

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juillet 2022

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Neu, juge, et Mme Pétremand, juge suppléante,  
Greffière : Mme Tagliani

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Sara Giardina, avocate à Nyon,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; 28 LAI et 88a al. 1 et 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] en [...] et ressortissant suisse, est domicilié à [...].

**b)** Il est marié depuis le [...] à [...], née [...] le [...] au [...] et ressortissante suisse. De cette union est issu [...], né le [...] à [...].

**c)** En [...], Z.\_\_\_\_\_ a suivi une scolarité obligatoire, puis effectué un apprentissage de mécanicien en industrie du 1<sup>er</sup> août 1979 au 1<sup>er</sup> août 1983 chez [...], à [...], ainsi qu'un baccalauréat professionnel à la [...] du 1<sup>er</sup> août 1982 au 29 juin 1984 et, ensuite, fréquenté la [...] du 20 septembre 1984 au 22 août 1988 ; à partir de 1988 et jusqu'en 1995, il a mentionné avoir travaillé comme mécanicien outilleur pour [...], à [...] (voir demande de rente d'invalidité auprès de l'[...] du 5 février 2019 et lettres de la [...] du 20 décembre 2018). Il a déclaré être titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien outilleur délivré par le canton de [...] et s'être également formé comme mécanicien en aviation civile auprès de [...] (voir demande de prestations de l'assurance-invalidité du 28 octobre 2014). Par ailleurs, il a indiqué avoir fait le service militaire en Suisse et obtenu le grade de sergent major assigné à la logistique (voir rapport d'expertise psychiatrique du 25 janvier 2021, p. 29).

**d)** Depuis son entrée en Suisse en 1995, l'assuré a occupé divers emplois successivement auprès d'une dizaine d'entreprises différentes et exercé des activités comme indépendant entre 1998 et 2000 (voir extrait de son compte individuel de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) au 18 novembre 2014 et rapport initial de l'OAI du 23 avril 2018).

**e)** Le 1<sup>er</sup> décembre 2002, Z.\_\_\_\_\_ a eu un accident de moto et été hospitalisé au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_) qui a constaté la fracture de côtes et des contusions de l'épaule gauche.

**f)** A partir du 25 mai 2010, il a travaillé à plein temps en tant que mécanicien soudeur pour K.\_\_\_\_\_ SA, à [...] (VD), et perçu mensuellement un salaire brut de base de 5'560 fr. et des allocations pour enfants de 230 francs. Il a été licencié au 30 avril 2016 et il s'est alors inscrit au chômage (voir lettres du Service de l'emploi, à [...], des 29 avril, 30 septembre et 5 octobre 2016, relatives à son inscription au chômage et recours du 9 juin 2021).

**g)** Z.\_\_\_\_\_ s'est trouvé en incapacité de travail pour cause de maladie à 100 % du 9 mai 2014 jusqu'à la reprise de son travail à 50 % le 27 octobre 2014, augmenté à 75 % le 20 juillet 2015 (incapacité de travail de 50 % du 1<sup>er</sup> juin au 9 août 2015, puis de 25 % dès le 10 août 2015 selon le rapport de la Dre L.\_\_\_\_\_ du 29 décembre 2015), puis à 100 % le 5 octobre 2015, et ensuite en incapacité de travail à 100 % du 23 septembre au 23 octobre 2015, à 50 % du 1<sup>er</sup> novembre 2015 (dès le 27 octobre 2015 selon le rapport de la Dre L.\_\_\_\_\_ du 29 décembre 2015) au 30 avril 2016, à 100 % du 1<sup>er</sup> mai au 7 septembre 2016, à 70 % du 8 octobre au 8 novembre 2016, à 70 % du 8 au 30 novembre 2016, à 100 % du 30 novembre au 31 décembre 2016, à 70 % du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2017, à 50 % du 31 janvier au 28 février 2017, à 100 % du 15 au 26 février 2017, à 100 % du 12 au 19 mars 2017 (incapacité de travail à 50 % selon le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 31 mars 2017), à 100 % du 6 juin au 11 juillet 2017, à 75 % du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2017, à 100 % du 21 au 29 septembre 2017, à 75 % du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre 2017, conformément aux certificats médicaux du Dr C.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, du Service de chirurgie plastique et de la main, du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, des 1<sup>er</sup> octobre et 3 et 19 décembre 2014 ainsi que des 2 avril et 28 septembre 2015, de la Dre L.\_\_\_\_\_, médecin assistante, de la Policlinique médicale du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, des 29 décembre 2015 ainsi que des 21 septembre et 25 octobre 2016, du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin assistant, de la Policlinique médicale du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, des 24 novembre et 29 décembre 2016 ainsi que du 9 février et 31 mars 2017, du Dr W.\_\_\_\_\_, médecin associé, du Service de chirurgie plastique et de la main, du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ du

30 novembre 2016, du Centre médical d'[...], des 15 février, 12 mars et 21 septembre 2017, du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du Service de rhumatologie, du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, du 6 juin 2017, du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin assistant, de la Polyclinique médicale universitaire du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ des 21 juillet et 4 septembre 2017. Les derniers certificats précisait que sa capacité de travail résiduelle existait dans une activité adaptée, sans mouvements répétitifs ni de force avec la main gauche, sans port de charges supérieures à 10 kg et station debout prolongée au-delà de deux heures par jour. Selon la lettre de S.\_\_\_\_\_ SA du 4 novembre 2014, il a perçu de la part de cet assureur des prestations au titre de l'assurance d'indemnités journalières de la loi sur le contrat d'assurance.

**h)** L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 5 novembre 2014 (date du timbre postal) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a déclaré qu'il souffrait d'une rhizarthrose gauche depuis 2010 environ et que son médecin traitant depuis le 1<sup>er</sup> mai 2014 était le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.

**i)** Par lettre du 10 novembre 2014 à l'assuré, l'OAI a accusé réception de sa demande de prestations AI et l'a informé qu'il allait examiner avec lui la possibilité d'une réinsertion dans une activité adaptée à son état de santé et, dans le cas contraire, que son droit éventuel à une rente serait étudié.

**j)** Dans le questionnaire pour l'employeur relatif à la réadaptation professionnelle et à la rente dans le cadre de l'AI que K.\_\_\_\_\_ SA a rempli et signé le 9 décembre 2014, cette entreprise a confirmé que Z.\_\_\_\_\_ était employé comme mécanicien soudeur, à raison de quarante-deux heures par semaine depuis le 25 mai 2010, puis vingt et une heures par semaine depuis le 16 septembre 2014. Selon les attestations de salaires produites, l'entreprise lui avait versé en 2014 un salaire mensuel brut de 5'560 fr. pour les mois de janvier à octobre. Elle

n'évoquait ni possibilité de placement au sein de l'entreprise, ni intérêt pour une aide à ce propos de spécialistes de l'AI.

**k)** Dans le rapport initial d'intervention précoce établi après un entretien d'évaluation le 16 février 2015, une spécialiste en réinsertion de l'OAI a mentionné comme atteinte à la santé une rhizarthrose gauche depuis 2010 pour laquelle Z.\_\_\_\_\_, droitier, avait été opéré en mai 2015. Il ressort de ce rapport que l'assuré évaluait sa capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée. Il avait repris à 50 % son activité de mécanicien soudeur auprès de K.\_\_\_\_\_ SA qui consistait dans la « fabrication de sondes thermiques de petites et grandes tailles pouvant peser, les flasques comprenant plusieurs sondes pouvant peser jusqu'à 40 ou 50 kg » et qu'il espérait pouvoir continuer. En ce qui concernait son parcours, le rapport précisait qu'il était sergent major à l'armée, qu'il disposait de compétences en tant que mécanicien soudeur dans les domaines de l'outillage et de la mécanique de précision et qu'il avait travaillé en tant que magasinier outilleur, indépendant dans l'aviation civile, chef d'équipe et responsable du service après-vente pour des machines de nettoyage professionnelles, ainsi que dans la mise au point de systèmes de soudure.

D'après une note du 25 mars 2015 de la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI, Z.\_\_\_\_\_ travaillait toujours à 50 % dans un poste adapté chez K.\_\_\_\_\_ SA et estimait ne pas pouvoir augmenter son taux d'activité. Il ne souhaitait pas d'intervention de l'AI. Des investigations étaient encore en cours sur le plan médical.

Par communication adressée à Z.\_\_\_\_\_ le 27 mars 2015, l'OAI a considéré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible du fait qu'il ne souhaitait pas l'intervention de l'OAI. L'office examinait donc son droit à d'éventuelles autres prestations.

Selon la note rédigée par un collaborateur de l'OAI au sujet de son entretien téléphonique du 14 septembre 2015 avec l'assuré, ce dernier indiquait que les suites de son opération chirurgicale ne posaient

plus réellement de problème, que des analyses de sang étaient en cours et qu'il se sentait éprouvé par sa tentative de reprise du travail à 75 % dès septembre 2015.

**l)** Le 5 octobre 2015, S.\_\_\_\_\_ SA a décidé, sur la base des évaluations médicales et notamment de l'avis de son médecin conseil à propos du deuxième avis médical rendu par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, le 15 septembre 2015, qu'il était possible à Z.\_\_\_\_\_ et que l'on pouvait raisonnablement exiger de lui d'avoir un taux d'activité de 75 % dès le 24 octobre 2015 dans son métier de base de mécanicien soudeur et qu'à compter du 24 octobre 2015, elle lui verserait une indemnité journalière réduite en conséquence, d'un montant de 25 % de son salaire assuré. Elle lui demandait de lui fournir les certificats médicaux correspondants.

**m)** Dans le cadre de l'instruction de la demande AI de Z.\_\_\_\_\_, les rapports médicaux suivants ont été versés au dossier :

- un rapport du 18 avril 2005 du Service de garde de la Policlinique médicale du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, pour des douleurs aux membres inférieurs droits ;
- un rapport du 20 juin 2005 de la Policlinique médicale du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, faisant état de problèmes de probable acné, de symptômes ORL au décours, d'inquiétude sur éventuelle ostéoporose, de suspicion d'hypertension artérielle et de consommation d'alcool à risque et prévention ;
- un rapport du 29 juin 2005 de la Policlinique médicale du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, relatif à des problèmes de lésions acnéiques sur le visage et le tronc, de suspicion d'hypertension artérielle, de rhinite allergique, de prévention pour cholestérol, ostéoporose, tabagisme et consommation d'alcool à risque, décrivant ainsi l'assuré : « M. Z.\_\_\_\_\_ est un mécanicien qui change volontairement régulièrement d'employeur, qui est

amateur de moto et de voyages. Il aimerait vivre avec le moins de médicaments possibles et a une tendance à la logorrhée ». En ce qui concerne l'ostéoporose, le rapport indique : « Le patient a quelques inquiétudes au sujet de l'ostéoporose, son père ayant subi des fractures vertébrales à l'âge de 50 ans à cause de cette maladie. Les effets néfastes du tabac et de l'alcool lui ont été rapportés, mais il ne présente pas d'autres facteurs de risque. Le patient ne remplit pas les critères pour un remboursement de la densitométrie, mais il souhaite effectuer l'examen, qui lui coûtera 100.-, dans quelques années. » ;

- un rapport du 16 février 2006 de la Policlinique médicale du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, relatif à des problèmes de lésions acnéiques sur le visage et le tronc, de HTA [réd. : hypertension artérielle] de stade I, de rhinite allergique, de consommation d'alcool à risque et de tabagisme ;
- un rapport du 4 juillet 2006 du Service de garde de la Policlinique médicale du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ pour une éruption cutanée ;
- un rapport du 2 février 2007 du Service de garde de la Policlinique médicale du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics d'allergie aux produits de lessive, d'infection de la peau en phase de rémission et d'eczéma ou autre ;
- un rapport du 18 avril 2011 du Service de neurologie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, à la suite d'une consultation spécialisée de l'unité nerf-muscle du 8 avril 2011, posant le diagnostic de douleurs du membre supérieur gauche d'origine indéterminée et écartant tout signe d'une radiculopathie C6 et d'un syndrome du tunnel carpien ;
- un rapport du 26 avril 2012 d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale conclue comme suit : « Pas de hernie

discale ou de lésion osseuse traumatique. Pas de compression radriculaire. » ;

- un rapport du 3 janvier 2013 du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, concluant à propos de clichés de la main, du pouce et du genou gauches : « Rhizarthrose débutante du côté gauche » ;
- un rapport d'angio IRM cérébrale du 23 janvier 2014 qui était « dans les limites de la norme » ;
- un rapport du 19 mai 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_, relatif à l'intervention de trapézectomie et suspension par interposition de l'APL [réd. : long abducteur du pouce] du 9 mai 2014 sur la base du diagnostic principal de rhizarthrose gauche stade II Dell. Un arrêt de travail à 100 % était alors envisagé pour une durée de deux à trois mois ;
- un rapport du 30 septembre 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_, pour un EMG [réd. : électromyogramme] du membre supérieur gauche dans le but d'exclure une compression du nerf médian, attestant une incapacité de travail à 100 % depuis le 9 mai 2014 ;
- un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de rhizarthrose gauche et attestant une incapacité de travail à 100 % du 9 mai à fin octobre 2014 ;
- un rapport du 30 octobre 2014 de l'inspecteur des sinistres de S.\_\_\_\_ SA, selon lequel la poursuite de l'incapacité de travail de 100 % à partir du 2 mai 2014 était liée à des complications survenues après l'opération subie par l'assuré en raison d'arthrose dans le pouce de la main gauche et en cours d'investigation pour en déterminer les causes et les mesures à prendre ;

- un rapport du 3 décembre 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_, faisant état d'un diagnostic de rhizarthrose gauche, d'une suspicion de *thoracic outlet syndrom* et attestant une incapacité de travail à 50 % jusqu'à mi-janvier 2015 ;
  
- un rapport du 19 décembre 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de rhizarthrose gauche stade II selon Dell symptomatique, de suspicion de *thoracic outlet syndrom* à gauche et de douleurs MP [réf. : métacarpo-phalangiennes] du 1<sup>er</sup> rayon de la main gauche d'origine indéterminée. Il attestait d'un arrêt de travail à 100 % depuis le 9 mai 2014 avec une reprise du travail à 50 % dès le 27 octobre 2014 et jusqu'à mi-janvier 2015 pour réévaluation. Ce praticien considérait que l'incapacité de travail dans la profession d'origine demeurait acquise à 50 %, expliquant que : « le patient effectue des manœuvres de soudure nécessitant une dextérité fine et la pince pulpe pouce - index, pouce - majeur. Au vu d'une diminution de la dextérité et d'une diminution de la force, ces gestes ne sont pour le moment pas possible [sic] ». Il n'observait en revanche aucune limitation physique, mentale ou psychique ;
  
- un rapport d'IRM du poignet gauche du 19 mars 2015, dont la conclusion était la suivante : « Persistance d'un remaniement dégénératif métacarpo-trapézoïdien du premier rayon avec œdème associé, sans synovite. Petit kyste arthrosynovial sur le versant dorsal du carpe, situé entre les ligaments extrinsèques radiotriquétral et scapho-triquétral » ;
  
- un rapport du 2 avril 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans son rapport du 19 décembre 2014. Il pronostiquait toujours une reprise du travail à 50 % dès le 27 octobre 2014, à réévaluer à mi-avril 2015, ainsi qu'une incapacité de travail dans la profession d'origine acquise à 50 %, ajoutant ce qui suit au sujet de ladite profession : « Au vu de gestes nécessitant une préhension fine et parfois plus soutenue

le rendement se voit diminué au vu des douleurs des articulations métacarpo-phalangiennes du pouce et du poignet » ;

- un rapport du 2 juin 2015 du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de rhizarthrose gauche stade II selon Eaton et Littler, type 2 selon Dell et de pouce en Z douloureux (douleurs MP dorsale à la pince large provoquant une hyperextension MP). Un poste adapté sans pince large pouce-index était préconisé et les médecins évoquaient une éventuelle arthrodèse du sésamoïde-premier métacarpien ;
- un rapport du 22 juin 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_, rappelant les diagnostics, et attestant une incapacité de travail à 100 % depuis le 9 mai 2014 avec reprise du travail à 50 % dès le 27 octobre 2014. A son avis, l'incapacité de travail dans la profession d'origine demeurait acquise à 50 % « au vu des douleurs à la MP d'origine peu claire » et il préconisait d'adapter le poste de travail en évitant au maximum les pinces larges pouce-index ;
- un rapport du 28 septembre 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_, posant les diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de rhizarthrose gauche stade II selon Eaton et Littler et type 2 selon Dell et de pouce en Z douloureux. Concernant l'évolution de son état de santé, il notait (sic) : « J'ai revu M. Z.\_\_\_\_\_ en consultation le 3.9.2015. L'évolution quant à la symptomatologie du pouce est très favorable. Le patient est satisfait quant à la trapézectomie et suspension avec l'absence de douleurs locales mais présente toujours des douleurs occasionnelles au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne le gênant pour effectuer des pinces larges ou des mouvements fins lors de soudures. Ces douleurs arrivent occasionnellement et se présentent sous formes de décharge électrique, nécessitant de lâcher l'objet et d'attendre quelques minutes. Toutefois ces douleurs ne sont pas

toujours reproductibles. Lors de la consultation, le patient se plaint d'une faiblesse générale et asthénie depuis 1 à 2 mois avec troubles du sommeil, des myalgies, une perte de poids avec une inappétence. Le patient dit être suivi à la Policlinique médicale du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ pour un bilan médical ». S'agissant de son activité habituelle de mécanicien soudeur, le spécialiste mentionnait la reprise à 50 % de cette activité dès le 27 octobre 2014, puis à 75 % depuis le 20 juillet 2015 et fixait une reprise du travail à 100 % à partir du 5 octobre 2015, avec la précision suivante : « Toutefois le patient peut être gêné lors de son activité en tant que mécanicien soudeur, mais les douleurs ne sont pas toujours présentes, raison pour laquelle nous avons discuté en accord avec le patient d'une reprise de travail à 100 % ». Il relevait comme limitation fonctionnelle d'ordre strictement médical un pouce en Z occasionnellement symptomatique ;

