciation que le recourant conteste.

aa) En préambule à leur appréciation interdisciplinaire, les experts ont indiqué qu'ils partaient du principe qu'ils détenaient tous les documents permettant une évaluation fondée de la situation du recourant. Or tel n'était manifestement pas le cas, à tout le moins au plan rhumatologique. En effet, la chronologie établie à l'Annexe 1 de leur rapport saute de septembre 2008, date de la première décision de refus de l'OAI, à décembre 2016, date de l'infarctus du recourant. Cependant, dans l'intervalle, le recourant a été victime de deux accidents au membre supérieur gauche, en 2011 et en 2012. Les experts ne l'ignoraient pas puisque leur rapport y fait référence à plusieurs reprises (cf. notamment point I.1.d.1 p. 4 ; points II.3.b.6 et II.7.a, p. 20 et 30 ; point III.3.a p. 40 ; point III.7.a p. 47). Au vu des éléments en sa possession, il appartenait au Dr K. _____ de combler les lacunes du dossier, notamment auprès de la CNA. S'il est vrai que les informations relatives à ces accidents ne sont ni très détaillées ni très claires, il s'avérait d'autant plus indispensable d'instruire à leur propos et de déterminer si leurs conséquences avaient des répercussions sur les limitations fonctionnelles du recourant. Un approfondissement de cette question aurait permis à l'expert d'apprendre que l'assuré avait en fait subi deux accidents au membre supérieur gauche (en 2011, un écrasement du 3^{ème} doigt et une entorse du 4^{ème} doigt, accompagnée de douleur de type névromateuse et d'une atteinte de Dupuytren, puis en 2012, une fracture du poignet gauche avec

chondropathie radiale vraisemblablement en tous les cas de grade III [cf. rapport d'arthro-IRM du poignet gauche du 27 février 2014 et rapport de la Dre Bastien du 8 septembre 2020]). Ces atteintes ne pouvaient pas être passées sous silence, ce d'autant plus que la CNA a servi des prestations en relation avec l'accident de 2012 durant plus de deux ans, jusqu'au 31 décembre 2014, avant d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5% (cf. décisions de la CNA du 15 décembre 2014, qui font notamment référence à un examen médical du 2 décembre 2014). Sans avoir intégré ces éléments à son analyse, le Dr K._____ ne pouvait pas d'emblée exclure toute incidence des atteintes au membre supérieur gauche sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles du recourant. L'OAI n'ignorait d'ailleurs pas l'existence d'accidents ultérieurs à sa décision du 18 septembre 2018, dans la mesure où l'assuré l'a évoqué au dépôt de sa nouvelle demande, au cours d'un entretien téléphonique du 12 mai 2017. De même, le 26 mars 2020, l'intimé a reçu copie d'une décision de la CNA allouant une IPAI ensuite d'un accident survenu en 2012. Elle ne pouvait dès lors pas statuer sur le droit du recourant sans faire préalablement verser à son dossier le dossier de la CNA et le soumettre à une appréciation médicale.

L'expertise se révèle également fort peu fouillée s'agissant des autres aspects ostéo-articulaires. Le Dr K._____ se limite à retenir, sans plus ample investigation, une raideur cervicale et un déconditionnement musculaire avec une tendance à la perte de lordose pour expliquer les restrictions constatées au plan cervical et lombaire. De même, il attribue la limitation constatée en pronation-supination des coudes aux séquelles post-chirurgicales du poignet droit. Or, il s'avère que le Dr J.L._____ a mis en évidence une spondylolisthésis de grade I de L5 sur S1, sur lyse isthémique bilatérale et rétrécissement foraminaux L5-S1 bilatérale, ainsi qu'une discopathie L4-L5, expliquant les lombalgies chroniques. S'il est certes avéré que la consultation du Dr J.L._____ est de peu postérieure à la décision litigieuse, elle est intervenue dans un contexte de lombalgies chroniques de longue date et ensuite de l'échec du traitement conservateur mis en place par l'Hôpital de L._____ (cf. rapport du Dr J.L._____ du 19 septembre 2020). De même, dans son rapport du 14

septembre 2020, le Dr F.G._____ a signalé la persistance de douleurs au membre supérieur gauche, avec, depuis quelques mois, des douleurs surajoutées dans la face médiale des avant-bras, sous la forme de brûlures, constantes, à prédominance nocturne, qu'il a qualifiées de compatibles avec une atteinte de neuropathie ulnaire motrice et sensitive à prédominance démyélinisante, possiblement au décours. On notera également que le Dr F.G._____ fait état d'une ré-aggravation en 2014 avec une réintervention à la suite de la surinfection d'un fixateur externe, ayant nécessité une ostéopénie de l'ulnaire au niveau du poignet droit laissant perdurer une limitation de la mobilité passive locale relativement importante, et dont le rapport d'expertise ne dit rien.

En définitive, il doit être considéré que l'appréciation rhumatologique est basée sur un dossier incomplet et qu'elle ne peut pas être prise en considération.

bb) Au plan cardiologique, le Dr J._____ a observé que la dernière échocardiographie transthoracique du 24 septembre 2018 avait mis en évidence une fonction d'éjection de 45% et a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé depuis l'été 2017. L'expert a en particulier relevé que l'examen cardiovasculaire et respiratoire au jour de l'expertise s'était révélé sans particularité et que l'anamnèse actuelle ne révélait aucun argument en faveur d'un angor typique ou atypique. S'il a reconnu que les atteintes au plan cardiaque déployaient des effets sur la capacité de travail de manière durable et permanente, il a qualifié l'insuffisance cardiaque de légère et considéré qu'elle n'imposait que quelques limitations fonctionnelles (en matière de port de charges et d'environnement de travail), mais ne réduisait pas le taux d'activité exigible, qui restait de 100% dans une activité adaptée. Il s'est en cela éloigné des conclusions de la Dre D._____, selon laquelle la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était de 60 à 80%. Le Dr J._____ a jugé l'appréciation de la cardiologue traitante non cohérente, en ce qu'elle reconnaissait une capacité de travail abaissée sans toutefois signaler de limitations fonctionnelles concrètes, hormis une dyspnée à l'effort et à la marche. Les conclusions de l'expert ne sont

toutefois pas convaincantes. Si le rapport du 22 mars 2019 de la Dre D. _____ se révèle en effet fort succinct et peu clair, cela ne suffisait pas pour d'emblée en écarter les conclusions au titre de manque de cohérence. Il appartenait au contraire à l'expert, qui ne dispose d'aucune spécialisation en la matière, de consulter la cardiologue traitante et de lui demander des précisions. Cette instruction complémentaire s'imposait avec d'autant plus d'évidence compte tenu des antécédents sévères du recourant et du fait qu'au moment de rédiger son rapport, le Dr J. _____ s'est déterminé sur des examens cliniques remontant à plus d'un an, alors que le recourant bénéficiait d'un suivi régulier au N. _____, ce que l'expert a d'ailleurs relevé. Dans son rapport du 3 octobre 2018, la DrD. _____ avait d'ailleurs annoncé un contrôle à un an, censé intervenir durant la même période que l'expertise. Une actualisation du dossier au plan cardiologique s'imposait donc, soit par l'ajout d'un volet spécialisé à l'expertise, comme suggéré par le Dr Z. _____ le 28 juin 2019, soit à tout le moins par l'interpellation du Service de cardiologie du N. _____.

A réception du rapport d'expertise du 19 décembre 2019, l'intimé aurait également dû se rendre compte que le volet cardiologique était insuffisamment instruit pour prétendre trancher valablement la question du droit aux prestations du recourant. En effet, alors que le Dr J. _____ avait estimé que l'anamnèse ne plaidait pas en faveur d'un angor typique ou atypique, l'OAI est entré en possession le 26 mars 2020, soit avant de rendre la décision litigieuse, d'un rapport du 30 novembre 2019 du Service des urgences de l'Hôpital de L. _____ ensuite de l'admission du recourant la veille pour douleur thoracique. La Dre B.C. _____ a posé le diagnostic de syndrome coronarien aigu de type angor instable à bas risque et requis un bilan complémentaire avec ergonomie à but diagnostique et pronostic, en ambulatoire (cf. rapport de la Dre B.C. _____ du 30 novembre 2019). Fort de ces éléments, l'OAI ne pouvait valablement considérer que la situation cardiologique était stabilisée. Au lieu de clore prestement l'instruction et statuer sur la demande de l'assuré, il aurait dû poursuivre l'instruction et actualiser son dossier. Cela lui aurait permis d'apprendre que le complément d'investigation requis par la Dre B.C. _____ avait conduit au constat

d'une dysfonction modérée du ventricule gauche. Cela étant, l'assuré s'était soumis à une scintigraphie cardiaque effectuée le 18 juin 2020 à la Clinique de [...], dont il était ressorti une fraction d'éjection du ventricule gauche de 29% post-effort et de 27% au repos, bien inférieure aux valeurs de l'ordre de 40% constatées jusqu'en septembre 2019, et même inférieure à la fonction d'éjection de 30% relevée au lendemain de l'infarctus de décembre 2016, qui avait été qualifiée de sévère. Ces éléments corroboraient au demeurant le constat d'aggravation signalé par le DrH. _____ à l'OAI le 25 mars 2020, en réponse au projet de décision du 11 mars 2020. Compte tenu de ces éléments, c'est à juste titre que le Dr Z. _____ a préconisé la poursuite des investigations, mais c'est à tort qu'il a estimé que celles-ci devaient intervenir dans le cadre d'une nouvelle demande, au motif que l'aggravation potentielle serait survenue après la décision litigieuse. Le syndrome coronarien aigu constaté le 29 novembre 2019 ayant conduit aux investigations précitées est intervenu avant la décision litigieuse et aurait ainsi dû être pris en compte par l'OAI dans le cadre de l'examen de la demande du 20 avril 2017.