- un rapport du 21 décembre 2015 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, au sujet des douleurs électives chroniques au niveau de la face dorsale du poignet, constatant aucune instabilité particulière, ni de masse à la palpation, ni de problèmes ostéoarticulaires sur la base de l'IRM et prévoyant une échographie de la face de la face dorsale du poignet gauche ;
  
- un rapport du 29 décembre 2015 établi notamment par la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rhizarthrose gauche de stade II selon Eaton et Littler et de type 2 selon Dell depuis 2013, de pouce en Z douloureux depuis 2013, ainsi que de lombalgies non déficitaires, avec probable syndrome costo-vertébral depuis l'automne 2015. D'autres diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient mentionnés, soit des céphalées probablement tensionnelles, une glycémie à jeun pathologique et

hypertriglycémie, un status post-traumatisme de l'épaule gauche et multiples fractures de côtes gauches en 2002 et une notion de contusion cérébrale en 1982 secondaire à un accident de moto. Le pronostic de la Dre L. \_\_\_\_\_ concernant ce patient en traitement ambulatoire depuis le 22 février 2011 était le suivant : « Concernant la rhizarthrose et les douleurs du pouce gauche, au vu des nombreux traitements déjà entrepris, un pronostic, dans l'intention d'une amélioration notable, reste très limité. Les dorsalgies pourraient s'améliorer avec un traitement antalgique per os associé à de la physiothérapie. Des mesures ergothérapeutiques pourraient également être bénéfiques ». Elle récapitulait les périodes d'incapacité de travail suivantes : du 19 au 28 mars 2013 à 100 %, du 1<sup>er</sup> juin au 9 août 2015 à 50 %, avec une reprise du travail à 75 % dès le 10 août 2015, du 23 septembre au 23 octobre 2015 à 100 %, avec une reprise à 50 % le 27 octobre 2015, puis la poursuite à 50 % du 1<sup>er</sup> novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2015. L'activité habituelle était encore exigible à 50 %, mais le rendement de l'assuré pouvait être réduit à cause de crises de douleurs fréquentes et des douleurs provoquées par la répétition du mouvement, ces crises étant imprévisibles et non calmées par la prise d'antalgiques. La Dre L. \_\_\_\_\_ indiquait que Z. \_\_\_\_\_ était restreint dans son travail en raison des douleurs du pouce et du poignet gauche lorsqu'il devait déplacer une partie à souder sous le laser en utilisant sa main gauche et rencontrait des difficultés à se relever quand il devait s'accroupir pour manipuler des objets. Elle préconisait donc ce qui suit : « Une activité à raison de 4 heures par jour, tel qu'au taux effectué actuellement, paraît raisonnable dans le but de limiter au maximum la survenue des crises », ainsi que le port d'une attelle contenant le poignet et le pouce afin de réduire la fréquence des crises et de lui permettre de travailler à un taux d'activité entre 50 et 75 %, bien que le port d'une telle attelle ne leur parût pas envisageable dans le lieu professionnel actuel en raison des éléments rotatifs présents dans ce dernier. La Dre L. \_\_\_\_\_ ne

s'attendait pas à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail ;

- un rapport du 19 janvier 2016 de consultation ambulatoire du Dr W.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de « Rizarthrose Gauche type II selon Eaton\_littler. type 2 selon Dell. Pouce en Z douloureux (Douleurs MP dorsale à la pince large provoquant une hyperextension MP) » ;
  
- un rapport du 25 janvier 2016 de consultation ambulatoire de la Dre L.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de douleurs multiples, d'hypertriglycémie, de paresthésies et décharges électriques aux membres supérieurs gauches et de trouble de l'humeur. L'anamnèse actuelle était rédigée comme suit (sic) : « Douleurs persistantes. Se sent "vieux", comme après un match de boxe, coups de genoux dans les cotes, épaules et côtes ddc. Douleurs comme après son accident de moto (fractures de côtes) mais intermittentes et sans amélioration. N'arrive pas à se relever quand s'accroupit mais n'a pas l'impression d'avoir perdu la force. Impression de prendre de l'ovomaltine, pas mieux mais plus longtemps. Fatigue persiste, fluctuante. Dort ++ mais somnole ++ durant la journée, fatigue ++++. Menace de s'endormir au travail. perdu 2-3kg, ne mange plus car trop fatigué et sensation de réplétion précoce. Arrive a "tenir le coup". Impression qu'il devrait être plus mal, arrive a rire malgré les douleurs. Impression de se doper pour pouvoir payer une nouvelle voiture au patron, pas pour lui. pas de reconnaissance au travail. Même à 50 %, a un rendement 10x plus qu'avant mais n'a pas le salaire. pb avec la philosophie du travail mais sinon bonne entente au travail. trouve des "combines" pour tout. A remis l'attelle de pouce/poignet, infection faite, n'a rien senti, très content, impression que cela va mieux, moins gonflé. A toujours une baisse de sensibilité du pouce G. A toujours les lancées dans le bras, intermittentes. Très gros dérouillage pendant 2-3h le matin. » ;

- un rapport du 28 janvier 2016 du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, interprétant les résultats d'un ultrason des deux poignets pratiqué le 6 janvier 2016 comme suit : « L'examen US permet d'écartier une symptomatologie à l'origine d'un conflit métacarpo-trapézoïdien post trapézectomie. Vu la synovite postérieure du poignet, le diagnostic différentiel se pose entre un kyste arthrosynovial occulte versus une synovite inflammatoire d'autre origine, qui est notamment plus probable. Nous proposons de pratiquer une infiltration test dorsale du poignet » ;
  
- un rapport du 9 février 2016 de consultation ambulatoire de la Dre L.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans son rapport antérieur et décrivant comme suit l'anamnèse actuelle : « Infiltration : localement bcp mieux mais mobilisation encore difficile. N'arrive toujours pas à ouvrir un bocal de confiture sans douleur. Pense que le ttt de cymbalta est inutile. Epuisé physiquement et moralement le matin, tient le coup jusqu'à midi puis s'effondre. Patron avait proposé AI, fin du contrat au 30.04.16 => renvoyé, ne travaille plus depuis le 28.01.16. LICENCIE (K.\_\_\_\_\_) : Dit avoir beaucoup de contacts dans le métier, a peur de ne pas trouver de travail car trop spécialisé, pense même se mettre à son compte. » ;
  
- un rapport du 12 février 2016 de consultation ambulatoire de la Dre [...], pour des problèmes de myalgies inflammatoires avec importante raideur au repos d'évolution progressive, de fatigue et de rhizarthrose gauche opérée, avec l'anamnèse suivante (sic) : « 12.02.2016. Dr [...] infiltration poignet G il y a 1 mois. Doul cervico dorsales très importantes au réveil avec RM de 30 min-1h. RN en raison des doult vt et aussi des coudes. C'est comme il a été battu la nuit avec des battons de baseball. Doult depuis 5 ans. Même difficile d'ouvrir le robinet ou un couvercle. En faisant la soudure depuis 40 ans il a commencé a présenter

des symptômes de TC à G avec hypoesthésie des 3 premiers rayons. la nuit fourmillements des 2 mains. Fatigue +++ . Il ronfle, suspicion des SAS. Il s'endort dans la journée. Pas de photosensibilité. Pas de Raynaud. Pas d'aphtes bucal ou genital, pas d'Uveite. Pas de pso ni dans la fam. Pb enthésite des pieds, pb des coudes. Pas de transpiration nocturne. Pas de sympt B. Selles normales. Pas de sicca sd. Pas de synovites. Pas de dactylite. Pas de lombalgies comme adolescent. Pas de rel sex à risque. Probable piqure de tique sans érythème ». Son poids indiqué était de 70 kg ;

- un rapport du 19 avril 2016 de consultation ambulatoire de la Dre L.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans son rapport antérieur et ajoutant celui de kératose temporale gauche. Son anamnèse actuelle était formulée ainsi (sic) : « 2jours après l'arrêt a ressenti des vertiges ++ rotatoires, impossibilité de marcher, Vision floue mais couleurs ok, impression d'être drogué. Actuellement n'a plus de symptômes. Par la suite a pu faire un peu d'activités mais le lendemain. Gonalgie G : persistante, lâchage genou en montant les escaliers, arrive sans prévenir. Était déjà arrivé il y a un an. Sentiment de brulure dans les muscles, impression de fatigue extrême » ;
  
- un rapport du 12 mai 2016 de consultation ambulatoire de la Dre L.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans son précédent rapport et exposant l'anamnèse actuelle suivante (sic) : « A le rhume des foins. Gonalgie G : persistante, lâchage genou en montant les escaliers, arrive sans prévenir. Était déjà arrivé il y a un an. genou D aussi qui grince. Sentiment de brulure dans les muscles, impression de fatigue extrême = courbatures persistantes. si est concentré, n'y pense pas. lâche des objets. fatigué ++, a fait la polygraphie mais pas encore de résultats. A fait trop d'administratif : service social ville lausanne, OFP mais pas apte à être placé, proposé social a 100 % mais revenu faible ou chômage a 50 %, dossier rempli pour chômage avec

conditions de travail. très attristé car les autres enfants a l'école le traitent de drogué comme il ne peut pas marcher » ;

- un rapport du 18 mai 2016 de consultation ambulatoire du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, pour le suivi des myalgies inflammatoires et indiquant l'anamnèse actuelle suivante (sic) : « Patient revu ce jour pour myalgies inflammatoires en cours d'investigation. Bilan réalisé: Labo: -CK [réd. : créatine kinase]: discrètement élevés à 215. -VS, CRP, TSH bilan phosphocalcique, PTH vit D: dans la N. -bloc polymyosite, FAN, ENA. -sérologies (HIV, HCV, Lyme, EBV). -pas de gammopathie monoclonale » ;
  
- un rapport du 26 mai 2016 du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, relatif à la polygraphie respiratoire nocturne en ambulatoire effectuée du 26 au 27 avril 2016, concluant à une absence de trouble respiratoire au cours du sommeil ;
  
- un rapport du 13 juin 2016 de consultation ambulatoire de la Dre L.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans ses précédents rapports et décrivant l'anamnèse actuelle ainsi (sic) : « Prend 15 et 10gouttes de tramadol depuis le 27.05 => efficace rapidement, pas de vertiges ni nausées mais pas qq tb de concentration. N'a pas utilisé le sirdalud. Est à l'assistance sociale, l'AI ne bouge pas, attristé. Ouverture du flacon difficile, pas assez de force, pas de récupération possible, faiblesse dès le matin. Anesthésie des bras le matin et la cuisse dte latérale. Faiblesse principalement des quatriceps, a la répétition du mouvement (2x suffisent). Lâchage de jambes sans prévenir. Toujours fatigué, oublis fréquents, met des alarmes pour tout les rdv car oublie. Pas de tb visuel récent, correction courbure cornée il y a qq années, a plusieurs jeux de lunettes. Mouvements fins impossibles » ;

- un rapport du 26 juin 2016 de consultation ambulatoire du Dr P.\_\_\_\_\_, pour le suivi des myalgies inflammatoires, dont l'anamnèse actuelle est alors formulée ainsi (sic) : « Patient revu ce jour pour myalgies inflammatoires en cours d'investigation. IRM corps entier : négatif. Patient se plaint toujours de sensation de faiblesse musculaire diffuse, plus de douleur depuis introduction Tramal. Réveillé en fin de nuit pour des paresthésie D1 et D2 et avant bars ddc G>D depuis plusieurs années, déjà investigué (ENMG [réd. : électroneuromyogramme], IRM cervical). Pas de trbl érection. Perte de poids de 4kg ces 2 derniers mois. TTT actuel: tramadol, paracétamol. Pas de TOX. Anamnèse rhumatologique non contributive. Exposition professionnelle au Nickel » ;
  
- un rapport du 19 juillet 2016 de consultation ambulatoire de la Dre [...], posant les mêmes diagnostics que dans les précédents rapports de la Dre L.\_\_\_\_\_. Elle rédigeait ainsi l'anamnèse actuelle (sic) : « Prend Tramal 15 gttes le matin et 10 gttes l'après-midi, content car bonne amélioration des douleurs! Pas d'effet indésirable. Mais persistance de faiblesse musculaire. Se demande si son problème peut être dû à une accumulation de nickel car travaillait comme soudeur/mécanicien pdt des années ; exposition à la poussière de nickel + débris de nickel cutané dans la cuisse D. Pas d'exposition particulière au plomb. En parlera aussi aux rhumatologues. Rhumato : bilan en cours, patient a RDV prochainement pour IRM +/- biopsie musculaire. Ophtalmo : a RDV fin juillet. TA à domicile : 130-135/75-80 mmHg. ». Le poids indiqué est de 69 kg ;
  
- un rapport d'IRM du corps entier du 28 juillet 2016, dont le résultat était le suivant : « Région antérieure de la jambe gauche présentant un hypersignal, sans involution graisseuse, ni anomalie de trophicité, possiblement d'origine artéfactuelle. Pas d'autre argument pour une myosite sur le reste du corps entier.

Pas d'autre anomalie visualisée par ailleurs sur les coupes à disposition » ;

- un avis médical du 22 août 2016 de la Dre DF.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR), demandant d'interroger la Dre L.\_\_\_\_\_, et le Dr C.\_\_\_\_\_ sur l'évolution de l'état de santé de Z.\_\_\_\_\_ et de sa capacité de travail ainsi que sur une éventuelle comorbidité psychiatrique associée ;
  
- un rapport du 23 août 2016 de consultation ambulatoire de la Dre L.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans ses précédents rapports et notant ce qui suit dans l'anamnèse actuelle (sic) : « Perte de la souplesse du corps, impression d'être dans une carapace. Marche a plat possible, pas vite mais sur une relativement longue durée, mais IRM musculaire corps entier: sp. Dès qu'il doit faire une montée ou escaliers, fatigue +++ voire lâchage, pas de problème de dyspnée. Impression de porter un sac de 40kg sur le dos depuis le réveil. Se fâche car n'y arrive plus, en colère, ne se laisse pas abattre. Sensibilité: hypoesthésie/paresthésie face post de la cuisse occasionnellement D>G, quotidiennement au niveau de la face externe des bras et poignets surtout la nuit. 1-2x/nuit, le réveille associé hypoesthésie avec paresthésies. Force: perte de force surtout en proximal (cuisses) au niveau des MI et distal a niveau des MS. Douleurs: pas de point précis, mais surtout dos et omoplates, sensation de raideur. Moins de lâchage de jambes. A eu rdv avec spécialiste APA mais ne sait pas dans quelle direction il faut aller => attend les résultats. Est à l'assistance sociale, l'AI ne bouge pas, attristé. Se fit aider par PROCAP, rassuré de savoir qu'il a de l'aide » ;
  
- un rapport du 26 septembre 2016, établi notamment par le Dr. V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie au Service éponyme du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic principal de

syndrome du canal carpien gauche et concluant : « L'examen met en évidence un syndrome du canal carpien gauche avec bloc de conduction pour lequel nous prescrivons au patient le port d'une attelle d'extension nocturne du poignet. Nous vous proposons de l'adresser prochainement à un chirurgien de la main en vue d'une opération de décompression du nerf médian. A noter que dans le contexte du status post-trapézectomie, il n'y a pas de lésion du nerf radial sensitif gauche. Concernant les suspicions de myopathie et de faiblesse généralisée, nous ne les retrouvons pas à l'anamnèse de ce jour. Le status neurologique est par ailleurs dans la norme sans red flags et les examens que vous avez réalisés se veulent également rassurants (à noter que les CK sont considérés dans la norme au vu de la masse musculaire du patient). Nous n'avons donc pas d'argument supplémentaire pour poursuivre les investigations. Comme démontré par le passé, il n'y a pas d'argument clinique ou électrophysiologique pour une polyneuropathie » ;

- un rapport du 29 septembre 2016 de consultation ambulatoire du Dr W.\_\_\_\_\_, faisant état de (sic) « douleur persistantes poignet gauche. jamar 50 kg droite contre 30 kg gauche. mobilité poignet 80/0/80 ddc, pronosupination libre, IU/IR 30/0/10. actuellement à 30 % depuis septembre 2016 » ;
  
- un rapport du 30 septembre 2016 du Dr W.\_\_\_\_\_, mentionnant des douleurs persistantes au poignet gauche et une baisse de force du poignet, ainsi que des paresthésies avec objectivation d'un syndrome canal carpien gauche. Le spécialiste évaluait la capacité de travail dans l'activité habituelle à 30 % depuis septembre 2016 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en limitant les exercices répétitifs et le port de charges lourdes. Il n'existait à son avis pas de comorbidité psychiatrique associée ;

- un rapport du 25 octobre 2016 de consultation ambulatoire de la Dre L.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans ses précédents rapports et réactualisant comme suit l'anamnèse (sic) : « A trouvé du travail chez K.\_\_\_\_\_ (son ancien employeur) + [...]: travaille à la mission dans la soudure mais pas de contrat fixe donc obligé de rechercher des emplois pour avoir le droit au chômage. Très valorisant car aide +. Trouve du travail mais pas de contrat f. A toujours beaucoup de tracas administratifs. S'est réveillé ce matin à 4h, bras G engourdi, a du prendre le tramadol. ENMG défaut de conductibilité. ». Son poids indiqué est de 67 kg ;
  
- un rapport du 8 novembre 2016 de consultation ambulatoire du Dr [...], pour la médecine manuelle, prévoyant une recherche de maladie de Lyme lors de la prochaine prise de sang en cas d'absence d'amélioration avec la médecine manuelle, dont l'anamnèse était la suivante (sic) : « Adressé par med ttt, actuellement surtout doult dorsal, interscap, doult comme si il avait une chute dans les escalier, sensation de carapace dans tout le dos. Rhumato "inutile" selon lui » ;
  
- un rapport du 15 novembre 2016 de consultation ambulatoire du Dr [...], pour le suivi de la médecine manuelle, posant les diagnostics de « Trigger point sous-épineux gauche » et de « Douleurs généralisées avec lâchage » et constatant ce qui suit : « Bonne évolution des douleurs de son épaule droite et du dos mais présente tout de même des douleurs diffuses au moment où il interrompt la prise de tramadol. Décrit des lâchages au niveau des mains et des jambes » ;
  
- un rapport du 24 novembre 2016 de consultation ambulatoire du Dr W.\_\_\_\_\_, décrivant ce qui suit (sic) : « 16/11/2016 depuis plusieurs années, douleur membre supérieur gauche. hypoesthésie des premiers doigts de la main gauche. réveil nocturne avec Flick sign. douleur irradiant vers le bras et épaule.

Faiblesse du court abducteur du pouce gauche. petite amyotrophie des thenariens externes. tinel, phalen reproduisent des douleurs irradiant vers partie proximale du membre sup gauche. ENMG: bloc de conduction nerveux ralentissement de la VCN à 23.5m/s. pas de signe de tenosynovite des fléchisseurs. intervention de neurolyse nerf médian gauche programmée pour le 30/11/2016 » ;

- un rapport du 24 novembre 2016 de consultation ambulatoire du Dr N.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de « fatigue/douleurs musculaires diffus d'origine pas claire DD: goutte à présentation atypique, fibromyalgie », « canal carpien G: -status post trapézectomie et ligamentoplastie en mai 2014 », hypertriglycémie, trouble de l'humeur, kératose temporale gauche, ainsi que prévention (cancers colorectal et prostate, HTA, ophtalmo). L'anamnèse actuelle était décrite comme suit (sic) : « A trouvé du travail chez K.\_\_\_\_\_ (son ancien employeur) + [...]: travaille à la mission dans la soudure mais pas de contrat fixe donc obligé de rechercher des emplois pour avoir le droit au chômage (inscrit depuis mai 2016). Patient va être operé de son canal carpien gauche le 30.11.16 et va voir le rhumatologue demain. Porte lâtelle poignet G pendant la nuit et va à la med manuelle et trouve une amelioration des symptômes (moins de réveils, moins de hypoesthesie des doigts, mais encore lachages de la main, moins de douleurs de dos mais encore fatigue... Prends encore le tramal avec un bon effet sur les douelurs du dos. Concernant la fatigue dès qu'il doit faire une montée ou escaliers, fatigue +++ qui persiste. Pas de problème de dyspnée. Impression de porter un sac de 40 kg sur le dos depuis le réveil. Patient informé ce jour de la rédaction du rapport AI avec prise de connaissance du contenu, qui trouve correct » ;
  
- un rapport du 25 novembre 2016 de consultation ambulatoire de la Dre [...], pour le suivi de myalgies d'origine indéterminée, dont l'anamnèse actuelle est la suivante : « 25.11.16: a eu bilan

complet: seule chose trouvée: opération prévue le 30.11.16. Décrit myalgies diffuses sans horaire spécifique. S'hydrate 2L/j. Perte de 5kg en 6 mois involontaire. Fumeur 25 UPA. Boit 2-3 bières/j. » ;

- un rapport du 13 décembre 2016 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie (depuis 2020 et 2021 respectivement), en complément au rapport médical du 29 décembre 2015. Ces médecins décrivaient ainsi l'évolution de l'état de santé depuis décembre 2015 :

« Concernant la rhizarthrose gauche et pouce en Z douloureux, opéré par trapézectomie et ligamentoplastie en mai 2014, avec syndrome du canal carpien gauche objectivé par ENMG :

- o Le patient présente toujours des douleurs du pouce gauche, de type décharge électrique, irradiant vers le bras ipsilatéral, lors de l'utilisation du pouce gauche.
- o Il présente également des réveils nocturnes, engendrés par les douleurs du pouce, pour lesquelles il doit secouer la main, afin de soulager les douleurs.

Plusieurs traitements par AINS/paracétamol et de physiothérapie, à but antalgique, n'ont eu qu'un bénéfice modéré et transitoire.

Le patient présente une hypoesthésie fluctuante initialement (fin 2015) au niveau des doigts 2-4 de la main gauche, et actuellement, au niveau des doigts 1-3 de la main gauche, depuis l'apparition des douleurs du pouce gauche.

Pour rappel, une IRM cervicale en 2002, n'avait pas montré de particularité. L'évaluation spécialisée de l'Unité nerf-muscle du 09.09.2016 (...), a pu objectiver par ENMG un bloc de conduction du nerf médian gauche à son passage au poignet gauche. Une attelle d'extension nocturne a été prescrite depuis le mois de septembre 2016, sans amélioration notable des symptômes. Une opération de désincarcération du nerf médian gauche est donc prévue pour le 30.11.2016, par le Dr W.\_\_\_\_\_ (chirurgien de la main). Il est à noter que dans le contexte de post-trapézectomie, il n'y a pas de lésion du nerf radial sensitif gauche. L'évaluation spécialisée par l'ultrason du Service de chirurgie de la main, de janvier 2016, a pu écarter une origine de type conflit métacarpo-trapézoïdien post-trapézectomie [...].

Pour rappel, le traitement de citalopram jugé inefficace en 2015, a été modifié en faveur du Cymbalta (50 mg 1x/jour), sans aucun bénéfice subjectif, au cours de 2016 (dose titrée jusqu'à 90 mg/jour et arrêté en mars 2016. Pas de mauvaise compliance, selon le monitoring effectué (entre février et mars 2016), via le semainier électronique [...], avec aucun oubli objectivé. Des séances

d'ergothérapie avaient aussi été effectuées en fin 2015, sans bénéfice subjectif.

Pour ce qui est des dorsalgies (cyphose connue) associées à une faiblesse musculaire généralisée, sans substrat organique objectivé :

- o Suite à l'évaluation spécialisée de l'Unité nerf-muscle du 09.09.2016, pas d'élément clinique, radiologique (IRM musculaire), ou sanguin (CK dans la norme, immunoblot des anticorps de type polymyosite, négatif) pour une myopathie.
- o Il n'y a pas non plus d'élément pour une polyneuropathie [...].
- o L'évolution des douleurs dorsales est fluctuante avec un bon effet - mais transitoire - apporté par la prise du tramadol.
- o Le patient est également suivi en médecine manuelle depuis novembre 2016, avec un bénéfice subjectif sur les douleurs dorsales.
- o Un avis rhumatologique est prévu pour décembre 2016. Pas d'amélioration de la fatigabilité musculaire généralisée, pour laquelle il n'y a pas d'explication objective, à cette date ».

Sa capacité de travail dans l'activité habituelle en 2016 était évaluée à 50 % jusqu'au 30 avril 2016, puis à 0 % jusqu'au 7 septembre 2016 et à 30 % jusqu'à son opération prévue le 30 novembre 2016. Les praticiens notaient que le patient était inscrit au chômage à 30 % depuis mai 2016. Son activité habituelle chez son ancien employeur leur paraissait adaptée avec les limitations consistant en l'absence de mouvement répétitif de force avec la main gauche et de port de charges supérieur à 10 kg avec la main gauche. Au vu de l'évolution clinique, une capacité de travail de 30 % leur semblait raisonnable, avec une probable augmentation à 50 %, à réévaluer selon les résultats de son opération du canal carpien et l'évolution de la faiblesse musculaire généralisée ;

- un rapport du 14 décembre 2016 de consultation ambulatoire du Dr W.\_\_\_\_\_, décrivant ce qui suit : « 14/12 va bien, n'a plus de fourmillement » ;
- un rapport du 16 décembre 2016 du Dr JK.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et du Dr P.\_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, retenant des myalgies inflammatoires d'origine indéterminée, concluant ainsi à l'attention de la Dre L.\_\_\_\_\_ : « Votre patient

présente des myalgies inflammatoires d'origine peu claire. L'anamnèse ne révèle pas de prise de toxique ni de statine. Signalons un traitement de Citalopram puis de Cymbalta stoppés depuis mars 2016. Votre patient présente par ailleurs des symptômes pouvant faire évoquer un syndrome du tunnel carpien à gauche » ;

- un rapport du 29 décembre 2016 de consultation ambulatoire du Dr N.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans son précédent rapport. L'anamnèse est actualisée comme suit (sic) :  
« Ce jour: Rapport AI envoyé, pt informé. Il a vu les rhumatologues, il a compris que on ne sait pas qu'elle est la raison de sa faiblesse subjective (il a pris le magnesium 1x/j prescrit par rheumat). A niveau de la faiblesse status quo. Re- eval fonctionnelle prévue en rhumatologue. Suite à op du 30.11.16 nette amelioration des fourmis main G, pas de douleurs main-bras G non-plus (excellent resultat). Arret mal 100 % suite à op jusqu'au le 31.12.16. Renouvelé ce jour arret mal au 70 % pndt 1 mois (on est à 1 mois post-op) » ;
  
- un rapport du 13 janvier 2017 du Dr JK.\_\_\_\_\_ et de la Dre [...], du Service de rhumatologie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, adressé au Dr N.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic principal de polymyalgies d'origine indéterminée et constatant ce qui suit :

« Nous revoyons ce jour votre patient de 53 ans pour ses myalgies d'origine indéterminée. Pour rappel, Mr Z.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs musculaires à type de crampe à l'effort, associées à une sensation de faiblesse généralisée. Il se plaint par ailleurs de paresthésies des 2 premiers doigts et de l'avant-bras, prédominant à gauche avec réveil nocturne en fin de nuit. Le reste de l'anamnèse rhumatologique et la revue des systèmes sont non contributives.

Le patient ne prenait pas de statine ni d'anti-diabétique oral. Les ALAT, les CK et la vitamine D étaient dans la norme et il n'y a pas d'éosinophilie. Un bilan biologique étendu a été réalisé, qui était sans particularité à part la présence d'un HLA-B27 positif compatible uniquement avec une forme enthésitique de spondylarthropathie, et une uricémie transitoire à 452 mcmol/l sans histoire compatible avec une goutte. Des radiographies du bassin avec incidence Barsony ont été réalisées, qui ne retrouvait pas d'anomalie des sacro-iliaques. Une IRM du corps entier montrait cependant une possible petite zone d'hypersignal qui pourrait être biopsié en cas de persistance

des symptômes. D'autre part, les lactates pourrait être dosés en cas de persistance des symptômes.

Le patient avait été envoyé en consultation auprès de nos collègues neurologues, au vu des paresthésies au niveau des mains. Ceux-ci ont retenu uniquement un syndrome du canal carpien gauche, qui a été opéré le 02.12.16.

D'autre part, au vu de la consommation éthylique et du risque d'hypomagnésémie dans ces cas, nous introduisons un essai thérapeutique de Magnésium pour une durée de 3 mois. Ceci pourrait être continué en cas de soulagement des douleurs. Nous organisons une évaluation fonctionnelle afin d'évaluer de façon objective ses douleurs » ;

- un avis médical du 24 janvier 2017 de la Dre DF.\_\_\_\_\_, du SMR, suggérant de requérir du Dr W.\_\_\_\_\_ les documents attestant l'évolution post opératoire du tunnel carpien, les limitations fonctionnelles, l'estimation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, en précisant depuis quand, ainsi que le concilium rhumatologique prévu en décembre 2016, avec les estimations de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles ;
  
- un rapport du 9 février 2017 de consultation ambulatoire du Dr N.\_\_\_\_\_, des Unités somatiques du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics suivants (sic) : « Diag 1 : fatigue/myalgies diffus d'origine pas claire DD goutte à présentation atypique, fibromyalgie , Diag 2 : Canal carpien G : - status post trapézectomie et ligamentoplastie en mai 2014, Diag 3 : Hypertriglycémie, Diag 4 : Trouble de l'humeur, Diag 5 : Kératose temporale gauche, Diag 6 : prévention (cancers colorectal et prostate, HTA, ophtalmo) ». L'anamnèse du jour était décrite ainsi (sic) : « pas encore revu les rhumatologues pour re-eval fonctionnelle. symptômes main G complètement disparus, très content du résultat. Contre chez operateur prevu en mars 2017. daccord pour passer au 50 % depuis le 30 %, ca va au travail. prends du tramal maximum 30 gouttes/j ; pas de constip, pas de nausées, pas de vomissements, pas de vertiges. fatigue avec myalgies invariées, status quo » ;

- un compte rendu d'une consultation d'urgence du 15 février 2017 du Centre médical d'[...], posant le diagnostic de tendinite des extenseurs poignet droit et attestant un arrêt de travail à 100 % du 15 au 26 février 2017 ;
- un rapport du 6 mars 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_, précisant que Z.\_\_\_\_\_ avait été opéré le 30 novembre 2016 et que les symptômes avaient disparu lors de la consultation du 14 décembre 2016. Le Dr W.\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail de 70 % du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2017 et de 50 % du 31 janvier au 28 février 2017 ;
- un compte rendu d'une consultation d'urgence du 12 mars 2017 du Centre médical d'[...], posant le diagnostic d'arthrite de la cheville droite ;
- un rapport du 13 mars 2017 d'urgences ambulatoires de Mme [...], décrivant ce qui suit (sic) : « Mots du patient : a été consulté a [...] hier pour un oedeme de la cheville Droite sans notion de traumatisme -> diagnostic d'arthrite et a été mis sous Voltaren Dolo et Apranax + mis en place d'une cheville. revient ce jour pour une nouvelle consultation -> patient marche au tri EVA a 3, bonne sensibilité. patient porteur de prothèse poignet gauche. Informations en lien avec la situation clinique : M se présente à la PMU en pensant voir son médecin traitant DrN.\_\_\_\_\_ mais celui ci n'est pas présent. Repart à domicile après discussion avec la Dre [...], ne veut pas déranger. n'estime pas être une urgence repart à domicile. Contactera le Dr N.\_\_\_\_\_. Ne veut pas que je lui prenne les constantes » ;
- un rapport du 31 mars 2017 de consultation ambulatoire du Dr N.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans son rapport du 9 février 2017. L'anamnèse du jour est décrite ainsi (sic) : « la sensibilité de la main G revenue. Force en amelioration main G. Prends au besoin le tramal. Pas de constipation. Fatigue invariée.

consulté le 12.3.17 le [...] de [...] pour tumefaction modérée de la cheville D sans notion de trauma ; probable entorse des lig lat (car marché 2h le jour avant) pas de signes de arthrite ; ad AINS et ankle fix avec resolution du problème. Travaille toujours à l'[...] à la demande ; arrive à travailler au 50 %. Renouvelé arrêt de travail ce jour au 50 %. vu le chir de la main le 15.3 ; W.\_\_\_\_\_ ; bon effet de la chir du tunnel carpien » ;

- un rapport du 16 mai 2017 des Drs H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, constatant une incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> mai 2016 et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis le 31 mars 2017, ainsi que des limitations fonctionnelles consistant en une faiblesse musculaire subjective diffuse, en cours de suivi rhumatologique et une diminution objective de la force de la main gauche, lors de son évaluation en chirurgie de la main le 15 mars 2017 ;
- un rapport du 22 mai 2017 de consultation ambulatoire du Dr Q.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans les rapports antérieurs de ces unités. Selon l'anamnèse du jour (sic) : « A fait médecine manuelle qu'il a trouvé efficace. Desire médecine manuelle. A essayé d'arreter le tramal mais n'arrive pas à fonctionner, ressent tjs énorme fatigue et sensation de porter un sac de 20 kg. Il aurait consulté aux urgences la semaine dernière pour une inflammation du bras droit avec prescriptions d'apranax qu'il n'a pas supporté. Se plaint aussi de douleur au genou gauche, pouvant le réveiller la nuit. Ré-éval rhumato à la fin du mois. A perdu 9 kg depuis un an ? ». Son poids indiqué était de 68 kg ;
- un rapport du 30 mai 2017 de consultation ambulatoire du Dr R.\_\_\_\_\_, des Unités somatiques du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, pour le suivi des myalgies inflammatoires, exposant ainsi l'anamnèse du jour (sic) : « [...] Nous suivons Monsieur

Z.\_\_\_\_\_ à notre consultation ambulatoire dans le contexte de ses myalgies d'origine indéterminée, évoluant depuis environ 4 ans, invalidantes et associé à une fatigabilité augmentée. Le bilan biologique effectuée s'est révélée sans particularité en dehors de la présence d'un HLA-B27 positif, compatible éventuellement avec une forme enthésitique de spondylarthropathie et une urecemie à 452 umol/L, sans histoire compatible avec une goutte. Le bilan radiologique (radiographie du bassin et IRM du corps entier) n'à pas montrée d'anomalie significatives. Au contrôle de ce jours signale la persistance des myalgies diffuses, exacerbée aux activités, mais présentes aussi la nuit. Parfois nécessité d'un déverrouillage matinale d'environ 30 minutes, mais pas constant. Pas de fièvre. Pas d'arthralgie. Il signale un perte de poids de 9 kg en 1 an, sans changement de la diète. Il signale une inefficace du traitement par Cimbalta, du Magnesium et du Tramedol. Il signale la régression des paresthésie de la main gauche après traitement chirurgicale du syndrome du tunnel carpien, le 30.11.2016 » ;

- un rapport du 6 juin 2017 de consultation ambulatoire de la Dre [...], pour la médecine manuelle, posant les diagnostics de « Dysfonction D 8-9 gauche avec côte correspondante et TP muscu, paravertébrale » et de « Douleurs généralisées avec lâchage » et formulant ainsi l'anamnèse actuelle (sic) : « A eu bon effet du DN, avec disparition des douleurs lors de la dernière prise en charge. Vient car récidence des douleurs, constantes, niveau para-lombaire G médio-dorsal, depuis environ un mois, apparition progressive. surtout des douleurs si reste longtemps dans la même position, soulagé par le mouvement. Pas ce type de douleur la nuit. Différencie très bien ce type de douleur de ses douleurs rhumatologiques » ;
  
- un rapport du 6 juin 2017 de consultation ambulatoire du Dr R.\_\_\_\_\_, pour le suivi des myalgies inflammatoires et constatant une absence de modification de la symptomatologie

par rapport au 30 mai 2017. Il remarquait ce qui suit à propos de la prise en charge (sic) : « MT [réd. : médecin traitant] Dr L.\_\_\_\_\_. Mécanicien outilleur, viré fin Janvier 2016. Marié avec 1 garçon de 6ans. Arrêt de AIKIDO en 2008 car difficile pour les coudes et genoux. Il ne veut pas d'AI pour reconversion. Il veut rester dans son métier » ;

- un rapport de scintigraphie osseuse du 20 juin 2017 effectuée au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, conclu ainsi : « Cet examen ne montre pas de signe d'atteinte inflammatoire des principales articulations. La distribution du traceur est normale aux 3 temps de l'examen avec la présence de quelques troubles dégénératifs, qui reste normaux pour l'âge » ;
- un rapport du 27 juin 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de syndrome du canal carpien gauche, en précisant qu'une opération chirurgicale avait eu lieu le 30 novembre 2016. Il indiquait que Z.\_\_\_\_\_ n'avait plus de fourmillement et une mobilité normale, mais qu'il présentait une persistance de douleur au poignet gauche et une baisse de force de 50 %, ce qui représentait des limitations fonctionnelles notamment quant au poids à porter. Le spécialiste attestait d'une incapacité de travail à 100 % du 30 novembre au 31 décembre 2016 et d'une capacité de travail à 100 % depuis le 15 mars 2017 dans une activité adaptée ;
- un rapport du 11 juillet 2017 de consultation ambulatoire de la Dre GH.\_\_\_\_\_, des Unités somatiques du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, pour le suivi des myalgies inflammatoires, qui décrivait ainsi l'anamnèse du jour (sic) : « 11.07.17 : scintigraphie : pas de lésion inflammatoire ou osseuse. Reprise de l'anamnèse : fatigue généralisée. Décrit des plainte musculaire mal défini sous forme de fatigue. Pas de douleur articulaire. Dit se lever le matin 4-5h ; prend de Tramal qui le

soulage temporaire. Pas de récurrence de synd carpien. Patient au chômage. Très logorrhéique » ;

- un avis médical du 13 juillet 2017 de la Dre DF.\_\_\_\_\_, du SMR, selon lequel (sic) « en l'absence de précisions sur l'évolution de la CT [réf. : capacité de travail] depuis avril 2014, d'une évaluation musculo-squelettique globale, vu les antécédents de lombalgies chroniques, de traumatisme de l'épaule G et d'épisode dépressif, dans un contexte de consommation d'alcool nocive pour la santé et des douleurs musculaires diffuses, sans substrat organique identifié selon les documents à disposition, afin de se prononcer sur l'exigibilité dans une activité adaptée et des limitations fonctionnelles ayant incidence sur le rendement, nous suggérons une expertise orthopédique (rhumatologique) et psychiatrique » ;
  
- un rapport du 21 juillet 2017 de consultation ambulatoire du Dr Q.\_\_\_\_\_, des Unités somatiques du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans les rapports antérieurs de ces unités et notant l'anamnèse du jour suivante (sic) : « Logorrhée ++, pas d'amélioration notable, sensation de porter 20 kg sur le dos, myalgies ++. Bilan rhumato : IRM sp, schinti sp, essai prednisone pas efficace -> myalgie d'origine indéterminée avec HLA B27 + et hypermobilité. -> ttt par vimovo, lyrica, réval ds 4 mois -> essai anti-TNF ? Med manuelle : efficace, mais lombalgies réapparues après 2 semaines » ;
  
- un rapport du 24 août 2017 des Drs CD.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et R.\_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de myalgies d'origine indéterminée. Ils commentaient ainsi les résultats des consultations : « [...] Nous sommes confrontés à des myalgies diffuses qui restent d'origine indéterminée, sans syndrome inflammatoire ni élévation des CK et sans réponse à un traitement d'épreuve par corticostéroïdes,

dans un contexte d'hypermobilité, HLA-B27 positif et perte de poids involontaire. Dans ce contexte, nous décidons de compléter le bilan avec une scintigraphie triphasée, effectué le 13.06.2017, revenue dans la norme. Il est revu le 11.07.2017 où il signale une stabilité de la symptomatologie avec notamment une fatigue importante et myalgie en prévalence matinales temporairement soulagé par le Tramal, sans indices pour une myopathie inflammatoire aux investigations effectuée jusqu'ici. Dans l'hypothèse d'une origine neuropathique de la douleur, nous proposons un essai thérapeutique avec Lyrica le soir et Vimovo en réserve, associé à de la physiothérapie centrée sur la proprioception et des étirements. Nous reverrons Monsieur Z.\_\_\_\_\_ à 4 mois. En absence d'amélioration et compte tenu du HLA-B27 positif et des douleurs matinales dans l'hypothèse d'une probable spondylarthropathie avec plutôt une atteinte périphérique, un essai thérapeutique par anti-TNF pourrait être discuté avec le patient. Nous prévoyons à ce moment une échographie à la recherche d'enthésites. Parallèlement, au vu de la fatigue et de la perte de poids involontaire, nous vous laissons le soin de discuter avec le patient d'un bilan de santé adapté (radiographie du thorax, coloscopie, ...) à la recherche d'une néoplasie ou d'une dépression sous-jacente » ;

- un compte rendu d'une consultation d'urgence du 21 septembre 2017 du Centre médical d'[...], posant le diagnostic d'arthrose modérée trapézo-métacarpienne.

**n)** Procap Centre de Conseils en Assurances Sociales CCAS, à [...] (ci-après : Procap), a informé l'OAI par lettre du 2 septembre 2016 qu'il avait été mandaté par Z.\_\_\_\_\_ pour défendre ses intérêts dans le domaine de l'assurance-invalidité et lui a demandé une copie de l'ensemble du dossier, qui lui a été adressée par l'OAI par courrier du 6 septembre 2016.

**o)** Par communication du 21 juillet 2017, l'OAI a informé Z.\_\_\_\_\_ qu'il estimait qu'une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique était nécessaire pour clarifier le droit aux prestations et qu'à cet effet, il avait mandaté le Centre d'expertises médicales BA.\_\_\_\_\_ à [...] (ci-après : le BA.\_\_\_\_\_).

**p)** Le 25 juillet 2017, Procap a demandé d'ajouter des questions complémentaires à poser aux experts, que l'OAI a transmises à ces derniers par courrier du 2 août 2017.

**q)** En date du 28 septembre 2017, la Dre BC.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du BA.\_\_\_\_\_, ont établi un rapport d'expertise bi-disciplinaire qui relève d'emblée que Z.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI pour cause de rhizarthrose gauche. Les experts ont retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trapézectomie et interposition tendineuse le 9 mai 2014 pour rhizarthrose gauche, d'hyperlaxité résiduelle de l'articulation de la base du pouce gauche, de cure de tunnel carpien gauche le 2 décembre 2016, de troubles sensitifs et moteurs séquellaires du pouce et de l'index gauche, et de rachialgies occasionnelles sur importante cyphose dorsale. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu une probable instabilité radiocubitale du poignet droit et des douleurs musculaires diffuses d'origine indéterminée. En revanche, ils considéraient que l'assuré ne souffrait pas d'affection psychiatrique. Les experts retenaient sur le plan rhumatologique les limitations fonctionnelles suivantes : dans les activités nécessitant de la force et la pince répétée avec la main gauche et dans les travaux lourds et les positions debout prolongées. Les spécialistes évaluaient la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans son activité habituelle, en raison des difficultés à effectuer de la soudure avec utilisation répétée de la main gauche, et à 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations dès le 31 janvier 2017, à savoir deux mois après l'intervention du tunnel carpien gauche. Au sujet de la capacité résiduelle de travail, ils indiquaient que l'assuré pouvait effectuer

toute activité ne nécessitant pas toute la journée la prise et le maintien de pièces à souder avec la main gauche, ni de position debout prolongée.

Les conclusions des experts étaient formulées comme suit :

« Sur le plan rhumatologique, [...] En conclusion, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ présente des séquelles sous forme d'une hyperlaxité avec instabilité de la base du pouce gauche, d'une diminution de force avec une importante amyotrophie résiduelle de l'éminence thénar et de troubles sensitifs persistant des 2 premiers doigts de la main gauche suite à une opération du pouce gauche pour rhizarthrose le 09.05.2014 et une cure de tunnel carpien gauche le 02.12.2016.

Il présente également une instabilité du poignet droit non douloureuse, qui n'a pas été investiguée.

Il présente aussi une importante cyphose dorsale entraînant des rachialgies occasionnelles.

Concernant les autres symptômes, les différentes radiographies des genoux ainsi que de la cheville droite sont décrites comme normales. Les investigations pour les douleurs musculaires diffuses sont négatives, hormis un HLA-B27 présent, mais sans autres arguments pour une spondylarthropathie. La prednisone à 40 mg/j a été inefficace, la prégabaline débutée récemment également.

Sur le plan fonctionnel, en raison des problèmes de la main gauche, il est limité dans les travaux nécessitant de la force avec la main et nécessitant l'utilisation de la pince à gauche de manière répétée et précise.

En raison des rachialgies occasionnelles en association avec une importante cyphose dorsale, il est limité dans les ports de charges et surtout les positions statiques debout prolongées.

Comme mentionné par les chirurgiens de la main, sa capacité de travail est de 50 % dans son activité professionnelle qui nécessite l'utilisation répétée de la main gauche, et de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations, et ce dès le 31.01.2017.

Sur le plan psychique, sur la base des éléments anamnestiques et notre observation, on note que les plaintes subjectives correspondent bien à l'observation clinique.

Sur cette base, il n'y a pas lieu de retenir d'affection psychiatrique. Il n'y a pas de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il n'y a pas d'élément en faveur d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'abus de substance.

En l'absence d'affection psychiatrique, la capacité de travail est entière, soit de 100 % ».

En ce qui concernait les traitements, ils étaient considérés par les experts comme étant adéquats sur le plan rhumatologique, relevant pour le surplus que Z.\_\_\_\_\_ portait occasionnellement des attelles de repos pour les problèmes de mains et que, par le passé, du citalopram puis du Cymbalta ont été prescrits sur le plan psychique. De leur point de vue, une réadaptation pouvait être effectuée dans une activité ne nécessitant pas l'usage répété de la main gauche, surtout de la pince. Concernant ses activités quotidiennes, les experts notaient que l'assuré s'occupait de son fils, de l'administration et bricolait à la maison, faisait les repas, aidait sa femme pour le ménage et la conciergerie de l'immeuble. Il ressortait notamment des données familiales et socio-professionnelles que son père, ses frères et son fils étaient en bonne santé et que Z.\_\_\_\_\_ est inscrit au chômage, bien qu'en arrêt de travail à 73,66 %, jusqu'au printemps 2018 et qu'il accomplissait occasionnellement des mandats pour [...].

S'agissant des questions complémentaires posées par Procap, les experts ont répondu par la négative aux questions de savoir, d'une part, si les diagnostics jugés sans répercussions sur la capacité de travail, de par leur nature et leur ampleur, interagissaient de manière à accentuer les effets des diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail et, d'autre part, si les interactions entre les différents traitements médicamenteux avaient des effets limitatifs sur la capacité de travail à considérer. Par ailleurs, les experts ont estimé que l'exercice d'une activité répétée avec la main gauche augmentait les douleurs et était également limité par le manque de force. Le port d'une orthèse pourrait, selon eux, atténuer la fréquence des douleurs et surtout augmenter la stabilité et la force, précisant toutefois qu'il était difficile d'effectuer des gestes de précision avec le port d'une attelle bloquant le pouce et d'avoir un rendement complet. A la question de savoir s'il fallait s'attendre à une baisse de rendement dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, ils ont répondu qu'il fallait surtout s'attendre à une diminution de la capacité de travail, mais sans diminution de rendement, expliquant à ce propos : « Dans son activité de soudeur, il est capable d'effectuer dans une certaine mesure les activités demandées sans attelle, mais pas à

100 % en raison après un certain temps de l'augmentation des douleurs et de la diminution de la force musculaire de la pince. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans utilisation répétée de la main gauche surtout de la pince, sa capacité de travail est de 100 %. [...] L'expert pense qu'il est difficile d'effectuer des gestes de soudure qui demande de la précision, avec une orthèse et que le port de celle-ci ne va pas améliorer sa capacité de travail ».

A propos de l'évolution des taux d'incapacité, les praticiens ont exposé que ces taux étaient très variables depuis trois ans, mais à 50 % depuis le 31 janvier 2017 soit deux mois après l'intervention du tunnel carpien, et que ce taux était resté de 50 % dans son activité habituelle depuis février 2017. A leur avis, toute activité respectant les limitations fonctionnelles mentionnées était exigible de la part de l'assuré à un taux de 100 %, sans diminution de rendement, à partir de la date de l'expertise.

Dans un avis médical du 29 janvier 2018, la Dre DF.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu ce qui suit de cette expertise bi-disciplinaire :

« -sur le plan psychiatrique, après une anamnèse détaillée et complète, prenant en considération les plaintes de l'assuré, l'expert psychiatre ne retient pas d'atteinte psychologique incapacitante durable et mentionne que l'expertisé « ne présente pas de limitation dans l'utilisation de ses ressources personnelles » ; le jour de l'expertise, il n'y a pas de traitement psychotrope en cours et sur le plan purement psychique, la CT est estimée entière « sans diminution de rendement, dans le contexte où l'exploré ne souffre pas d'affection psychiatrique »(p23/27).

-sur le plan rhumatologique, l'expert/Dre BC.\_\_\_\_\_ (Rhumatologie FMH), retient comme atteintes durables, une trapézectomie et interposition tendineuse (le 09.05.2014) pour rhizarthrose G ; hyperlaxité résiduelle de l'articulation de la base du pouce G ; cure de tunnel carpien G le 02.12.2016 ; troubles sensitifs et moteurs séquellaires du pouce et de l'index G ; rachialgies occasionnelles sur importante cyphose dorsale ; sans incidence sur la CT : probable instabilité radio-cubitale du poignet D ; douleurs musculaires diffuses d'origine indéterminée. L'expert mentionne les LF [réd. : limitations fonctionnelles] rhumatologiques (pas d'activité nécessitant de la force et la pince répétée avec la main G, pas d'effort physique, pas de travaux lourds, pas de position debout prolongée/p24/27).

Quant à la CT, « les taux d'incapacités ont été très variables depuis 3 ans, mais à 50 % depuis le 31.01.2017, soit deux mois après

l'intervention du tunnel carpien » (02.12.2016) ; donc l'assuré a une CT dans son activité habituelle de 50 % depuis février 2017 ; « dans une activité adaptée, la CT est estimée à 100 % dès la date de l'expertise » (p25/27) en respectant les LF précitées.

*Notre avis* : vu que le début de la CT dans une activité adaptée ne correspond pas avec celle de 50 % dans son activité habituelle, c'est-à-dire février 2017, nous remercions le gestionnaire d'interroger l'expert rhumatologue en le priant de préciser :

**1.-** quelles sont les raisons rhumatologiques pour lesquelles l'expertisé ne peut pas exercer une activité adaptée à 100 %, sans diminution du rendement, dès février 2017. Remarque : Dr W. \_\_\_\_\_ (Chirurgie plastique de la main), retenait dans une activité adaptée une CT à 100 % dès le 15.02.17 et une IT à 100 % du 30.11.2016 au 31.12.2016/courrier du 27.06.2017 (« seulement en relation avec le tunnel carpien ») ;

**2.-** l'évolution de l'incapacité de travail à partir du 27.10.2015 jusqu'au 02.12.2016, date de l'intervention pour le tunnel carpien G ».

Par lettre du 22 mars 2018, le BA. \_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI comme suit à la première question posée par le SMR : « Effectivement, on peut considérer une reprise de travail à 100 % dans une activité adaptée environ 2 mois après l'opération du tunnel carpien à gauche, reprise raisonnable après une cure de tunnel carpien chez les personnes exerçant une activité manuelle, c'est-à-dire dès février 2017. A noter que la compression du nerf median était sévère avec une importante amyotrophie résiduelle de l'éminence thénar » et à la deuxième question : « Capacité de travail : 50 % dès le 27.10.2015 au 30.04.2016, 0 % du 01.05 au 07.09.2016, 30 % jusqu'au 02.12.2016 ».

Dans son rapport du 27 avril 2018, la Dre DF. \_\_\_\_\_ du SMR a mentionné, comme atteinte principale à la santé, une trapézectomie et interposition tendineuse le 9 mai 2014 pour rhizarthrose gauche, une hyperlaxité résiduelle de l'articulation de la base du pouce gauche, une cure de tunnel carpien G le 2 décembre 2016, ainsi que des troubles sensitifs et moteurs séquellaires du pouce et de l'index gauches. Elle a retenu, en tant que pathologies associées du ressort de l'AI, des rachialgies occasionnelles et une surimportante cyphose dorsale, en écartant les diagnostics de probable instabilité radio-cubitale du poignet droit, de douleurs musculaires diffuses d'origine indéterminée, de

céphalées probablement tensionnelles et de consommation d'éthyle à risque (25 unités par semaine). La praticienne a fixé le début de l'incapacité de travail durable à début avril 2014 et considéré que la capacité de travail exigible s'élevait à 50 % dans une activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée, dans les deux cas depuis avril 2017. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'absence d'activité nécessitant de la force et la pince répétée avec la main gauche, d'effort physique, de travaux lourds et de position debout prolongée. La Dre DF.\_\_\_\_\_ émettait l'avis suivant : « [...] en l'absence d'une pathologie psychiatrique et des limitations fonctionnelles correspondantes, la capacité de travail purement psychiatrique est estimée entière ; sur le plan rhumatologique, même si du point de vu médico-théorique on peut considérer possible une reprise du travail à 100 % dans une activité adaptée, deux mois après l'opération du tunnel carpien, chez les personnes exerçant une activité manuelle, dans le cas qui nous préoccupe, c'est-à-dire en février 2017, étant donné que « la compression du nerf médian était sévère avec une importante amyotrophie résiduelle de l'éminence thénar » (Dre BC.\_\_\_\_\_, le 22.03.18), nous suggérons le mois d'avril 2017, comme date de la reprise de l'activité professionnelle (CTAH à 50 % et CTAA à 100 %) ».

**r)** Par lettre du 25 janvier 2018, la Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : la CAP) a informé l'OAI qu'elle avait été consultée par son assuré en protection juridique, Z.\_\_\_\_\_, qui l'autorisait à agir pour son compte.

L'OAI a adressé le 29 janvier 2018 une lettre à Z.\_\_\_\_\_ en le priant de lui indiquer s'il avait choisi Procap ou la CAP pour le représenter. Z.\_\_\_\_\_ a répondu le 5 février 2018 qu'il avait annulé la procuration de Procap et donné procuration à la CAP pour le représenter.

**s)** Selon la note rédigée par l'OAI de l'entretien du 9 juillet 2018 avec l'assuré, celui-ci a confirmé qu'après son licenciement de l'entreprise K.\_\_\_\_\_ SA en 2016, il avait reçu de [...] des mandats sur appel de traduction et de conseil dans le domaine de la soudure et

effectué en tant qu'indépendant des études de faisabilité, ce qui représentait environ huit heures par mois ; depuis qu'il n'avait plus droit au chômage, il percevait un revenu d'insertion. Il n'était pas d'accord avec les conclusions du SMR et considérait que son état de santé s'était péjoré et il le résumait ainsi : « ostéogénèse imparfaite, ostéoporose, syndrome d'Ehlers Danlos ». L'OAI lui a proposé de l'aider à se réorienter avec la mise en place d'une courte mesure en centre suivie d'une aide au placement. La réponse donnée par Z.\_\_\_\_\_ à cette proposition est rapportée comme suit par l'OAI : « M. Z.\_\_\_\_\_ n'en voit pas la nécessité. Il dit qu'il n'a plus la force, ne se projette plus au niveau professionnel, à son âge (55 ans) et avec ses problèmes de santé, personne ne l'engagera, que dans ses conditions, comme il est déjà au RI, il va y rester. [...] Il n'a pas souhaité pouvoir bénéficier d'une séance sur l'aide au placement ».

Dans son rapport final du 9 juillet 2018, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité de Z.\_\_\_\_\_ à 73'588 fr. 64 en 2017, en se fondant sur le rapport de l'employeur du 9 décembre 2014, à savoir le montant de 5'560 fr. multiplié par treize en 2014 puis indexé pour 2017, et le revenu avec invalidité à 64'110 fr. 92 en 2017, en se basant sur l'ESS TA1 niveau de compétence 1 pour 2017 et en tenant compte d'une réduction de 5 % au titre de limitations fonctionnelles, notamment son handicap à la main gauche le limitant dans des activités manuelles, de sorte que l'OAI a évalué son préjudice économique à 12,88 %. L'Office mentionne, comme exemples d'activités adaptées, des activités légères dans le domaine de la production ou des services. Le degré moyen d'incapacité de travail durant le délai d'attente d'une année était estimé par l'OAI à 68,77 %, en tenant compte d'une incapacité à 100 % du 2 mai au 15 septembre 2014 et à 50 % du 16 septembre 2014 au 1<sup>er</sup> mai 2015.

Par lettre du 24 octobre 2018, l'OAI a demandé à la Caisse de compensation [...], à [...], de calculer la prestation d'invalidité concernant Z.\_\_\_\_\_ pour une maladie de longue durée, à un degré d'invalidité de 50 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> août 2016, mais pour une durée limitée jusqu'au 30 juin 2017. Il notait que la demande n'était pas tardive et que l'assuré s'était conformé à l'obligation de coopérer.

**t)** Par projet de décision du 24 octobre 2018, l'OAI a informé Z. \_\_\_\_\_ qu'il avait droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2015, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2016, et que la rente serait supprimée au 30 juin 2017. L'Office a constaté que sa capacité de travail était de 50 % dans toute activité à l'échéance du délai d'attente d'une année, compte tenu des périodes d'incapacité de travail suivantes :

- 100 % du 2 mai au 15 septembre 2014,
- 50 % du 16 septembre 2014 au 9 août 2015,
- 25 % du 10 août au 22 septembre 2015,
- 100 % du 23 septembre au 26 octobre 2015,
- 50 % du 27 octobre 2015 au 30 avril 2016,
- 100 % du 1<sup>er</sup> mai au 7 septembre 2016,
- 70 % du 8 septembre au 29 novembre 2016,
- 100 % du 30 novembre au 31 mars 2017,
- 0 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2017.

Ainsi, son degré d'invalidité était de 50 % et ouvrait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2015. A partir du 1<sup>er</sup> mai 2016, l'OAI considérait que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité et augmentait donc sa demi-rente à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2016 [recte]. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2017, sa capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles, c'est-à-dire sans activité nécessitant de la force et la pince répétée avec la main gauche, un effort physique, des travaux lourds, une position debout prolongée, soit notamment des activités légères dans le domaine de la production ou des services. De ce fait, sa rente serait supprimée au 30 juin 2017, soit après trois mois d'amélioration de son état de santé conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité. L'OAI retenait alors en effet un degré d'invalidité de 12.88 %, arrondi à 13 %, en tenant compte d'un revenu sans atteinte à la santé de 73'588 fr. 64 à 100 % correspondant au revenu annuel en 2017 dans son activité de mécanicien soudeur. Le revenu avec atteinte à la

santé, de 64'110 fr. 92, correspondait au salaire en 2017 selon les données salariales de l'Office fédéral de la statistique d'un homme en bonne santé dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à 100 % (67'485 fr. 18), diminué d'un abattement de 5 %, eu égard aux limitations fonctionnelles. Un tel degré d'invalidité de 13 %, inférieur à 40 %, ne lui ouvrait aucun droit à une rente d'invalidité. L'assuré pouvait toutefois bénéficier d'une mesure d'aide au placement s'il le désirait.

**u)** Par lettre du 9 novembre 2018, la CAP a informé l'OAI que Z.\_\_\_\_\_ formait opposition à l'encontre du projet de décision du 24 octobre 2018, ce qu'elle a confirmé dans sa lettre du 29 novembre 2018 en sollicitant un délai supplémentaire pour compléter l'opposition.

**v)** Dans le délai accordé au 10 janvier 2019, l'Etude Avocats-Romands Sàrl a informé l'OAI qu'elle avait été consultée par Z.\_\_\_\_\_ qui lui avait donné mandat pour le représenter (mandat reçu de la CAP Protection juridique selon la note d'entretien téléphonique du 17 octobre 2019 établie par l'OAI). Sous la plume de son conseil, Z.\_\_\_\_\_ a contesté la décision de l'OAI de supprimer sa rente entière au 30 juin 2017 et de lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, en arguant que des investigations étaient encore en cours pour déterminer la cause de ses problèmes de santé et que l'expertise confiée au BA.\_\_\_\_\_ était incomplète dès lors que les experts ne cherchaient pas à comprendre la cause de tous ses problèmes de santé et écartaient les symptômes qui ne s'expliquaient pas par les différentes investigations menées. Il a annexé une copie de sa lettre du même jour à son médecin traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui contenait une liste de questions relatives à son état de santé. Par ailleurs, il a relevé une erreur de plume dans le projet de décision, la date de début du droit à une rente entière devant être arrêtée au 1<sup>er</sup> août 2016, et non au 1<sup>er</sup> août 2018.

L'OAI a répondu au conseil de l'assuré le 23 janvier 2019, en lui confirmant l'erreur de plume, la rente entière d'invalidité débutant bien

le 1<sup>er</sup> août 2016, et lui a imparti un délai au 28 février 2019 pour lui communiquer les réponses données par le Dr K. \_\_\_\_\_ à ses questions.

Le 28 février 2019, le conseil de l'assuré a informé l'OAI qu'il n'avait pas encore reçu de réponse du Dr K. \_\_\_\_\_ et que la pédiatre du fils de Z. \_\_\_\_\_ suspectait celui-ci de souffrir d'ostéoporose génétique comme son père et attendait les résultats du test génétique du père. Un délai supplémentaire au 31 mars 2019 lui a été accordé le 4 mars 2019 par l'OAI et ce délai a été repoussé à fin avril 2019 à la suite d'une demande par téléphone du 3 avril 2019.

Par courrier du 17 avril 2019, sous la plume de son conseil, l'assuré a communiqué à l'OAI une lettre du Dr K. \_\_\_\_\_ datée du 8 mars 2019 et a exposé que l'instruction du dossier ne pouvait pas être terminée du fait que la Dre YS. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, avait posé le diagnostic de maladie du tissu conjonctif de type hypermobilité dans le cadre d'une ostéogénèse imparfaite et procédé à des examens complémentaires dont les résultats n'étaient pas encore parvenus. Il faisait également état de traitements de chimiothérapie avec perfusion d'Aclasta et de physiothérapie. Dans une lettre du 8 mars 2019, le Dr K. \_\_\_\_\_ indiquait qu'il était le médecin traitant de l'assuré depuis le 17 avril 2018, que le diagnostic de douleur ostéoarticulaire diffuse dans le cadre d'ostéogénèse imparfaite avait une répercussion sur sa capacité de travail, alors que le diagnostic de tabagisme chronique n'avait en revanche aucune répercussion sur sa capacité de travail. Il confirmait que son patient avait perdu de la masse osseuse entraînant une diminution de taille de 175 centimètres en avril 2017 à 170 centimètres en avril 2018, ainsi que de la masse musculaire, et que des investigations médicales étaient en cours pour déterminer s'il souffrait d'ostéoporose génétique. Le praticien confirmait également que des investigations étaient prévues pour expliquer certains symptômes, tels l'instabilité du poignet droit, les gonalgies et les myalgies, pour lesquelles le syndrome Ehlers-Danlos était évoqué, et que ces douleurs avaient une répercussion sur la capacité de travail. Selon le Dr K. \_\_\_\_\_, une activité adaptée à 50 % dans la soudure spécialisée était envisageable.

Selon un rapport d'analyse moléculaire du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ du 12 août 2019, les résultats négatifs de l'analyse moléculaire d'un variant pathogène ou probablement pathogène dans un des gènes des panels étudiés ne permettaient pas, à ce stade, de confirmer le diagnostic d'ostéogénèse imparfaite. La spécialiste de ce Service exposait notamment ce qui suit au Dr K.\_\_\_\_\_ : « Comme vous le savez, M. Z.\_\_\_\_\_ ne présente pas vraiment une histoire de fractures à répétition, mais la densitométrie osseuse réalisée en mars 2018 met en évidence une ostéoporose importante. Etant donné cette ostéoporose précoce ainsi que l'histoire d'hypermobilité et de fractures multiples chez son frère et son père, nous avons retenu l'indication à faire des analyses génétiques pour OI. Comme vous pouvez le constater sur la copie du rapport ci-jointe, aucun variant n'a été détecté qui pourrait expliquer le phénotype. Ce résultat n'exclut pas une forme familiale d'ostéoporose. Par contre, dans les limites des connaissances actuelles, nous avons exclu une ostéogénèse imparfaite chez M.Z.\_\_\_\_\_ ».

Le 23 octobre 2019, le Dr K.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport du 21 octobre 2019 de la Dre YS.\_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie et Centre des maladies osseuses, du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de syndrome associant fragilité osseuse et hypermobilité articulaire généralisée, avec antécédents fracturaires familiaux et personnels, hypermobilité articulaire, douleurs, a priori sans anomalie valvulaire cardiaque, et absence de mutation retrouvée dans les gènes classiquement mutés dans l'ostéogénèse imparfaite. Elle signalait, en conclusion, qu'une troisième perfusion d'Aclasta serait organisée durant l'été 2020 pour la santé osseuse et qu'une densitométrie osseuse de contrôle serait planifiée.

Dans un rapport du 29 octobre 2019, la Dre YS.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de « maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples, hypermobilité articulaire, anamnèse familiale, le bilan cardiologique est en cours » et évaluait sa capacité de travail entre 20 et

50 % dans un poste adéquat, en indiquant qu'elle avait rencontré le patient pour des consultations les 28 septembre 2018, 23 mars, 2 avril et 4 octobre 2019. Elle retenait les limitations fonctionnelles suivantes : « Subluxations, douleurs, tendinites, entorses des doigts : les gestes fins avec les mains ne sont pas possibles. Fragilité osseuse : il faut un poste qui ne mette pas en danger le patient de se faire une fracture. Instabilité des membres supérieurs : il ne peut pas porter des charges avec bras de levier, ni faire des gestes répétitifs avec les membres supérieurs. ». Elle estimait que le potentiel de réadaptation était bon mais de longue durée.

Le 2 mars 2020, la Dre DF.\_\_\_\_\_, du SMR, a synthétisé dans un rapport les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du BA.\_\_\_\_\_ du 13 décembre 2017, ainsi que les diagnostics posés par la Dre YS.\_\_\_\_\_ les 21 et 29 octobre 2019, comme suit : « [...] vu la complexité du cas, les difficultés pour obtenir les différents documents médicaux, les appréciations différentes de la part de nos confrères rhumatologues reconnus dans leur domaine, vu la notion de polymyalgie d'origine indéterminée et d'hypermobilité articulaire généralisée dans un contexte de fragilité osseuse et ostéoporose, en l'absence de documents attestant une éventuelle atteinte neurologique du membre supérieur D et du rachis, des céphalées probablement tensionnelles et une consommation d'alcool à risque (Dr JK.\_\_\_\_\_, Rhumatologie Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ ; GED le 16.05.2017), afin de se positionner sur une éventuelle CT dans une activité adaptée, même à un taux partiel, nous suggérons une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique ».

Dans une lettre du 27 avril 2020 adressée au Dr K.\_\_\_\_\_, le Dr[...], médecin praticien du Centre médical de [...], a posé le diagnostic de polyarthralgies dans le cadre d'un syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne et d'ostéoporose fracturaire, sur la base d'une consultation du même jour. Son appréciation était la suivante : « Monsieur Z.\_\_\_\_\_ présente des polyarthralgies, qui ne remplissent aujourd'hui pas complètement les critères internationaux de 2017 d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. En effet, dans le critère 2, il lui manque soit des

manifestations systématiques plus étendues par rapport au listing officiel, soit une anamnèse familiale qui serait positive. Le syndrome hypermobile entre dans le cadre des anomalies héréditaires du tissu conjonctif. Actuellement 13 sous-types ont été identifiés sur une base clinique et génétique. Cependant, le ou les gènes impliqué(s) dans le type hypermobile n'ont pas été identifié(s) à ce jour. [...] La physiopathologie hypermobile reste mal comprise. Il est associé à une dysautonomie responsable de l'aspect majoritairement fonctionnel des manifestations extra-articulaires : fatigue, troubles CV, neurologiques, digestifs, vésicaux, de la thermorégulation [...]. Il semble que son fils présenterait des symptômes similaires, et si celui-ci est positif, nous pourrions retenir un syndrome d'Ehlers-Danlos pour le patient. Toutefois ceci ne change rien dans la prise en charge, qui devrait être une prise en charge physiothérapeutique axée sur de la proprioception [...]. Par ailleurs, sur le plan antalgique, il semble que la Novalgine soit beaucoup plus efficace que les médicaments habituellement prescrits [...] ». Ce rapport a été transmis par le conseil de l'assuré à l'OAI le 29 juin 2020.

Par lettre du 9 juillet 2020, Z.\_\_\_\_\_ a demandé à l'OAI de rendre un nouveau projet de décision qui annule et remplace celui du 24 octobre 2018 et lui octroie une rente entière sans limite de temps, faisant valoir que des investigations médicales étaient en cours, que son état de santé n'était pas stabilisé et que si une activité adaptée pouvait être envisagée, elle ne pouvait l'être qu'à temps partiel.

Le 3 août 2020, l'OAI lui a répondu qu'il ne pouvait pas donner une suite favorable à sa demande, dès lors que de nombreuses incertitudes quant à sa capacité de travail et son évolution dans le temps ne lui permettait pas de statuer dans le sens de l'octroi d'une rente entière sans limite de temps, rappelant que selon la jurisprudence, la décision de l'OAI devait tenir compte de l'état de fait existant au moment où elle est rendue et la date de la dernière décision entrée en force constituait le point de départ temporel pour l'examen d'une modification, le cas échéant, du degré d'invalidité.

**w)** Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations AI de Z.\_\_\_\_\_, l'OAI a entamé le 14 janvier 2019 des démarches de coordination des systèmes de sécurité sociale suisse et [...] prévus par l'Accord sur la libre circulation des personnes afin que la Caisse suisse de compensation puisse transmettre une demande de pension à l'organisme de liaison [...]. Z.\_\_\_\_\_ a rempli et signé le 5 février 2019 la demande de rente d'invalidité auprès de l'Etat [...]. Dans un rapport médical du 23 mai 2019 rédigé à cet effet, le DrK.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fractures multiples, d'hypermobilité articulaire, d'instabilité articulaire multiple, de syndrome douleur chronique et de probable ostéogenèse imparfaite ; l'évolution de la pathologie était décrite comme fluctuante. Il indiquait un poids de 68 kg pour une taille de 175 cm. De son point de vue, l'assuré demeurait capable d'exercer de façon régulière des travaux légers, le travail n'était possible qu'en faisant alterner les postures de travail et il fallait proscrire, de façon permanente depuis février 2017, le travail posté, la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles et/ou de plans inclinés ; l'assuré pouvait travailler sur écran et il était autonome ; il ne pouvait pas exercer à plein temps sa dernière activité, mais un travail adapté était possible dans le domaine du conseil en matière de soudure à temps partiel.

**x)** Le Centre médical d'expertises J.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : le J.\_\_\_\_\_), à [...], a été désigné par la plateforme SuisseMED@P pour réaliser une deuxième expertise pluridisciplinaire, comportant des examens de médecine interne générale par la Dre GI.\_\_\_\_\_, de neurologie par la DreKH.\_\_\_\_\_, de psychiatrie et psychothérapie par le Dr IA.\_\_\_\_\_ et de rhumatologie par la Dre VF.\_\_\_\_\_ qui a en outre assumé la direction médicale de l'expertise. L'OAI en a informé le conseil de l'assuré le 2 octobre 2020.

Selon le rapport d'expertise rédigé le 25 janvier 2021 par le J.\_\_\_\_\_, l'évaluation consensuelle retient les « Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail » et les limitations fonctionnelles suivants :

- « - Polyarthralgies/myalgies dans le cadre d'une maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples, hypermobilité articulaire (2019), M35.8
- Ostéoporose fracturaire traitée par Aclasta, M81.9
- Hyperlaxité de l'articulation de la base du pouce gauche ; remaniements dégénératifs métacarpo-trapézoïdien ; status post-trapézectomie et interposition tendineuse le 09.05.2014 pour rhizarthrose gauche, M19.93, Z98.8
- Arthrose modérée trapézo-métacarpienne droite, M19.93
- Dorsolombalgies chroniques, troubles statique (cyphose dorsale)
- Cervicales chroniques, M54.2
- Atteinte motrice séquellaire résiduelle de la main gauche, status après cure de tunnel carpien gauche le 31.11.2016, G56.0 [...]

Limitations fonctionnelles : changements de position possibles, pas de station assis ou debout prolongées, pas de travail répétitif avec les articulations en général ni de travail physique impliquant les membres supérieurs ; travail seulement d'appoint avec la main gauche (cf. perte de force de la pince pouce-index et laxité complète du pouce), pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de déplacements prolongés ni répétitifs sur terrain inégal ; port de charge limité à 5-10 kg du côté droit ; limitation du port de charge à gauche -5 kg (sinon risque de lâchage). Pas d'efforts physiquement contraignants pour le rachis ».

Les experts sont parvenus à l'évaluation médicale interdisciplinaire suivante :

« [...] Actuellement, il fait des petits travaux sur mandat pour diverses entreprises/start-up sur le campus de [...] (adaptations techniques/soudures de précision), s'occupe également, avec sa femme, de la conciergerie pour deux immeubles. En 2011, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ a commencé de se plaindre d'arthralgies, de myalgies, d'une faiblesse musculaire généralisée, de fatigue et de fatigabilité, symptomatologie qui s'est progressivement exacerbée, qui a justifié des investigations exhaustives en neurologie, rhumatologie et enfin dans le service génétique en raison de l'observation d'une ostéoporose grave et de l'anamnèse de fractures fréquentes, parfois spontanées. Ces investigations ont permis d'exclure une myopathie, une affection rhumatismale inflammatoire, et une ostéogénèse imparfaite. Monsieur Z.\_\_\_\_\_ a également présenté des symptômes en rapport avec un tunnel carpien gauche, confirmé électrophysiologiquement en septembre 2016 et traité chirurgicalement en novembre 2016, avec une amélioration de la majorité des symptômes, mais persistance d'une atteinte motrice sous forme d'une hypomyotrophie de l'éminence thénar et d'une parésie du muscle court abducteur du pouce gauche. Par ailleurs, l'expertisé signale la présence intermittente, en fonction des positions et des activités, de symptômes sensitifs du membre inférieur droit et du membre supérieur droit, sans élément en faveur d'une atteinte radiculaire compressive. Les plaintes sur le plan ostéoarticulaires sont restées identiques. Le status rachidien et périphérique est globalement dans les limites de la norme, hormis une cyphose dorsale marquée, en l'absence de signe de synovite et

de ténosynovite. Il est relevé une hypermobilité articulaire globale, les critères de New York n'étant pas remplis pour retenir un syndrome d'Ehlers-Danlos. Monsieur Z.\_\_\_\_\_ présente également les séquelles d'une intervention chirurgicale sur son poignet/main gauche (hyperlaxité du pouce gauche).

Sur le plan de la médecine interne générale, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ ne souffre d'aucune pathologie, hormis une hypertension artérielle traitée.

Sur le plan psychique, l'expertisé ne rapporte aucune plainte. Il n'a jamais eu de suivi psychiatrique, n'a jamais eu de traitement psychoactif. Sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique nous n'avons retenu aucune maladie psychiatrique, ni aucun trouble de la personnalité. La consommation d'alcool de l'expertisé est irrégulière, nous n'avons pas trouvé de signe de dépendance aiguë ni chronique. Nous ne retenons donc pas de trouble de l'addiction ».

L'examen rhumatologique mentionnait une taille de 172 centimètres et un poids de 70 kilos.

Les experts ont considéré que la capacité de résistance et d'endurance de l'assuré était intacte du point de vue psychiatrique et qu'il avait conservé des capacités et des ressources pour réaliser toutes les activités de la vie quotidienne et exercer une activité professionnelle adaptée. S'agissant de ses activités quotidiennes, l'expertise indiquait qu'il participait sans difficultés particulières à toutes les activités ménagères (courses, préparation de tous les repas, ménage, lessives, rangements, ensemble des tâches administratives), et assumait la conciergerie pour deux immeubles composés de deux et de trois étages à raison de quelques heures par semaine (voir rapport d'expertises rhumatologique, pp. 8 et 9, de médecine générale, p. 18, et psychiatrique, p. 30). Dans le cadre de cette activité, il assumait avec son épouse l'entretien des parties communes et des espaces verts, en particulier il nettoyait les escaliers, changeait les ampoules, sortait les poubelles, tondait le gazon et ramassait les feuilles mortes, faisait de petites réparations ou recevait les techniciens spécialisés (voir rapports d'expertise rhumatologique, p. 9, et de médecine générale, p. 18). De leur point de vue, sa formation de soudeur spécialisé et ses connaissances linguistiques au-dessus de la norme lui permettaient de travailler en tant qu'indépendant auprès de [...]. A ce propos, l'expertise rhumatologique précisait que, dans le cadre des mandats qui lui étaient confiés, il aidait à

installer sur le plan mécanique divers appareil et à effectuer des travaux de soudure et donnait des conseils pour des soudures délicates (voir rapports d'expertise rhumatologique, p. 9 et de médecine générale, p. 18). Il ressort notamment de l'anamnèse familiale que le père de l'assuré souffrait d'une fragilité osseuse, de fractures et d'hypermobilité, comme l'un de ses deux frères, dont l'un était traité pour une ostéoporose et l'autre avait été opéré pour de l'arthrose à l'épaule gauche ; l'expertisé avait également indiqué que son fils était hyperlaxe, mais qu'il ignorait le résultat des tests génétiques effectués.

Pour ces raisons, les experts évaluaient à 50 % sa capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors, en raison de son problème de la main gauche (voir rapport d'expertise rhumatologique, pp. 4 et 14), et à 100 % sa capacité de travail dans une activité adaptée, dans les deux cas depuis avril 2017. Selon l'expertise rhumatologique, le status était superposable à celui relevé dans l'expertise du BA.\_\_\_\_\_ en 2017, lors de laquelle les plaintes de l'expertisé étaient globalement les mêmes et dont les experts avaient déjà connaissance des investigations en lien avec les polyarthralgies/polymyalgies. Les conclusions restaient les mêmes que celles retenues dans l'expertise du BA.\_\_\_\_\_, de sorte qu'aucune aggravation n'était mise en évidence. Ils relevaient que l'expertisé aimerait obtenir une rente, car il estimait ne pas pouvoir assurer un travail régulier et doutait qu'un employeur l'engage à son âge, mais qu'il serait heureux de trouver un poste à temps partiel de conseiller technique pour des adaptations techniques et des soudures de précision (voir rapports d'expertise rhumatologique, p. 9, et de médecine générale, p. 18) ; une mesure de reconversion professionnelle ne lui paraissait pas adaptée (voir rapport d'expertise neurologique, p. 26).

Selon l'avis médical du 8 février 2021 du Dr [...], du SMR, les expertises étaient claires et convaincantes, les plaintes de l'assuré avaient été entendues, les anamnèses étaient précises et les status détaillés, les conclusions étaient cohérentes avec les éléments retenus, de sorte que leurs conclusions étaient intégralement suivies, ce que le Dr [...] formulait précisément ainsi :

- « - L'assuré présente depuis avril 2014 un état durablement incapacitant
- La cause en est des poly-arthralgies myalgies dans le cadre d'une maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples, hyper-mobilité articulaire (M35.8)
- Il existe aussi à prendre en compte des remaniements dégénératifs métacarpotrapézoïdiens, un status post-trapezectomie avec interposition tendineuse pour rhizarthrose gauche, une arthrose modérée trapézo-métacarpienne droite, des dorso-lombalgies chroniques, des cervicales chroniques, une atteinte motrice séquellaire résiduelle de la main gauche, une ostéoporose fracturaire traitée par Aclasta, une hyperlaxité de l'articulation de la base du pouce gauche
- Ne sont pas incapacitants une HTA équilibrée, des troubles statiques (cyphose dorsale), un status après cure de tunnel carpien gauche
- L'IT est totale d'avril 2014 au 26.10.2015, de 50 % du 27.10.2015 au 30.04.2016, totale du 01.05.2016 au 07.09.2016, à 70 % du 08.09.2016 au 29.11.2016, totale du 30.11.2016 au mars 2017 et à 50 % depuis avril 2017. - La CTAH est de 50 % depuis avril 2017
- La CTAA est totale depuis avril 2017
- Les LF sont la nécessité de changements de position, pas de station assis ou debout prolongées, pas de travail répétitif avec les articulations en général ni de travail physique impliquant les membres supérieurs ; travail seulement d'appoint avec la main gauche, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de déplacements prolongés ni répétitifs sur terrain inégal ; port de charge limité à 5-10 kg du côté droit, limitation du port de charge à gauche 5 kg (sinon risque de lâchage), pas d'efforts physiquement contraignants pour le rachis. ».

Le compte rendu de la permanence juriste de l'OAI daté du 15 février 2021 fait état de limitations fonctionnelles identiques dans les deux rapports d'expertise, bien que plus détaillées dans la nouvelle expertise. Sur cette base, le rapport final et le calcul du salaire exigible étaient maintenus.

Par lettre du 25 février 2021 faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a informé le conseil de l'assuré des démarches entreprises dans le cadre de l'instruction du dossier pour tenir compte de ses objections concernant essentiellement l'évaluation médicale de sa situation. Sur la base de l'avis du SMR, l'Office considérait que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, puisque les rapports médicaux transmis, en particulier celui du 8 mars 2019 du Dr K.\_\_\_\_\_, n'apportaient aucun élément médical nouveau et les plaintes évoquées avaient été prises en

considération dans les deux expertises qui retenaient des limitations fonctionnelles identiques. Il estimait donc que son projet de décision devait être entièrement confirmé.

**y)** Par décision du 14 avril 2021 notifiée à CAP Protection juridique, l'OAI a octroyé à Z. \_\_\_\_\_ une rente d'invalidité limitée dans le temps, en reprenant les termes de son préavis du 24 octobre 2018. Il avait donc droit, du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 juillet 2016, à une demi-rente d'invalidité mensuelle de 628 fr. et, pour son fils, à une rente pour enfant mensuelle de 252 fr., puis du 1<sup>er</sup> août 2016 au 30 juin 2017, à une rente entière d'invalidité mensuelle de 1'256 fr. et à une rente pour enfant mensuelle de 503 fr., tenant compte d'un revenu annuel moyen basé sur 20 années et 3 mois de cotisations de 56'400 fr., de 4 années prises en compte pour les tâches éducatives, d'une durée de cotisations de la classe d'âge de 32 ans, de 20,08 années de cotisations prises en compte pour l'échelle, de l'échelle de rente 28 applicable et d'un degré d'invalidité de 100 %. Les montants dus de 15'385 fr.35 à la Caisse de chômage [...], 4'859 fr. au Centre social régional, 1'029 fr.45 à l'assurance perte de gain maladie du Service de l'emploi et 10'886 fr. 10 à S. \_\_\_\_\_ SA étaient compensés avec les paiements rétroactifs de rentes.

Une nouvelle décision datée du 7 mai 2021, qui reprenait la teneur de celle du 14 avril 2021, tout en l'annulant et la remplaçant, a été notifiée au conseil de l'assuré, Avocats Romands Sàrl, à sa demande, compte tenu de la notification antérieure au précédent représentant de l'assuré.

**B.**           **a)** Par acte du 9 juin 2021, Z. \_\_\_\_\_, représenté par Me Sara Giardina, en l'Etude Avocats Romands Sàrl, a formé recours contre la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 7 mai 2021, concluant avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme [recte] en ce sens que son incapacité de travail est reconnue comme totale dès le 1<sup>er</sup> avril 2017 et qu'il a droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, et subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

En substance, Z.\_\_\_\_\_ conteste la position de l'OAI, selon laquelle il aurait retrouvé une capacité de travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2017. Il soutient que la première expertise du 13 décembre 2017 serait incomplète car elle n'aurait pas pris en compte tous ses problèmes de santé, mais uniquement les diagnostics concernant la main gauche et le dos, en ignorant ses plaintes pour des maux que les experts n'ont pas pu expliquer. En particulier, il fait valoir que ses os sont poreux et se fracturent facilement, au point qu'il perd de la masse osseuse et musculaire et que sa taille a diminué, que ses douleurs le fatiguent beaucoup et perturbent ses nuits, qu'il a perdu de la force et de la mobilité dans la main gauche et présente également une instabilité du poignet droit, un lâchage des mains et des jambes, et qu'il souffre en outre d'ostéoporose importante et précoce. Il considère que la deuxième expertise du 25 janvier 2021 est également incomplète, erronée et contestable, dans son anamnèse et les documents médicaux pris en considération, et il remet en question sa valeur probante. Il souligne à nouveau que les experts ne se prononcent pas sur sa perte de masse osseuse et musculaire et la diminution de quelques centimètres de sa taille. Le recourant met en évidence le fait que les experts retiennent des diagnostics supplémentaires par rapport à la première expertise sans en expliquer les causes et les conséquences sur sa vie quotidienne et professionnelle.

A l'appui de son recours, il a produit un examen de densitométrie osseuse du 30 décembre 2019, conclu ainsi : « La mesure de la densitométrie osseuse met en évidence une ostéoporose au niveau de la colonne lombaire et du fémur proximal selon les critères de l'OMS [...]. Par rapport à l'examen précédent de mars 2018, on relève un gain significatif sur la colonne lombaire et sur le fémur total [...]. La mesure de TBS montre un état normal de la texture osseuse au niveau de la colonne lombaire [...]. L'examen de la colonne dorso-lombaire de profil par VFA ne met pas en évidence de fractures vertébrales [...] ». Il a également produit un rapport du 4 juin 2021 du Dr [...], médecin praticien, qui indiquait le suivre depuis janvier 2021 et qu'il souffrait d'un syndrome rare associant

une fragilité osseuse avec une ostéoporose fracturaire et une polyarthralgie douloureuse avec une hypermobilité articulaire généralisée, qui se caractérisait principalement par des douleurs touchant plusieurs articulations, en suggérant une composante familiale. Le médecin relevait en outre une composante neurologique et une perte de sensibilité de la main droite causée par une neuropathie compressive ulnaire au coude droit opérée le 2 juin 2021 par la Dre [...], le protocole de cette intervention étant annexé au rapport. Les multiples tentatives de traitement et la physiothérapie ne permettaient pas de soulager ses douleurs et le Dr [...] n'excluait pas que les hautes doses d'opiacés aient un impact sur sa capacité de travail.

Le recourant se prévaut du rapport précité pour affirmer que ses problèmes de santé se seraient aggravés depuis la deuxième expertise et que la prise d'opiacés à hautes doses pour soulager partiellement ses douleurs aurait un impact sur sa capacité de travail. Il reproche aux experts d'être arrivés aux mêmes conclusions que la première expertise, à savoir que sa capacité de travail s'élèverait à 100 % dans une activité adaptée, alors que les premiers experts n'auraient posé que des diagnostics concernant sa main gauche et son dos, sous prétexte que les causes de ses autres problèmes de santé n'auraient pas été trouvées, et ce malgré ses plaintes constantes et l'avis de la Dre YS.\_\_\_\_\_ selon lequel sa capacité de travail serait de deux à trois heures par jour compte tenu de son ostéoporose fracturaire, un diagnostic retenu seulement par la deuxième expertise.

Enfin, il évoque son âge, sa formation, ses problèmes de santé et la prise de doses élevées d'opiacés pour soutenir qu'il ne pourrait probablement pas retravailler dans quelque activité que ce soit et qu'une reconversion professionnelle serait inconcevable. De son point de vue, tous ces facteurs compromettent l'exercice d'une activité même adaptée.

**b)** Dans sa réponse du 25 août 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il expose que les experts en rhumatologie et en psychiatrie du BA.\_\_\_\_\_ ont constaté que

Z.\_\_\_\_\_ avait connu à partir d'avril 2014 des incapacités de travail fluctuantes de l'ordre de 50 % à 100 %, avec, dès avril 2017, une exigibilité limitée à 50 % dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée, de sorte que son projet de décision du 24 octobre 2018 prévoyait l'octroi d'une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2015, à savoir d'un degré d'invalidité de 50 % à l'issue de l'année d'attente à partir de la date du début de l'incapacité de travail, puis d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2016 et jusqu'au 30 juin 2017, soit trois mois après l'aggravation de mai 2016 jusqu'à trois mois après la récupération d'une exigibilité entière dans une activité adaptée et eu égard à un degré d'invalidité de 12,88 %. L'OAI explique qu'à la suite des contestations soulevées contre son projet de décision, l'instruction a été reprise avec la deuxième expertise de rhumatologie, médecine interne générale, neurologie et psychiatrie, du J.\_\_\_\_\_, qui a confirmé l'évolution de la capacité de travail, en affinant les limitations fonctionnelles retenues, ce qui a conduit l'OAI à maintenir sa position dans sa décision du 7 mai 2021.

L'OAI a produit un avis médical du SMR du 21 juillet 2021, selon lequel les éléments évoqués dans les nouvelles pièces médicales versées au dossier avaient été pris en compte dans la deuxième expertise. L'intervention portant sur le nerf ulnaire du coude à droite ne justifiait, de son point de vue, qu'une incapacité de travail totale limitée dans le temps, et postérieure à la décision. La densitométrie osseuse mettait en évidence une amélioration, ainsi que l'absence de fractures vertébrales. Les diagnostics posés par le médecin traitant avaient été pris en compte par les experts, en précisant que l'ostéoporose fracturaire pouvait se traduire par une perte de taille, sans que des limitations fonctionnelles spécifiques en résultent en soi. Dans le cas du recourant, le médecin du SMR ne « percev[ait] pas quelle limitation fonctionnelle spécifique pourrait résulter d'une perte de taille de 3 cm ». Le SMR soulignait en outre que le praticien avait seulement évoqué un risque hypothétique d'effets secondaires au traitement par opiacés, mais qu'il n'avait précisé ni les doses prises, ni leurs effets dans le cas de l'assuré.

Par conséquent, l'OAI a réitéré sa position selon laquelle Z.\_\_\_\_\_ a récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir d'avril 2017. De plus, l'OAI considère que des postes adaptés à son état de santé existent dans le domaine de la production ou des services où il existerait suffisamment d'activités légères ne nécessitant pas de suivre une nouvelle formation professionnelle. A ce propos, il fait valoir que son spécialiste en réinsertion professionnelle lui aurait proposé une courte mesure en centre suivie d'une aide au placement et que le recourant n'en n'aurait pas vu la nécessité et continuerait à exercer des activités professionnelles sous forme de mandats avec [...] pour des traductions et des conseils, et de travaux de conciergerie avec son épouse. L'OAI précise par ailleurs que l'âge de l'assuré au moment de la deuxième expertise ne pouvait pas être considéré comme avancé et partant justifier une analyse globale de sa situation.

**c)** Par réplique du 7 octobre 2021, Z.\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions, alléguant que la réponse de OAI qu'il contestait n'appelait pas d'explications complémentaires.

### **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. a)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d ; 135 V 141 consid. 1.4.4).

**b)** Le présent litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier au-delà du 30 juin 2017. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans s'étend également à la période depuis le début du droit à la rente, puisque la décision attaquée porte sur l'octroi d'une rente limitée dans le temps et simultanément sur sa suppression.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 7 mai 2021, de sorte que c'est à ce dernier qu'il est fait référence au sein du présent arrêt (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est

comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**b)** 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le Tribunal fédéral a rappelé qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical. Il convient bien plutôt pour la partie qui entend remettre en cause le bien-fondé du point de vue médical sur lequel se sont fondées les autorités judiciaires de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et qui seraient suffisamment pertinents (TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1

**c)** Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu

postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

**d)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 43 LPGA prévoit en effet que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière ; il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C\_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 et les références).

**6. a)** La décision entreprise couvre trois périodes distinctes, soit une première durant laquelle le recourant présentait un degré d'invalidité de 50 % ; une deuxième après une aggravation de son état de santé en mai 2016, qui a donné lieu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière compte tenu d'un degré d'invalidité de 100 % ; et une dernière après une amélioration de son état de santé en avril 2017, portant son degré d'invalidité à 13 % et fermant son droit à une rente. En l'espèce, le recourant ne conteste en soi pas les périodes durant lesquelles il a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité puis d'une rente entière, soit respectivement du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 juillet 2016 et du 1<sup>er</sup> août 2016 au 30 juin 2017. Se pose ainsi singulièrement la question de savoir si son état de santé a bien connu une amélioration dès le 1<sup>er</sup> avril 2017, engendrant trois mois plus tard la suppression, par révision, de la rente entière d'invalidité qui lui avait été octroyée dès le 1<sup>er</sup> août 2016.

**b)** La décision entreprise retient qu'à partir du 1<sup>er</sup> avril 2017, une pleine capacité de travail pouvait être exigée du recourant, dans une activité adaptée. Cette décision est fondée sur les expertises du 28 septembre 2017 du BA.\_\_\_\_\_ et du 25 janvier 2021 du J.\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été suivies par le SMR.

Le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir pris en compte toutes ses atteintes à la santé et prétend que sa situation ne lui permettrait pas d'exercer une quelconque activité professionnelle. Il soutient que les deux expertises seraient incomplètes et met en doute la valeur probante de la deuxième expertise en particulier.

Il convient donc d'examiner la valeur probante des deux expertises précitées, étant précisé que le recourant n'a pas contesté leurs volets psychiatriques, qui n'ont mis en évidence aucune atteinte psychique. Aucun rapport médical au dossier ne soutenant l'existence d'une telle atteinte et le recourant ne s'en prévalant pas, il n'y a donc pas lieu de se pencher plus avant sur cet aspect. Le recourant conteste en

effet l'appréciation médicale de son état de santé sur le plan somatique uniquement.

**7. a)** Les experts du BA. \_\_\_\_\_ ont examiné personnellement le recourant, ont fait réaliser un examen sanguin et médicamenteux, ont effectué un status complet, considéré ses plaintes (dont la perte de poids déclarée de 10 kg), pris connaissance des avis et diagnostics par les différents médecins intervenus préalablement, établi une anamnèse complète, étudié et synthétisé le dossier médical, et retenu des diagnostics cohérents avec leurs constats.

Les experts ont en particulier retenu que le recourant présentait des douleurs du pouce gauche depuis 2010, en augmentation progressive, qu'une rhizarthrose et un pouce en Z douloureux avaient été diagnostiqués et avaient justifié un arrêt de travail dès le mois d'avril 2014. Cette date a été fixée par l'OAI comme le début de l'incapacité de travail déterminante pour le droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). L'intéressé avait d'ailleurs déposé sa demande de prestations en la motivant principalement par sa rhizarthrose, ce qu'il avait confirmé lors de son entretien au stade de l'intervention précoce (cf. demande du 6 novembre 2014 et entretien du 16 février 2015).

Le 9 mai 2014, le recourant avait bénéficié d'une cure de rhizarthrose (ou trapézectomie et ligamentoplastie), ensuite de laquelle ses douleurs avaient diminué, mais des décharges électriques et des troubles sensitifs digitaux avaient persisté. Il avait été en incapacité de travail à des taux fluctuants, avait repris son activité habituelle à un taux réduit de 50 % dès le 27 octobre 2015 (pour les détails, cf. faits, partie A/g ci-avant). Il avait signalé des dorsalgies importantes et faiblesses musculaires généralisées vers le milieu de l'année 2015, qui avaient été investiguées, le bilan étant revenu négatif (cf. également le rapport de la Dre L. \_\_\_\_\_ du 29 décembre 2015). Le Dr H. \_\_\_\_\_ avait attesté son incapacité de travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, ce qui a été retenu comme date de l'aggravation de son état de santé (cf. son rapport du 13 décembre 2016). Après plusieurs investigations médicales, et différents

traitements infructueux, un syndrome du canal carpien gauche avait été objectivé par ENMG du 9 septembre 2016. Le port d'une attelle d'extension nocturne n'ayant pas apporté d'amélioration notable des symptômes, le recourant avait été opéré le 30 novembre 2016 d'une cure du tunnel carpien gauche (désincarcération du nerf médian gauche). Après cette intervention, le Dr W. \_\_\_\_\_ avait constaté la disparition des symptômes et estimé que l'intéressé pouvait reprendre une activité adaptée dès le 15 mars 2017 (cf. rapports des 15 février et 27 juin 2017). Pour sa part, le Dr H. \_\_\_\_\_ estimait que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % dès le 31 mars 2017.

Les experts du BA. \_\_\_\_\_ ont relevé les problèmes de la main gauche qui imposaient des limitations fonctionnelles, tout comme les rachialgies occasionnelles en relation avec une importante cyphose dorsale. Ils ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 %, en raison des difficultés à effectuer de la soudure avec l'utilisation répétée de la main gauche. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'intéressé était de 100 % dès février 2017, soit environ deux mois après l'intervention pour le tunnel carpien gauche. Ils avaient toutefois mentionné dans leur complément d'expertise sur demande du SMR : « A noter que la compression du nerf médian était sévère avec une importante amyotrophie résiduelle de l'éminence thénar ».

Compte tenu de cette remarque, le SMR a estimé qu'il se justifiait de retenir le mois d'avril 2017 comme date de la reprise exigible de l'activité professionnelle, à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée. L'octroi de la demi-rente d'invalidité à l'intéressé dès le mois de mai 2015 résultait ainsi de l'atteinte à la santé que constituait la rhizarthrose gauche et sa cure du 9 mai 2014. Ensuite, compte tenu de l'aggravation de l'atteinte à la main du gauche de l'intéressé dès le mois de mai 2016, diagnostiquée en septembre 2016 et opérée le 30 novembre 2016, le degré d'invalidité du recourant s'est élevé à 100 %, justifiant l'allocation d'une rente entière d'invalidité. A la suite de l'intervention de cure du tunnel carpien gauche, il était en mesure, selon

les experts, le SMR, ainsi que les Drs W.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, de reprendre une activité adaptée à 100 %. Cette dernière évolution est contestée par le recourant, qui se prévaut d'atteintes que l'intimé n'aurait pas prises en compte.

**b)** A la réception du projet de décision de l'OAI, l'intéressé s'est opposé à son contenu en évoquant une autre atteinte que celles de sa main et de son dos, soit une probable ostéoporose génétique, qui était en cours d'investigation. Il se prévalait de la porosité de ses os, d'un risque de fractures, de la fragilité de sa colonne vertébrale, de sa perte de masse osseuse et musculaire, de la diminution de sa taille, de douleurs, de fatigue, des effets de son traitement par opiacés, de l'instabilité de son poignet droit et de lâchages des mains et des jambes. En procédure judiciaire, il a réitéré ce qui précède, faisant valoir en substance que ces atteintes n'avaient pas été prises en compte dans la première expertise, et que la seconde n'avait pas suffisamment établi leurs effets sur sa capacité de travail.

**c)** Or, ses plaintes à partir de mi-2015 concernant des douleurs musculaires diffuses de type courbatures, gonalgies occasionnelles et myalgies diffuses, associées à une faiblesse généralisée, une asthénie, des troubles du sommeil et une perte de poids, le lâchage d'objets et une instabilité du poignet droit ont été précisément mentionnées dans plusieurs passages du rapport d'expertise (voir histoire médicale selon l'expertisé pp. 12 et 13, synthèse et discussion - rappel de l'histoire médicale pp. 21 et 22 de l'expertise du BA.\_\_\_\_\_). Le rapport exposait à ce propos que les résultats des différents examens médicaux entrepris (bilan médical, IRM, radiographies, scintigraphie osseuse, examen clinique, HLA B27, médication et autres) s'étaient tous révélés négatifs (voir rapport d'expertise du BA.\_\_\_\_\_, pp. 12, 13, 21 et 22), hormis une instabilité radio-cubitale à droite qui est décrite comme étant non douloureuse et non investiguée (voir rapport du BA.\_\_\_\_\_, p. 22).

Dans son rapport du 28 septembre 2015, le Dr C.\_\_\_\_\_ avait fait état de telles plaintes tout en envisageant une reprise graduelle de

son activité professionnelle à 50% dès le 27 octobre 2014, puis à 75% depuis le 20 juillet 2015 et enfin à 100% à partir du 5 octobre 2015 et l'expertise fait référence à ce rapport médical (voir rapport d'expertise du BA.\_\_\_\_\_, p. 8).

Il sied de rappeler par ailleurs que la Dre L.\_\_\_\_\_ évoquait d'abord des douleurs multiples et de la fatigue, puis, se surajoutant, une gonalgie et le lâchage de genou et objets, dans un contexte de difficultés ayant immédiatement précédé et suivi son licenciement par K.\_\_\_\_\_ SA (voir ses rapports médicaux des 25 janvier, 9 février, 19 avril, 12 mai, 13 juin et 23 août 2016), sans toutefois se prononcer quant à la capacité de travail du recourant. En parallèle, différentes investigations étaient menées sur les plans clinique, radiologique et sanguin, en ce qui concerne les myalgies (rapports du Dr P.\_\_\_\_\_ des 18 mai et 26 juin 2016), les troubles du sommeil (rapport du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ du 26 mai 2016), au moyen d'un IRM du corps entier (rapport du 28 juillet 2016) et par le biais de la médecine manuelle (rapports du Dr [...] des 8 et 15 novembre 2016).

Le Dr N.\_\_\_\_\_ posait le diagnostic de fatigue et douleurs musculaires diffus sans substrat organique objectivé (voir ses rapports des 24 novembre et 13 décembre 2016), en retenant une capacité de travail fluctuante en relation avec l'opération du nerf médian gauche programmée le 30 novembre 2016. Il expliquait l'œdème à la cheville droite, pour lequel le recourant avait consulté en urgence, comme étant dû à une entorse des ligaments après une marche de deux heures (voir son rapport du 31 mars 2017).

Le Dr JK.\_\_\_\_\_ notait la présence de myalgies inflammatoires d'origine indéterminée associées à une sensation de faiblesse généralisée et énumérait les différents examens et traitement entrepris afin de permettre de les objectiver (voir ses rapports des 16 décembre 2016 et 13 janvier 2017). Les myalgies ont été suivies par le Dr Q.\_\_\_\_\_ et le Dr R.\_\_\_\_\_ des Unités somatiques du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ (voir leurs rapports des 16 et 22 mai et 21 juillet 2017), qui rapportaient les

plaintes y relatives du recourant et les résultats sans particularité des différentes investigations menées notamment sur le plan rhumatologique.

S'agissant de l'évolution du poids du recourant, le rapport de la Dre [...] du 12 février 2016 mentionnait un poids de 70 kg, le rapport de la Dre [...] du 19 juillet 2016 de 69 kg, le rapport de la Dre L. \_\_\_\_\_ du 25 octobre 2016 de 67 kg et le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2017 de 68 kg. Dans tous les cas, l'indice de masse corporelle pour un poids oscillant entre 65 et 70 kilos et une taille de 175 centimètres correspondait à une corpulence normale selon les médecins.

Un résumé des principaux rapports médicaux et examens figure dans le rapport d'expertise (voir rapport du BA. \_\_\_\_\_, pp. 5 à 11). Il faut en conclure que les plaintes du recourant en ce qui concernait les autres atteintes que celles de la main gauche et du dos ont été pris en compte par les premiers experts, à l'exception de la question de la porosité et de la fracture de ses os.

Les experts ont estimé que les diagnostics de probable instabilité radio-cubitale du poignet droit et de douleurs musculaires diffuses d'origine indéterminée n'avaient aucune incidence sur sa capacité de travail (rapport d'expertise du BA. \_\_\_\_\_, pp. 21 à 24). Par conséquent, seuls des diagnostics sur le plan rhumatologique concernant la main gauche et le dos et ayant une incidence sur la capacité de travail ont été explicitement retenus dans le cadre de la première expertise, ce que la Dre DF. \_\_\_\_\_ du SMR synthétisait dans son rapport du 27 avril 2018, en suggérant néanmoins de repousser la date de reprise d'une activité adaptée de février 2017 à avril 2017 afin de tenir compte de la compression sévère du nerf médian.

**d)** A partir de juillet 2018, dans le contexte de la fin de son droit au chômage et de la perception depuis lors d'un revenu d'insertion, le recourant a fait valoir une aggravation de son état de santé qu'il résumait en une ostéogénèse imparfaite, une ostéoporose et un syndrome d'Ehlers Danlos (voir note de l'OAI relative à l'entretien du 9 juillet 2018

avec l'assuré). Il a contesté le préavis de décision de l'OAI du 24 octobre 2018 quant à la suppression de sa rente entière au 30 juin 2017, en se prévalant d'investigations en cours et d'une suspicion d'ostéoporose génétique pour son fils et lui (voir ses lettres des 10 janvier et 28 février 2019). A ce moment-là, le nouveau médecin traitant du recourant depuis avril 2018, le Dr K.\_\_\_\_\_, a posé un diagnostic de douleur ostéoarticulaire diffuse dans le cadre d'ostéogenèse imparfaite avec répercussion sur sa capacité de travail et indiqué une perte de masse osseuse et musculaire et une diminution de taille de 175 à 170 centimètres en une année ; il signalait que des investigations étaient en cours pour déterminer si le recourant souffrait d'une ostéoporose génétique et du syndrome Ehlers-Danlos (voir lettre du Dr K.\_\_\_\_\_ du 8 mars 2019), alors même que deux mois plus tard, dans son rapport du 23 mai 2019, le Dr K.\_\_\_\_\_ indiquait un poids de 68 kg pour une taille de 175 centimètres qui correspond au poids mentionné dans le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 22 mai 2017. Il évaluait sa capacité de travail à 50 % dans la soudure spécialisée. La spécialiste en rhumatologie, la Dre YS.\_\_\_\_\_, retenait un diagnostic ayant une incidence sur sa capacité de travail de maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples et hypermobilité articulaire et des limitations fonctionnelles tenant notamment compte de la fragilité osseuse et de l'instabilité des membres supérieurs. Elle évaluait sa capacité de travail entre 20 et 50 % dans une activité adaptée et le potentiel de réadaptation comme étant bon.

Les résultats des investigations susmentionnées sont documentés par un rapport d'analyse moléculaire du 12 août 2019 n'identifiant pas une ostéogenèse imparfaite, ainsi que par un rapport de densitométrie osseuse du 30 décembre 2019 qui indique une ostéoporose au niveau de la colonne lombaire et du fémur proximal, tout en mettant en évidence une situation améliorée par rapport à l'examen de mars 2018, une texture osseuse normale de la colonne lombaire et l'absence de fracture vertébrale. Le rapport du Dr [...] au Dr K.\_\_\_\_\_ du 27 avril 2020 écartait la présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos et retenait le diagnostic de polyarthralgies dans le cadre d'un syndrome d'hypermobilité

articulaire bénigne et d'ostéoporose fracturaire. C'est ainsi que ni l'ostéogénèse imparfaite, ni le syndrome d'Ehlers-Danlos n'ont été objectivés.

Sur la base des derniers rapports médicaux, la Dre DF. \_\_\_\_\_ du SMR a préconisé le 2 mars 2020 une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique. Dans le rapport de cette deuxième expertise établie par le J. \_\_\_\_\_ le 25 janvier 2021, seule l'expertise rhumatologique a conclu à des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant. Ces diagnostics étaient les suivants : polyarthralgies/myalgies dans le cadre d'une maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples, hypermobilité articulaire (2019) M35.8, ostéoporose fracturaire traitée par Aclasta M81.9, hyperlaxité de l'articulation de la base du pouce gauche, remaniements dégénératifs métacarpo-trapézoïdien, status post-trapézectomie et interposition tendineuse le 09 mai 2014 pour rhizarthrose gauche (M19.93) Z98.8, arthrose modérée trapézo-métacarpienne droite M19.93, dorsolombalgies chroniques, troubles statique (cyphose dorsale), cervicales chroniques, M54.2 et status après cure de tunnel carpien gauche (voir expertise du J. \_\_\_\_\_, p. 11).

Les experts ont évalué sa capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle, en raison des atteintes de la main gauche, et à 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations depuis avril 2017. L'expertise indique un poids de 69 kilos pour une taille de 172 centimètres, précisant que cela correspond à un poids normal (voir rapport d'expertise du J. \_\_\_\_\_, p. 10).

Les experts du J. \_\_\_\_\_ ont donc considéré que les diagnostics retenus d'hypertension artérielle I10 (voir expertise de médecine interne, p. 19) et de status après cure de tunnel carpien gauche avec atteinte motrice séquellaire résiduelle de la main gauche G56.0 (voir expertise neurologique, p. 25) n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail du recourant.

e) Par rapport à la première expertise, précisément les mêmes diagnostics d'hyperlaxité de l'articulation de la base du pouce gauche, de trapézectomie et interposition tendineuse pour rhizarthrose gauche et de cure de tunnel carpien gauche ont été retenus dans la deuxième expertise qui constate des remaniements dégénératifs métacarpo-trapézoïdien, alors que la première expertise se réfère à des troubles sensitifs et moteurs séquellaires du pouce et de l'index gauche. Les deux expertises mentionnent des rachialgies occasionnelles sur importante cyphose dorsale (première expertise), respectivement des dorsolombalgies chroniques et troubles statiques (cyphose dorsale) et des cervicales chroniques (deuxième expertise).

En revanche, la seconde expertise a posé le diagnostic de polyarthralgies/myalgies dans le cadre d'une maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples et hypermobilité articulaire (M35.8, 2), ainsi que d'ostéoporose fracturaire traitée par Aclasta (M81.9) et d'arthrose modérée trapézo-métacarpienne droite (M19.93). Ces diagnostics relèvent exclusivement du domaine rhumatologique, à l'instar des diagnostics tirés dans le cadre de la première expertise. Les deux derniers diagnostics sont indiqués comme étant traités ou modérés, influençant dès lors dans une moindre mesure sa capacité de travail. L'experte rhumatologue du J.\_\_\_\_\_ a en outre précisé que le status était superposable à celui de la première expertise et que leurs conclusions en ce qui concernait la capacité de travail restaient les mêmes, en écartant l'éventualité d'une aggravation de son état de santé (voir expertise rhumatologique du J.\_\_\_\_\_, p. 12).

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, par rapport à la première expertise qui décrivait uniquement des activités nécessitant de la force et la pince répétée avec la main gauche, des travaux lourds et des positions debout prolongées, la deuxième expertise a retenu des changements de position possibles, pas de station assis ou debout prolongées, pas de travail répétitif avec les articulations en général, ni de travail physique impliquant les membres supérieurs, un travail seulement d'appoint avec la main gauche, pas de travail sur échelle, ni échafaudage,

pas de déplacements prolongés ni répétitifs sur terrain inégal, un port de charge limité à 5 - 10 kg du côté droit, une limitation du port de charge à gauche 5 kg et pas d'efforts physiquement contraignants pour le rachis. On peut en déduire que les seconds experts ont considéré dans leur globalité les affections d'ordre rhumatologique dont souffre le recourant, en diagnostiquant une maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples et hypermobilité articulaire qui se manifeste sous la forme de polyarthralgies/myalgies et qui justifie des limitations fonctionnelles correspondantes. C'est ce qu'a relevé le SMR, dans ses avis médicaux des 8 février et 21 juillet 2021. Ainsi, la deuxième expertise circonscrivait également de manière plus précise ce qu'il fallait entendre par une activité adaptée dans le cas du recourant. Le recourant ne saurait par conséquent être suivi lorsqu'il reproche à la deuxième expertise d'avoir retenu des diagnostics supplémentaires mais d'être arrivée aux mêmes conclusions que la première expertise quant à sa capacité de travail.

**f)** Les experts du J.\_\_\_\_\_ ont tenu compte des autres appréciations médicales, en particulier des rapports de la Dre YS.\_\_\_\_\_ et du Dr [...] (voir le résumé des principaux rapports médicaux, pp. 32 à 42 du rapport). Le rapport succinct du Dr [...], médecin généraliste, du 4 juin 2021 et le protocole de l'opération du 2 juin 2021, produits en procédure judiciaire, ont été établis postérieurement au deuxième rapport d'expertise et à la décision litigieuse, de sorte qu'ils ne peuvent en principe pas être pris en compte. Cela étant, le médecin du SMR s'est exprimé à propos des allégations du recourant basées sur ces deux derniers documents médicaux, selon lesquelles ses problèmes de santé se seraient aggravés depuis la deuxième expertise et la prise d'opiacés à hautes doses aurait un impact sur sa capacité de travail. Le SMR a considéré, d'une part, que la dernière densitométrie osseuse avait mis en évidence une amélioration de la situation et l'absence de fractures et, d'autre part, que le rapport du Dr [...] ne faisait qu'évoquer un risque hypothétique sans préciser concrètement les doses d'opiacés administrées et leurs effets dans le cas de son patient (rapport du SMR du 21 juillet 2021). Ces considérations paraissent cohérentes et convaincantes.

Le recourant fait également grief aux seconds experts de ne s'être pas prononcés sur sa perte de masse osseuse et musculaire et la diminution de quelques centimètres de sa taille. Or, la seconde expertise relève un poids dans la norme pour sa taille et retient à titre de diagnostic une ostéoporose traitée par Aclasta pour prévenir le risque de fractures. De plus, le SMR a indiqué que l'ostéoporose fracturaire pouvait se traduire par une perte de taille, sans engendrer des limitations fonctionnelles particulières (rapport du SMR du 21 juillet 2021).

**g)** En conséquence, il faut retenir que tous les experts s'accordent pour retenir une capacité de travail du recourant à 50 % dans son activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée à partir du 1<sup>er</sup> avril 2017 et qu'en parallèle, ils mettent en lumière le fait que le recourant a conservé des capacités et des ressources pour réaliser toutes les activités de la vie quotidienne et exercer une activité professionnelle adaptée. En effet, les deux expertises montrent que le recourant participe activement aux activités ménagères et à la conciergerie de deux immeubles de plusieurs étages, qu'il réalise des mandats en matière de soudure spécialisée dans le cadre de [...] et souhaiterait trouver un poste à temps partiel de conseiller technique dans ce domaine.

Sur ce point, les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ et de la Dre YS.\_\_\_\_\_ consultés par le recourant divergent. Cependant, l'on notera que l'avis donné le 8 mars 2019 par le Dr K.\_\_\_\_\_ se résume à des réponses très succinctes adressées au conseil du recourant et que le praticien envisageait alors la seule activité à 50 % de conseil technique dans la soudure spécialisée. Il en va de même de l'avis du 29 octobre 2019 de la Dre YS.\_\_\_\_\_ qui, quoique plus étoffé, n'en demeure pas moins succinct et évalue sa capacité de travail entre 20 et 50 % dans un poste adéquat, sans autre explication. En revanche, il faut rappeler que le Dr W.\_\_\_\_\_ attestait, dans son rapport du 27 juin 2017, une capacité de travail à 100% depuis le 15 mars 2017 dans une activité adaptée, comme l'évaluent les experts.

**h)** A la lumière des éléments développés ci-avant, il y a lieu de considérer que les expertises du BA.\_\_\_\_\_ et du J.\_\_\_\_\_ peuvent toutes deux se voir reconnaître une pleine valeur probante conformément aux critères jurisprudentiels applicables. Lors de la deuxième expertise, à l'instar de la première, les experts ont examiné le patient et effectué un status complet, considéré ses plaintes, pris connaissance des avis et diagnostics émis par les différents médecins traitants, établi une anamnèse complète, étudié le dossier médical et retenu des diagnostics cohérents. Leurs appréciations médicales sont claires, détaillées et motivées. C'est ainsi que l'argument du recourant qui soutient que la deuxième expertise serait dépourvue de valeur probante tombe à faux.

**i)** Partant, le recourant n'a pas apporté d'élément objectif médicalement permettant de mettre en doute l'amélioration de son état de santé, et de sa capacité de gain, à compter du mois d'avril 2017, et l'absence de dégradation ultérieure notable jusqu'à la reddition de la décision litigieuse (art. 88a al. 2 RAI). L'intimé était fondé à retenir que le recourant disposait d'une pleine capacité de gain dans une activité adaptée à partir du 1<sup>er</sup> avril 2017, son état de santé s'étant amélioré à la suite de l'intervention de cure du tunnel carpien de sa main gauche.

**8.** Sur le plan économique, s'agissant du calcul du degré d'invalidité, le recourant ne formule pas de grief précis. Examiné d'office, le degré d'invalidité fixé par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et s'élève à 13 % dès la date de l'amélioration de la capacité de travail, ce qui ferme son droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2017, trois mois après dite amélioration (art. 28 al. 1 LAI *cum* 88a al. 1 RAI). En particulier, son âge ne saurait en l'occurrence justifier un abattement supplémentaire (à ce sujet : ATF 143 V 431 consid. 4.5 ; TF 8C\_296/2020 du 25 novembre 2020 et les références). Au demeurant, le fait que la recherche d'emploi puisse être rendue plus difficile en raison de l'âge est un facteur étranger à l'invalidité (ATF 146 V 16 consid. 7.2.1 *in fine*). Il s'agit donc de confirmer la décision entreprise s'agissant du degré d'invalidité également.

**9. a)** Le recourant argue qu'à son âge et compte tenu de son traitement à base d'opiacés, une reconversion professionnelle ne serait pas concevable. Les remarques formulées ci-avant quant aux allégations relatives au traitement par opiacés s'appliquent ici également.

**b)** Quant à l'âge du recourant, il justifie que la question de son éventuel droit à des mesures de réadaptation soit analysée.

**aa)** Il arrive que l'octroi préalable de mesures de réadaptation constitue une condition *sine qua non*, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). Lorsque le droit à la rente d'une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins est réduit ou supprimé par révision (art. 17 al. 1 LPGA), reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), ou dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209 consid. 5), la jurisprudence considère que cette personne appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail (TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2). Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette dernière ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 et les références citées). La question du moment auquel la limite des 55 ans doit être déterminée a été laissée ouverte par le Tribunal fédéral jusqu'à l'arrêt 8C\_104/2021 du 27 juin 2022 (destiné à la publication et qui trouve application *in casu*, cf. ATF 140 V 154 consid. 6.3.2 et réf. cit. ; TF 9C\_346/2017 du 14 novembre 2017 consid. 5.3.1). Le moment déterminant pour l'aptitude à la réadaptation par soi-même dans ce cadre est celui de la décision, même dans le cadre de l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps et octroyée avec effet rétroactif (TF 8C\_104/2021 précité, consid. 7.3.2). Notre Haute Cour a de plus indiqué que cette question devait être examinée d'office (*idem*, consid. 7.1.4).

**bb)** En l'espèce, au moment de la reddition de la décision, le 7 mai 2021, le recourant était âgé de 58 ans, de sorte que la présomption précitée devait s'appliquer à sa situation. Théoriquement, au vu des principes développés ci-avant, il pourrait ainsi prétendre à l'octroi de mesures de réadaptation.

**cc)** Cela étant, pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

En l'espèce, le recourant a manifesté à plusieurs reprises son absence d'intention et de souhait de profiter de telles mesures, dûment proposées par l'intimé (cf. rapport initial d'intervention précoce du 16 février 2015, procès-verbal de l'entretien du 25 mars 2015, communication du 27 mars 2015, procès-verbal d'entretien du 9 juillet 2018, projet de décision du 24 octobre 2018, réponse au recours du 25 août 2021). Le recourant n'a du reste pas formulé de grief spécifique s'agissant des mesures dans la présente procédure ni conclu à leur octroi en sa faveur. Il appert donc que la position de l'OAI s'agissant des mesures de réadaptation peut être confirmée, étant rappelé qu'il a communiqué au recourant, dans la décision entreprise, la possibilité qui lui est offerte de bénéficier d'une aide au placement s'il le désire.

**10. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'OAI du 7 mai 2021, confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la partie recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Sara Giardina (pour M. Z. \_\_\_\_\_),
- 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 :