cc) Le volet psychiatrique de l'expertise n'échappe pas non plus à la critique. Déjà au stade du diagnostic, les conclusions de la Dre R. _____ manquent sévèrement de substance et de motivation. L'experte psychiatre a retenu le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Sous la rubrique « Epicrise : observations et conclusions médicales » (cf. point III.6.a.4 p. 45), la Dre R. _____ a reporté un passage théorique, dont il ressort en substance que le trouble de l'adaptation est caractérisé par la présence de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un stress identifiable, qui est posé lorsque ces symptômes ne rencontrent pas les critères d'un autre trouble tel que dépression, trouble anxieux, état de stress aigu ou état de stress post-traumatique. Après avoir énuméré les critères théoriques dudit trouble, elle s'est limitée à indiquer, sans plus ample analyse, que « *La personne assurée a présenté une décompensation psychique suite à l'infarctus massif du myocarde de 2016 remplissant les critères ci-dessus* ». Sous la rubrique « Commentaire », l'experte psychiatre a mentionné la remarque suivante : « *pour les raisons*

expliquées ci-dessus, le diagnostic d'épisode dépressif moyen n'est pas retenu », alors qu'aucune explication ne figure en amont, la Dre R. _____ s'étant contentée d'un bref exposé théorique et du résumé de deux rapports des psychiatres traitants. Au chapitre de la discussion des diagnostics différentiels, l'experte a répondu « Néant ». Or, dans la mesure où l'atteinte retenue est un diagnostic d'exclusion, la Dre R. _____ se devait d'expliquer en quoi les diagnostics de dépression, de trouble anxieux, d'état de stress aigu ou d'état de stress post-traumatique n'étaient pas avérés en l'espèce. Elle ne pouvait notamment pas se contenter de balayer le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par les psychiatres traitants sans autre forme de discussion. Un tel procédé ne correspond pas aux exigences d'une expertise médicale. On relèvera au demeurant que dans le cadre de l'examen clinique, la Dre R. _____ a mis en évidence un nombre important de symptômes de la lignée dépressive (abaissement de l'humeur, irritabilité, fatigabilité, baisse d'énergie et d'activité, diminution de la concentration, baisse de l'attention, baisse de l'estime de soi, baisse de la confiance en soi, attitude pessimiste, idées suicidaires [l'assuré avait pleuré lorsque ce sujet avait été abordé], augmentation de l'appétit, troubles du sommeil). Parmi les symptômes de la lignée anxieuse, l'experte a relevé que l'assuré avait indiqué qu'il se sentait « couler »; elle a également observé une sensation d'être à bout, une difficulté de concentration, une incapacité à se détendre, une sensation de tête vide, une transpiration abondante, une tachycardie, une respiration rapide et un manque de souffle durant l'entretien, la présence de soupirs, d'un nœud à l'estomac, d'un poids sur la poitrine, d'une bouche sèche, étant encore précisé que l'assuré avait grincé des dents et s'était enlevé les peaux sensibles durant l'entretien. Face à un tel tableau des lignées dépressive et anxieuse, une discussion des diagnostics différentiels et une motivation du diagnostic retenu s'imposaient, en tenant notamment compte du passé d'enfant de la guerre du recourant, dont il ne ressort pas du rapport d'expertise dans quelle mesure il a été intégré à l'analyse de son cas (cf. notamment point II.3.b.3 p. 41).

Toujours au stade des diagnostics, la Dre R. _____ a retenu que le recourant présentait des traits de personnalité paranoïaque (F60.0),

qu'elle a classés dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Ces conclusions ont toutefois été posées sans aucune discussion, sans expliquer notamment en quoi les caractéristiques présentées par le recourant étaient à considérer comme des traits de personnalité et non un trouble de la personnalité. On ne suit pas non plus l'experte lorsque, d'une part, elle estime que ce diagnostic reste sans incidence sur la capacité de travail et, d'autre part, elle indique que la capacité de travail dans l'activité habituelle de magasinier, de 0%, restera stationnaire au fil du temps en raison des traits de personnalité paranoïaque du recourant (cf. point III.8.a.3 page 49), appréciation que l'on retrouve également sous la rubrique intitulée « Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles » (cf. point III.7.d.2 page 48). Ces constatations, qui laissent entendre que les traits de personnalité ont une influence sur la capacité de travail de l'intéressé semblent contradictoires, ou tout au moins manquer de cohérence. En outre, si de l'avis de l'experte psychiatre, la capacité de travail de l'assuré en qualité de magasinier est nulle et non susceptible d'évolution compte tenu de la présence de traits de personnalité paranoïaque, on s'interroge sur la cohérence de retenir une pleine capacité de travail dans les activités telles que préconisées par l'OAI dans la décision litigieuse (travail de montage, de contrôle ou de surveillance d'un processus de production, conditionnement, opérateur sur machines conventionnelles, travail à l'établi), dont la nature ne semble pas fondamentalement différer de l'activité de magasinier, sous l'angle des limitations psychiatriques.

On notera encore que le recourant s'est à plusieurs reprises plaint de fatigue, de fatigabilité, d'asthénie et de troubles du sommeil, tant auprès de ses psychiatres traitants, dès le début de la prise en charge en octobre 2018, qu'auprès des experts. Dans le cadre de l'expertise, il a signalé des troubles du sommeil que l'on peut qualifier de sévères, en indiquant dormir environ 3 à 4 heures par nuit, soit entre 1h et 4h du matin, soit dès 4h du matin. Or, à aucun moment l'impact de ces éléments sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles n'a été examiné.

En sus des critiques relatives à la pose du diagnostic, l'analyse de l'experte psychiatre manque également de substance au niveau de l'analyse de la grille d'indicateurs définie à l'ATF 141 V 281. Son rapport se traduit par des réponses lapidaires et non motivées, sans aucune analyse concrète et circonstanciée. Que ce soit au niveau des axes de l'atteinte à la santé, de la personnalité ou du contexte social, chaque élément signalé par l'experte reste isolé, sous forme d'une énumération d'éléments disparates, sans mise en relation des déficits constatés, des éléments pertinents pour le diagnostic et de leur impact sur le quotidien du recourant. Le rapport d'expertise ne permet pas de se déterminer de manière convaincante sur les ressources mobilisables par le recourant pour surmonter les effets de son atteinte à la santé au sens des règles jurisprudentielles applicables.

b) En définitive, il sied de constater que le rapport d'expertise du Q._____ souffre de graves lacunes : basé sur un dossier incomplet, insuffisamment motivé et ne procédant pas d'une étude circonstanciée de la situation du recourant, notamment au plan de la grille des indicateurs définie par la jurisprudence fédérale, il n'a pas été pris en pleine connaissance de l'anamnèse et ne procède pas d'une appréciation de la situation médicale claire. Il ne peut dès lors lui être reconnu une valeur probante suffisante pour trancher valablement la question des atteintes à la santé du recourant et de leurs effets sur sa capacité de travail et de gain.

c) Compte tenu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs soulevés par le recourant.

6. Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de sa nouvelle demande du 20 avril 2017. On ne voit pas quels éléments probants ont pu conduire l'OAI à retenir que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Ni l'état de santé de l'intéressé dans sa

globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur la capacité de travail résiduelle n'ont été établies de manière probante. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'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).

Il appartiendra à l'intimé d'actualiser le dossier médical auprès des différents médecins qui suivent le recourant (médecine interne, cardiologie, psychiatrie, rhumatologie, neurologie, notamment), afin de déterminer précisément les limitations fonctionnelles du recourant compte tenu de l'ensemble de ses pathologies rendues vraisemblables. L'OAI déterminera ensuite, sur la base des éléments versés au dossier, si la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est nécessaire pour se prononcer valablement sur le degré d'invalidité de recourant.

7. **a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, lesdits frais doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA VD).

c) 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). Compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, il convient d'arrêter cette indemnité à 3'800 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. Ce montant suffit à couvrir ce qui pourrait

être alloué au titre de l'assistance judiciaire, étant précisé que la liste des opérations produites par le mandataire en vue de son indemnisation d'office n'aurait quoi qu'il en soit pas pu être prise en compte dans son intégralité. Le nombre d'heures annoncé, de 26h47, dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, l'avocat a annoncé une vingtaine d'heures de travail jusqu'au dépôt du mémoire de recours, ce qui apparaît très manifestement excessif compte tenu de la nature de la cause, qui ne nécessitait pas de développements juridiques complexes.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 4 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier est renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais de justice, d'un montant de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W. _____ un montant de 3'800 fr. (trois mille huit-cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Emmanuel Hoffmann, pour le recourant, à Nyon,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :