

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Stefano Fabbro, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant sri lankais, D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]). Titulaire d'une autorisation de séjour de type « C » en Suisse, sans formation professionnelle, il a travaillé de juin 2001 à octobre 2017 en tant qu'aide de cuisine pour le compte de l'V._____ (V._____).

Porteur d'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche connu depuis 2013, l'assuré a été opéré une première fois le 14 janvier 2014, puis en raison d'une capsulite rétractile post opératoire au décours de ce geste, une nouvelle intervention chirurgicale a eu lieu le 1^{er} octobre 2014. Il a présenté des incapacités de travail à des taux variables entre 50 - 100 % depuis le 12 décembre 2013.

D._____ a été annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par l'envoi d'un formulaire de détection précoce complété par son assurance perte de gain (R._____) le 16 mai 2014. Dans le contexte de la persistance de ses ennuis de santé, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) le 21 juillet 2014 en raison de « diabète, épaule » existant depuis décembre 2013.

Dans le cadre de son instruction de la demande, l'OAI a requis des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré, puis a octroyé une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un suivi de reprise de l'activité habituelle de l'intéressé auprès du V._____ depuis le 1^{er} février 2015 ; cette tentative a échoué en raison d'une incapacité de travail de l'assuré à 50 % dès le 1^{er} juillet 2015 sans mesure de réadaptation d'ordre professionnel possible compte tenu de la situation médicale pas encore stabilisée. L'OAI s'est vu communiquer le dossier médical constitué par la R._____, a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique au SMR ([Service médical régional de l'assurance-invalidité]), puis a octroyé une mesure d'orientation professionnelle (au sens de l'art. 15 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité ; RS 831.20]) auprès du centre A._____ d'[...], du 10 janvier au 3 avril 2017 ; cette mesure a été suivie d'une tentative de reprise d'un poste adapté dans l'activité habituelle de l'assuré, exercée à mi-temps dès le 12 juin 2017, mais qui a échoué en raison de l'aggravation des douleurs.

Par communication du 2 août 2017, l'OAI a offert conseil et soutien à l'assuré par l'octroi d'une mesure d'aide au placement (au sens de l'art. 18 LAI).

Par décision du 23 janvier 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2015 au 30 avril 2015, basée sur un degré d'invalidité de 84 %. Selon ses constatations, en totale incapacité de travail depuis le 12 décembre 2013, l'intéressé présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité prolongée au-dessus de l'horizontale, port de charges à gauche au-delà de cinq kilos, port de charges bimanuel au-delà de dix kilos, et mouvements répétitifs en élévation du bras) depuis le 28 janvier 2015 et son degré d'invalidité était de 15,25 %. Cette décision n'a pas été contestée.

Selon une note d'un entretien téléphonique du 13 février 2018 entre la gestionnaire en charge du cas à l'OAI et le médecin traitant de l'assuré (Dr L._____), son patient se plaignait constamment de mal d'épaule, aussi de celle droite pour laquelle il avait rendez-vous le 19 mars 2018 avec le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie. De l'avis du médecin traitant, si la poursuite de l'ancienne activité d'aide de cuisine n'était plus possible, l'intéressé était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée. Le Dr L._____ précisait que l'assuré devait plus se préoccuper de son cholestérol et de son diabète en raison d'un risque de « gros problèmes cardiovasculaires » s'il ne suivait pas le traitement, ni les conseils.

Dans un rapport de consultation du 19 mars 2018 adressé au Dr L._____, le Dr K._____ a posé les diagnostics de douleur récurrente

de l'épaule gauche dans le contexte d'une tendinopathie résiduelle du sus-épineux avec une bursite sous-acromio-deltoïdienne, de status post chirurgie arthroscopique de l'épaule gauche en janvier 2014 puis en octobre 2014, de douleur de l'épaule droite sur tendinopathie du sus-épineux avec déchirure partielle ; arthrose acromio-claviculaire et lame d'épanchement dans la bourse sous acromio-deltoïdienne, d'épaississement de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren) plus marquée à la main gauche au niveau des fléchisseurs au quatrième doigt, de diabète type 2 traité, et de discrète polyneuropathie périphérique des membres inférieurs. A l'examen l'assuré se plaignait de douleurs des épaules pour lesquelles des infiltrations de plasma riche en plaquettes étaient prévues. Une reconversion professionnelle était nécessaire compte tenu de l'atteinte tendinopathique des épaules avec des limitations fonctionnelles dans les activités manuelles et les travaux avec les bras en hauteur et en charge (limite de poids de sept à huit kilos de l'épaule droite et cinq à six kilos pour l'épaule gauche, pas de travaux répétitifs ni réalisés avec les bras au-dessus de la tête). Une incapacité de travail était fixée jusqu'au 29 avril 2018 pour donner le plus de chances possibles aux infiltrations.

Le Dr K._____ a réalisé des infiltrations aux épaules de l'assuré (épaule gauche le 29 mars 2018 et épaule droite le 5 avril 2018). Selon son estimation, la capacité de travail de l'assuré était de 50 % au maximum dans une activité adaptée sans travaux répétitifs ni avec les bras au-dessus de la tête et avec une limite de charge de l'ordre de cinq kilos. Les travaux manuels répétitifs n'étaient pas envisageables en raison de l'atteinte tendino-articulaire des épaules (attestation non datée mais enregistrée le 9 avril 2018 au dossier et rapport de consultation du 11 mai 2018 du Dr K._____).

La mesure d'aide au placement accordée le 2 août 2017 a finalement été clôturée par l'OAI le 14 août 2018 en raison de l'impossibilité de réintégrer l'assuré sur le marché du travail dans un délai convenable ainsi que d'un manque de collaboration de sa part.

B. Le 26 octobre 2018, l'OAI a reçu un rapport du 4 septembre 2018 adressé au Dr L._____ par le Dr K._____ à la suite d'une consultation du jour précédent, confirmant l'estimation théorique de la capacité de travail résiduelle de 50 % au maximum dans une activité adaptée avec la précision que des travaux manuels répétitifs n'étaient pas exigibles compte tenu de l'atteinte tendino-articulaire des deux épaules et de l'arthrose interphalangienne digitale, ainsi qu'un certificat du 30 octobre 2018 du médecin traitant attestant d'une incapacité de travail de l'assuré à 50 % du 1^{er} novembre au 31 décembre 2018.

A l'invitation de l'OAI (courrier intitulé « réexamen de votre droit aux prestations » adressé le 2 novembre 2018 à l'assuré), le Dr L._____ a, par courrier médical du 21 novembre 2018, signalé des douleurs à l'épaule droite de son patient sur tendinopathie du sus-épineux avec déchirure partielle (arthrose acromio-claviculaire et lame d'épanchement dans la bourse acromio-deltoïdienne) et aussi à la main gauche (dans le contexte d'une arthrose) en se référant à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle effectuée par le Dr K._____. Selon le médecin traitant, en plus des ennuis d'épaules, des mains et de gonalgies, le diabète ainsi qu'une dyspnée posaient également problème. En annexe à son courrier, outre le rapport du 4 septembre 2018 du Dr K._____, le médecin traitant a joint :

- un rapport du 8 octobre 2018 dans lequel le Dr F._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a diagnostiqué un diabète de type 2 dans un contexte de prévention secondaire en raison d'une intoxication tabagique active. Selon ce médecin spécialiste sur le plan du diabète, l'HbA1c était proche de 13 % indiquant l'introduction d'une insulinothérapie basale. Afin d'obtenir une glycémie à jeun inférieure à 7 mmol, l'assuré s'était vu apprendre à tirer sa dose de Tresiba® prescrite à raison de 14U avec indication, après plusieurs exercices, de l'augmentation de la posologie par un palier de 2U tous les trois jours jusqu'à l'obtention de l'objectif fixé. La médication par Metfin® et Diamicron® était également maintenue. Sous réserve de l'accord du Dr L._____, un contact devait être pris avec la cardiologue de la Clinique [...] à [...], à la recherche d'ischémie

myocardique silencieuse compte tenu du diabète et de l'intoxication tabagique. Le prochain rendez-vous était prévu à trois semaines avec contrôle du taux de cholestérol LDL ;

- un rapport du 30 octobre 2018 adressé au Dr F._____, par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne et en cardiologie, consécutif à une consultation du même jour, décrivant un test cyclo-ergométrique complet en termes de recrutement coronarien, électriquement négatif mais « cliniquement douteux » en raison de l'apparition d'une gêne thoracique au pic de l'effort, l'apparition d'extrasystoles ventriculaires isolées au pic de l'effort et la présence d'un doublet ventriculaire. L'échographie également réalisée montrait des cavités cardiaques de taille normale, une fonction biventriculaire dans la norme, une FEVG (fraction d'éjection ventricule gauche) 60 % et une sclérose de la valve aortique. Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient un diabète de type II insulino-requérant depuis 15 ans, un tabagisme actif (35 UPA), une sédentarité, une suspicion d'hypertension artérielle, ainsi qu'une surcharge pondérale (BMI [Body Mass Index] 26.12 kg/m²). Le traitement alliait la prise de Metfin® (850 mg 1x/jour), de Diamicron® MR (60 mg 2x/jour) ainsi que de Tresiba®. De l'avis du Dr Z._____, une IRM cardiaque de stress était souhaitable. Ce cardiologue avait également équipé l'assuré d'un profilomat de 24 heures et donné un Holter cardiaque pour mesurer la charge d'extrasystoles ventriculaires par 24 heures. Enfin, un bilan sanguin était prévu par le Dr K._____ le 12 décembre 2018 avec une consultation ultérieure pour discuter des résultats des examens cardiologiques ainsi que pour parler à l'assuré de son profil lipidique ;

- un rapport du 19 novembre 2018 du Dr E._____, spécialiste en médecine interne et en cardiologie, d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) de stress à l'adénosine du 16 novembre 2018 mettant en évidence un VG (ventricule gauche) normal, non hypertrophié, avec une fonction systolique globale normale, sans anomalie segmentaire de la contractilité, un VD (ventricule droit) visuellement normal, non hypertrophié, avec une fonction systolique globale visuellement normale, pas de valvulopathie significative, une légère ischémie myocardique sous-

endocardique à l'effort à l'étage basal en septal, en inférieur et en postérieur, ainsi qu'au niveau de l'apex en inférieur, avec une minime nécrose myocardique très circonscrite tout au niveau de l'apex (dans le 17^{ème} segment), la viabilité de tous les segments étant conservée.

Le 5 décembre 2018, le Dr Z. _____ a certifié qu'après une incapacité de travail à 100 % du 3 au 9 décembre 2018 une reprise par l'assuré de son activité professionnelle au pourcentage habituel était possible.

Dans un rapport du 18 décembre 2018 au médecin traitant, le Dr K. _____ a fait part, sur la base d'une consultation musculosquelettique et ostéoarticulaire du même jour, des diagnostics de douleur récurrente de l'épaule gauche dans le contexte d'une tendinopathie résiduelle du sus-épineux avec une bursite sous-acromio-deltaïdienne, de status post chirurgie arthroscopique de l'épaule gauche en janvier 2014 puis en octobre 2014, de douleur de l'épaule droite sur tendinopathie du sus-épineux avec déchirure partielle ; arthrose acromio-claviculaire et lame d'épanchement dans la bourse sous acromio-deltaïdienne, de douleur de la main gauche dans le contexte d'une arthrose interphalangienne modérée et d'un épaissement de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren) plus marquée à la main gauche au niveau des fléchisseurs du 4^{ème} doigt, de diabète de type 2 traité, de cardiopathie ischémique avec sténose de plus de 90 % de l'artère coronaire droite proximale traitée par angioplastie en implantation d'un stent actif le 3 décembre 2018, et de discrète polyneuropathie périphérique des membres inférieurs. En présence de l'assuré qui se plaignait de la persistance de douleurs des épaules dans le contexte d'une tendinopathie dégénérative relativement sévère et chronique du sus-épineux bilatérale, aggravée par l'arthrose acromio-claviculaire, la mise en œuvre d'infiltration intra-articulaire de plasma riche en plaquettes avait été inefficace, et les thérapies physiques un tant soit peu actives accentuaient la douleur des épaules, la physiothérapie n'étant plus réalisée. Selon le Dr K. _____, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était inférieure à 50 % étant précisé qu'une expertise médicale était

nécessaire pour affiner cette évaluation. Les limitations fonctionnelles excluait notamment des travaux sollicitant les membres supérieurs surtout répétitifs et/ou réalisés avec les bras au-dessus de la tête, la limite de poids à ne pas dépasser était de l'ordre de cinq kilos compte tenu de l'atteinte tendino-articulaire des deux épaules ainsi que de l'arthrose acromio-claviculaire et des mains au niveau interphalangien digital. Le suivi de l'évolution de l'état de santé de l'assuré était confié à son médecin traitant. Par certificats des 19 mars, 5 avril, 12 mai, 12 juin, 21 août, 24 septembre, 30 octobre (déjà au dossier) et 18 décembre 2018, le Dr K. _____ a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré à 50 % pour raison médicale, du 7 mars 2018 au 28 février 2019.

Le 10 janvier 2019, D. _____ a déposé une seconde demande de prestations, en raison de tendinopathie aux deux épaules, de mal à la main gauche, de polyneuropathie des jambes, de diabète et de cardiopathie.

Après être entré en matière sur cette nouvelle demande de prestations au vu notamment de l'atteinte cardiaque et de la polyneuropathie de l'assuré, l'OAI a sollicité des renseignements complémentaires auprès des Drs Z. _____ et K. _____ (avis SMR du 31 janvier 2019 du Dr S. _____).

Le 19 février 2019, en réponse à un questionnaire adressé dans l'intervalle par l'OAI, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'angor stable sur maladie coronarienne de 1vx depuis le 3 décembre 2018 et de status post PCI (*Percutaneous coronary intervention*) & stent sur la coronaire droite ainsi que de FRCV (facteurs de risque cardiovasculaire): diabète 2 NIR, tabagisme. En présence d'un assuré asymptomatique avec un test cyclo-ergométrique et une IRM cardiaque positive pour une ischémie myocardique, le cardiologue a confirmé l'absence de limitation fonctionnelle et son estimation d'une capacité de travail de l'assuré à 100 % dans toute activité depuis le 11 décembre 2018. En annexe à ces réponses, figurait notamment un protocole opératoire du 3 décembre

2018 du Dr G._____, spécialiste en cardiologie au Centre Cardiologique de la W._____ à [...], pour une coronographie et une angioplastie indiquées en raison de douleurs rétrosternales ainsi que d'une ergométrie suspecte.

Le 12 mars 2019, le Dr K._____ a répondu aux questions complémentaires adressées dans l'intervalle par le médecin-conseil de l'OAI comme suit :

- "1. Nous vous saurions remerciant de nous adresser les conclusions et copies des examens relatifs à la polyneuropathie que vous mentionnez.*

Le diagnostic de polyneuropathie périphérique est clinique ; en effet les réflexes rotuliens sont faibles et les réflexes achilléens sont quasiment abolis ; de surcroît la pallesthésie au niveau des gros orteils est à 3-4/8 avec une hypoesthésie tacco-algique en chaussette ; la réalisation d'un examen électroneuromyographique ne paraît pas indispensable hormis pour déterminer la sévérité de la polyneuropathie sensitive.

- 2. L'assuré est-il suivi par un psychiatre ?*

Pas à notre connaissance.

- 3. Les limitations que vous citez dans votre précédent rapport du 18.12.2018, sont identiques à celles admises à l'issue de l'examen du SMR. A cette occasion, nous avons même admis que les travaux accroupis ou à genou n'étaient pas exigibles. Dans ces conditions, nous avons retenu une capacité de travail de 100%. Pouvez-vous préciser votre appréciation, sur un plan strictement rhumatologique, quant à la capacité de travail dans une activité qui respecterait l'ensemble de ces limitations ? (Sur un taux de 100%).*

Les limitations fonctionnelles citées à de multiples reprises concernent notamment l'exclusion des travaux sollicitant les membres supérieurs surtout lorsqu'ils sont répétitifs et/ou réalisés avec les bras au-dessus de la tête ; la limite de poids à ne pas dépasser est de l'ordre de 5 kg et ce en tenant compte de l'atteinte tendino-articulaire des deux épaules ainsi que l'arthrose acromio-claviculaire et des mains au niveau interphalangien distal ; la problématique des genoux s'ajoute à celle des épaules.

La diminution de la capacité de travail paraît objective en tenant compte des éléments cités ci-dessus et il apparaît qu'il existe une confusion s'agissant des épaules, des genoux et il faut aussi noter que le patient est diabétique de type 2 compliqué par une cardiopathie ischémique avec sténose de l'artère coronaire droite proximale traitée par angioplastie et implantation d'un

stent actif le 03.12.2018 ; la polyneuropathie périphérique des membres inférieurs est clinique ; un examen électroneuromyographique devrait confirmer ce diagnostic. En tenant compte de l'ensemble de ces diagnostics constitutifs de l'atteinte à la santé, le patient a une capacité de travail réduite de 50% dans une activité professionnelle adaptée légère respectant les limitations fonctionnelles citées.

En tout état de cause si vous le jugez nécessaire, une expertise médicale devrait être réalisée."

Le 19 mars 2019, l'OAI a notamment reçu :

- un rapport final du 14 janvier 2019 du Service de l'emploi en lien avec un stage suivi par l'assuré en tant qu'ouvrier de fabrique à 50 %, du 25 juin au 24 décembre 2018, organisé par [...] auprès de [...] à [...] ; malgré sa bonne participation, l'intéressé avait été freiné par ses limitations fonctionnelles et le poste dû être adapté en conséquence. La piste à suivre consistait en une orientation professionnelle de l'assuré par le biais de l'assurance-invalidité ;

- un rapport de consultation du 18 mars 2019, aux termes duquel le Dr B._____, spécialiste en ophtalmologie, a conclu à une rétinopathie diabétique débutante, à quelques cotton wools rares des deux côtés, sans MA IRMA (*Immuno-Radiometric Assay*) ni exsudats durs ni hémorragies ni neos, avec un contrôle annuel recommandé pour le fond d'œil, ainsi qu'à une sécheresse oculaire (larmes artificielles [lacrycon SDU collyre]).

Le 8 avril 2019, l'OAI a reçu un rapport du 26 mars 2019 consécutif à une consultation du jour précédant, dans lequel le Dr K._____ a confirmé au Dr L._____ les diagnostics posés en décembre 2018 ainsi que son évaluation de la capacité de travail de l'assuré inférieure à 50 %. Le Dr K._____ préconisait une expertise médicale pour déterminer avec précision la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

Par certificats successifs, le Dr K._____ a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré à 50 % du 1^{er} mai au 21 octobre, à 100 % du 22 octobre au 9 novembre 2019, puis de nouveau à 50 % depuis le 10 novembre 2019. Le 15 avril 2019, ce médecin a prescrit une série de

neuf séances de physiothérapie en raison des douleurs persistantes aux deux épaules de l'assuré.

En raison de la persistance des douleurs, l'assuré a subi deux nouvelles infiltrations aux épaules effectuées les 30 octobre et 5 novembre 2019 par le Dr K._____.

Selon une note d'un entretien téléphonique du 19 décembre 2019 entre une gestionnaire à l'OAI et un interlocuteur de l'P._____, l'assuré a été hospitalisé dans cet établissement depuis le 16 décembre 2019 ; les médecins de P._____ ont attesté d'une incapacité de travail totale de l'intéressé du 16 décembre 2019 au 29 février 2020 (certificats médicaux des 6 et 20 janvier ainsi que du 3 février 2020 des Drs O._____ et N._____, tous deux médecins assistants à l'P._____).

Suivant l'appréciation du SMR (avis du 13 août 2019 du Dr S._____), l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, psychiatrie et rhumatologie) au H._____ SA, à [...]. Dans leur rapport du 4 août 2020, les Drs M._____, spécialiste en rhumatologie, A.I._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et B.I._____, médecin praticien, ont posé les diagnostics suivants :

"Diagnostics avec impact sur la capacité de travail :

- Douleur de l'épaule gauche après deux opérations pour déchirure du sus-épineux et tendinite du sous-épineux (octobre 2017), M75.1
- Gonalgies sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral, M22.2
- Cervicalgies sur arthrose facettaire postérieure, M51.3

Diagnostics sans impact sur la capacité de travail :

- Diabète de type 2 depuis 2002, insulino-requérant depuis 2019, déséquilibré
- Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique, F32.11
- Cardiopathie artérioscléreuse - Status après angioplastie percutanée par stent actif le 03.12.2018 pour occlusion de l'artère coronaire droite proximale, I25.1
- Syndrome du canal carpien gauche.
- Antécédent de douleur de l'épaule droite.

Depuis la dernière consultation du 27.05.2020, l'expertisé s'est probablement amélioré d'un point de vue thymique. La mise en avant des difficultés financières émane des dires de l'expertisé[é]."

Ces experts ont unanimement conclu à une capacité de travail de l'assuré nulle dans son activité habituelle d'aide de cuisine depuis le 20 avril 2016 (date de l'examen au SMR), mais totale depuis lors dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (*du point de vue rhumatologique* : « pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg, port de charge limité à 5 kg près du corps, éviter les efforts du membre supérieur gauche, les mouvements de l'épaule gauche au-delà de 90° d'abduction, ainsi que les mouvements du membre supérieur gauche en avant ou en l'air maintenus, pas de mouvements de préhension ou de pronosupination répétés de la main gauche, pas de position à genoux ou accroupi, de montées d'escaliers et de travail en hauteur [échelle, escabeau, tabouret, échafaudage] »), sous la réserve d'une incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 30 octobre 2018 au 31 décembre 2018 (pour motif cardiaque). Les experts ont précisé que, du point de vue psychiatrique, l'activité habituelle respectait les limitations fonctionnelles à savoir un travail répétitif, sans prise de décision immédiate, ni de stimulation cognitive majeure ou multiple. A leur avis, les limitations fonctionnelles en lien avec le diabète consistaient à privilégier une activité avec des horaires réguliers pour les repas et l'administration des traitements. On extrait ce qui suit de la discussion consensuelle du 4 juillet 2020 entre les experts du H. _____ (expertise, p. 5) :

“4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

La cause de l'incapacité de travail est d'origine rhumatologique.

Le syndrome du canal carpien ne s'est pas manifesté cliniquement lors de cette expertise mais les efforts demandés dans le travail d'aide de cuisine favoriserai[en]t sa récurrence. Il en est de même pour les gonalgies : les positions à genoux et accroupies ne sont pas indiquées.

Du point de vue psychiatrique, l'expertis[é] a toujours été capable de travailler.

Du point de vue de la médecine interne : 100% depuis toujours, en excluant la période de découverte d'une anomalie électrocardiographique lors du test cyclo-ergométrique du 30.10.2018, qui a justifié une IRM le 19.11.2018 puis une

hospitalisation pour angioplastie avec pose d'un stent actif (soit la période du 30.10.2018 au 10.12.2018).

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

L'expertisé présente une douleur de l'épaule gauche après deux interventions par arthroscopie avec, comme séquelles, une déchirure du sus-épineux avec amyotrophie et une tendinite du sous-épineux.

L'amyotrophie est séquellaire et définitive ; les tendinopathies pourraient éventuellement bénéficier d'une nouvelle infiltration sous contrôle radiologique. La physiothérapie devrait être arrêtée car elle est rendue douloureuse essentiellement par l'amyotrophie et les tendinopathies. Il est peu probable que l'expertisé récupère une fonction complète de son épaule gauche.

Le syndrome fémoro-patellaire peut être amélioré par un renforcement musculaire du quadriceps et du vaste interne en particulier.

Les pathologies suivantes n'ont pas d'impact sur la capacité de travail. Toutefois, sur le plan psychiatrique, l'expertisé gardant des éléments anxieux évidents, il serait souhaitable d'adjoindre un autre traitement antidépresseur, après avoir éliminé une inobservance - taux de Vortioxetine très bas - et contrôlé si le traitement de Quetiapine est encore d'actualité car c'est une bonne option thérapeutique.

Actuellement, le diabète n'est pas équilibré, malgré un protocole concernant les injections d'insuline. Il faut se poser la question de la bonne compliance de l'expertisé au traitement, et de l'observance du régime antidiabétique à suivre. Cela nécessitera des contrôles répétés et éventuellement le passage d'une infirmière à domicile afin de vérifier et éventuellement d'administrer les traitements."

Dans son rapport du 12 août 2020, le Dr S. _____, du SMR, a estimé que l'expertise précitée remplissait les critères pour se voir reconnaître valeur probante. Il a retenu l'atteinte principale à la santé de tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauches (M75.1) et, comme pathologies associées du ressort de l'AI, un syndrome fémoro-patellaire bilatéral et une arthrose cervicale facettaire postérieure. Les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient un tunnel carpien gauche, une douleur de l'épaule droite sans particularité ainsi qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Au terme du délai légal d'attente, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis avril 2017 mais de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues (« pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg, port de charge limité à 5 kg près du

corps. Eviter les efforts du membre supérieur gauche, les mouvements de l'épaule gauche au-delà de 90° d'abduction, ainsi que les mouvements du membre supérieur gauche en avant ou en l'air, maintenus. Pas de mouvements de préhension ou de pronosupination répétés de la main gauche, de position à genoux ou accroupi, de montées d'escaliers et de travail en hauteur [échelle, escabeau, tabouret, échafaudage] »).

Dans un rapport du 12 octobre 2020 à l'OAI, les Drs Q. _____ et N. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante à la P. _____, au terme d'une consultation du 22 juillet 2020, ont diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2). Notant que l'assuré avait été hospitalisé en décembre 2019 en raison d'un épisode dépressif sévère avec tentative de suicide par abus médicamenteux suite à un sentiment de dévalorisation insupportable et qu'après sa sortie il avait été suivi à l'hôpital de jour avant sa prise en charge à la consultation ambulatoire, ces psychiatres ont attesté d'une incapacité de travail de l'assuré à 100 % depuis le 1^{er} juin 2020 dans l'activité habituelle d'aide cuisinier. Ils ont constaté un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et de l'activité, une aboulie, une anhédonie, une fatigabilité, ainsi qu'une difficulté à trouver l'intérêt pour une activité, des troubles du sommeil fluctuants et une diminution de l'appétit, de l'estime ainsi que de la confiance en soi avec des idées de culpabilité et de dévalorisation. La symptomatologie ne variait guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, avec perte de plaisir, ralentissement psychomoteur important, oublis fréquents, ainsi que perte d'appétit et de libido. L'échelle d'Hamilton du 22 juillet 2020 montrait un score de 19, compatible avec un épisode dépressif modéré à sévère. L'assuré était totalement incapable de travailler et l'introduction progressive d'une activité adaptée devait être tentée à distance de l'épisode dépressif actuel. De l'avis des médecins de P. _____, la capacité de travail de l'assuré en lien avec les limitations somatiques devait être évaluée. En l'état, il convenait d'adapter la médication (Vortioxétine® [20 mg/jour] avec un dosage plasmatique prévu en cas d'absence d'amélioration clinique) et poursuivre le suivi psychiatrique intégré. Indiquant que la fatigabilité accrue, le trouble de la

concentration, le sentiment de dévalorisation ainsi que les difficultés relationnelles faisaient obstacle à une réadaptation professionnelle, ces médecins n'étaient pas en mesure d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, sans le recul nécessaire pour s'assurer d'une amélioration. Ils précisait que les tâches ménagères étaient effectuées par la femme et les filles de l'assuré. Les limitations fonctionnelles retenues étaient des difficultés relationnelles ressenties par le sujet, des difficultés liées aux tâches administratives et d'organisation du temps. Les capacités de concentration/attention, mnésiques, d'organisation/planification ainsi que d'adaptation au changement étaient limitées.

Aux termes d'un compte rendu de la permanence SMR du 2 novembre 2020, le Dr S. _____ a répondu à la gestionnaire en charge du cas à l'OAI que le dernier rapport des psychiatres consultés par l'assuré n'apportait pas d'élément nouveau mais consistait en une appréciation différente d'un état de santé inchangé.

Par projet de décision du 23 novembre 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Selon ses constatations, l'assuré présentait une incapacité de travail et de gain totale dans l'activité habituelle depuis le 20 avril 2016, mais une activité adaptée était exigible à 100 %, sauf pour une période entre le 30 octobre 2018 et le 10 décembre 2018, ses limitations fonctionnelles étant pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg, port de charge limité à 5 kg près du corps. Éviter les efforts du membre supérieur gauche, les mouvements de l'épaule gauche au-delà de 90° d'abduction, ainsi que les mouvements du membre supérieur gauche en avant ou en l'air, maintenus. Pas de mouvements de préhension ou de prono-supination répétés de la main gauche, de position à genoux ou accroupi, de montées d'escaliers et de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage). Le préjudice économique se confondait avec le degré d'invalidité de 0 %, inférieur à 40 % qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. En l'absence de droit à des mesures professionnelles, seule une aide au placement restait ouverte sur demande.

Le 15 décembre 2020, l'assuré a remis à l'OAI notamment les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 23 avril 2019 du Dr Z._____ consulté en raison de l'apparition de douleurs thoraciques chez l'assuré depuis la reprise de son activité usuelle d'aide de cuisine. Au vu des douleurs reproductibles et de l'absence de DRS (douleurs rétrosternales) au test d'effort, la symptomatologie évoquait plutôt une origine extracardiaque. De l'avis de ce cardiologue, il était important que l'assuré bénéficie d'une physiothérapie de reconditionnement axée sur la réadaptation cardiaque, organisée prochainement à la demande de celui-ci. Concernant le tabagisme, l'intéressé avait presque arrêté de fumer. Un certificat médical avec un arrêt de travail à 100 % du 23 au 30 avril 2019 avait été délivré ;

- des rapports de consultations des 1^{er} juillet et 22 octobre 2019, ainsi que des 25 janvier et 3 juin 2020 adressés au médecin traitant (Dr L._____) par le Dr K._____. Confirmant ses précédents diagnostics, ce spécialiste a indiqué que pour soulager la douleur des épaules, les infiltrations de corticostéroïdes, d'abord à l'épaule droite puis à l'épaule gauche, allaient être renouvelées à la fin octobre et début novembre 2019 en souhaitant que l'effet antalgique soit le plus durable possible ; une incapacité de travail à 100 % avait été fixée du 21 octobre au 21 novembre 2019, puis à 50 % dans l'optique de la reprise par l'assuré d'une activité adaptée ne sollicitant pas les membres supérieurs. Pour la colonne cervicale, ce médecin a prescrit un myorelaxant (Sirdalud® 4 mg un comprimé le soir sur une période de trente jours). Au vu de l'appréhension de l'assuré, l'utilité des séances de physiothérapie était une option qui allait être rediscutée ultérieurement. De l'avis du Dr K._____, les douleurs des épaules et des genoux avaient entraîné une incapacité de travail totale de l'assuré au mois de février 2020. Dans le dernier rapport, ce médecin écrivait avoir demandé de renouveler l'infiltration de la bourse sous acromio-deltaïdienne par corticostéroïde qui allait être effectuée sous contrôle scopique le 8 juin 2020. Dans l'attente des conclusions du rapport de l'expertise mise en œuvre par l'OAI, ce spécialiste évaluait l'incapacité

de travail de l'assuré à 100 % en raison des douleurs ostéoarticulaires des épaules et des genoux ainsi que de la main. Il a attesté de l'incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 1^{er} février au 31 décembre 2020 (certificats médicaux des 23 janvier, 26 février, 27 avril, 26 mai, 2 juin, 6 juillet, 3 août, 10 septembre, 5 octobre, 10 septembre et 2 novembre 2020 du Dr K._____);

- un rapport du 29 mai 2020 des Drs J._____, cheffe de clinique, et N._____, du Service de psychiatrie et psychothérapie générale de l'P._____, consécutif à une hospitalisation en mode volontaire de l'assuré, du 16 décembre 2019 au 6 janvier 2020, pour mise à l'abri d'un tentamen médicamenteux (10 comprimés de Sirdalud 4 mg). Posant le diagnostic principal d'épisode dépressif moyen (F32.1) et ceux, secondaires, d'intoxication volontaire par des myorelaxants/antispasmodiques (X64), de migration ou transplantation sociale (Z60.3), de diabète de type 2 traité actuellement par Metformine® et Insuline®, de dyslipidémie traitée par Atorvastatine®, de maladie cardio-vasculaire, sans précision (I51.36) et d'hypertension artérielle (I10.90), ces psychiatres ont indiqué que tout au long du séjour l'assuré avait affirmé ne pas nourrir d'envies suicidaires et qu'il avait décrit son tentamen comme perpétré de manière impulsive (à la suite d'une discussion avec son épouse et la confrontation de nombreuses factures impayées à l'approche des fêtes de fin d'année), qu'un traitement antidépresseur par du Brintellix® cp 10 mg le matin avait été introduit, et que l'évolution clinique s'avérait favorable. L'assuré restait toutefois discret et hésitant dans le contact, tenait un discours laconique, peu élaboré mais qui se voulait rassurant sans être informatif, montrait des affects superficiels et restreints, une difficulté à exprimer la colère et la tristesse, à manifester l'agressivité ainsi qu'une attitude très respectueuse et conformiste dans le rapport à l'autorité. Dans l'attente d'un rendez-vous auprès du service ambulatoire de la psychiatrie communautaire d'[...], l'assuré continuait à bénéficier d'un suivi en mode hôpital de jour depuis le 30 janvier 2020 (à la fréquence d'une fois chaque deux semaines);

- deux rapports de consultations des 7 août et 15 octobre 2020 adressés au Dr L._____, par les médecins du Service de chirurgie au V._____, relatifs au suivi de l'assuré pour des douleurs dans la région de l'hypocondre droit, désormais chroniques ; une ultrasonographie du 14 septembre 2020 était compatible avec une fracture costale antérieure à droite. En présence d'une symptomatologie inchangée, une scintigraphie osseuse devait être organisée le 20 octobre 2020 pour mieux détailler la situation costale ;

- un rapport de scintigraphie osseuse du 20 octobre 2020 du Service d'imagerie médicale au V._____ confirmant une fracture non consolidée de l'arc antérieur de la neuvième côte droite ;

- un rapport de consultation du 3 novembre 2020 aux termes duquel le Dr U._____, médecin-chef du Service de chirurgie au V._____, a noté à l'examen CT l'absence d'évidence d'une pathologie sous-jacente à la fracture non consolidée de l'arc antérieur de la neuvième côte à droite qu'il estimait être à l'origine des douleurs. Un bilan phosphocalcique, un dosage de la parathormone et une électrophorèse des protéines à la recherche d'un myélome avaient toutefois été demandés par le Dr U._____, lequel avait également adressé l'assuré auprès de la Dre Z._____, spécialiste en anesthésiologie, pour évaluation et, le cas échéant, prise en charge lors du prochain rendez-vous prévu le 20 novembre 2020 ;

- un rapport du 16 novembre 2020 signé par le Dr F._____ qui a écrit au Dr L._____ ce qui suit :

"J'ai revu le patient susnommé pour la suite de son suivi endocrinologique le 13.11.2020.

Son HbA1c est toujours supérieure à l'objectif, mais le patient a fait de gros efforts, car le taux est à 8.6 %, pour un antécédent supérieur à 10 %. Sa décision qui me surprend aujourd'hui est d'arrêter le suivi par le CMC, car il a peur du coronavirus. Je lui ai fortement déconseillé, mais le patient s'acharne à maintenir cette décision.

De ma part, je maintiens donc la dose d'insuline lente au même niveau, ainsi que de la NovoRapid et je lui propose un renforcement thérapeutique par un SGLT2 (patient à un seuil d'acceptation des antidiabétiques oraux très faible).

Je le reverrai dans un délai de 3 mois." ;

- un certificat médical du 9 décembre 2020 rédigé par le Dr F. _____ qui a écrit ceci :

"Je soussigné, Dr F. _____, certifie que le patient susnommé vit avec un diabète connu depuis 2000. Son diabète est insulinotraité avec 4 injections d'insuline, une analogue rapide avant chaque repas et une insuline lente au coucher.

Le diabète est très déséquilibré, avec nécessité d'avoir recours aux infirmières du CMS pour pratiquer les injections compte tenu de la complexité de son schéma introduit depuis un an. Le tout est inscrit dans un contexte cardiovasculaire un peu précaire avec une intoxication tabagique présente depuis plusieurs années.

Son diabète est par ailleurs instable avec la notion de quelques hypoglycémies."

Le 8 janvier 2021, l'assuré a expliqué à l'OAI, outre ses ennuis d'épaule, présenter d'autres soucis de santé incapacitants. Selon ses explications, des infirmières se rendaient deux fois par jour à son domicile pour vérifier son taux de glycémie ainsi que pour lui faire des injections d'insuline en raison de son taux de glycémie instable. Il présentait en outre une cardiopathie ischémique avec status post-infarctus et pose de stent en 2019. A cela se rajoutaient ses douleurs au ventre dues à l'une de ses côtes cassée. Dans ce contexte, il s'estimait totalement incapable de retravailler et demandait un réexamen de son cas par l'OAI. En annexe à ce courrier, il a notamment remis les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 7 décembre 2020 consécutif à une consultation d'antalgie chronique ambulatoire du 3 décembre 2020, adressé au Dr U. _____ par la Dre D. _____, médecin adjointe du Service d'anesthésie au V. _____, posant les diagnostics de douleur chronique de la région thoracique antérieure droite basse, voire hypochondre droit, et de fracture de côte arc antérieur neuvième côte à droite d'origine peu claire. La Dre D. _____ s'est exprimée sur le cas de l'assuré comme suit :

“Monsieur présente une douleur dans la région hypochondre droit et thoracique basse à droite en antérieur compatible effectivement avec la fracture de côte décrite à la scintigraphie osseuse du 20.10.2020. Je peux lui proposer à but antalgique des blocs intercostaux sur deux ou trois niveaux, que j’effectuerai sur les arcs costaux correspondants, mais en postérieur, de manière à m’éloigner de la lésion de fracture. Les gestes et ses risques sont expliqués au patient, un consentement est remis et signé. Un rendez-vous est posé pour le 10 décembre 2020. Je ne manquerai pas de te donner de ses nouvelles.” ;

- un rapport du 17 décembre 2020 des Dres X._____, cheffe de clinique adjointe, et N._____, de l’P._____, informant l’OAI que la symptomatologie de l’assuré (liée au diagnostic d’épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques [F32.2]) était présente depuis au moins juin 2020 (soit le début du suivi), et sans une amélioration malgré des entretiens médico-psychiatriques chaque six semaines avec un suivi infirmier à la quinzaine récemment introduit en raison de la sévérité du tableau. Cette situation ne permettait pas une reprise du travail.

Le 5 mai 2021, l’OAI s’est encore vu communiquer un rapport du 2 mai 2021 des médecins du Service des urgences au V._____, consultés le lendemain d’une chute de l’assuré sur le côté gauche contre une table causant des douleurs immédiates costales gauches, avec dyspnée et majoration, qui présentait également une constipation depuis une semaine. Les diagnostics de fracture non déplacée du onzième arc costal gauche et de coprostase avec douleurs hypochondre droit ont été posés. Pour le traitement de la fracture non déplacée, l’assuré s’est vu prodiguer un traitement antalgique par Dafalgan®, Novalgine® et Tramadol® en réserve ainsi que de la physiothérapie respiratoire au minimum dix fois par jour (bouteille d’eau avec paille et souffler dans la paille) durant dix jours. Le traitement de la coprostase avec douleurs hypochondre droit consistait en la prise de Movicol® (deux sachets par jour jusqu’à reprise du transit puis en réserve si constipation) ainsi que de Microlax® (en réserve).

Le 10 mai 2021, l’OAI a recueilli l’avis du Dr S._____ (SMR), dont il ressort ce qui suit :

“DISCUSSION :

1- Sur le plan psychiatrique, les experts étaient au courant de l'hospitalisation en Psychiatrie de Décembre 2019 (p 16 Volet Psychiatrique). D'ailleurs, l'expert psychiatre s'était entretenu avec un des psychiatres traitants à ce sujet (p18, Volet psychiatrique).

L'expert psychiatre a pris en compte les doléances de l'assurée sur cet axe et il retient un diagnostic d'« Episode dépressif moyen avec syndrome somatique ».

Toutefois, l'expert précise que la plupart des symptômes sont d'intensité légère à modérée (p16-17 Volet psychiatrique). Aussi, la confrontation des doléances de l'assuré avec les ressources mobilisées au quotidien ne montre pas de limitations homogènes dans des domaines comparables de la vie (p16). Par ailleurs, les experts estiment que l'assuré a démontré au cours de l'examen des ressources cognitives compatibles avec son AH [activité habituelle] (p19).

Aussi, les experts se sont attachés à confronter les doléances de l'assuré avec les ressources mobilisées au quotidien. Leur analyse ne montre pas de limitations homogènes dans des domaines comparables de la vie et les experts retiennent que l'assuré dispose de ressources suffisantes pour exercer son activité. Contrairement aux psychiatres traitants, les experts n'ont pas tenu compte des facteurs psychosociaux influençant négativement l'accès au marché du travail (difficultés linguistiques, problèmes financiers et familiaux...). Ces éléments conduisent à former une appréciation différente de celle des psychiatres traitants.

2- Sur le plan somatique, les atteintes mentionnées par le Dr K._____ et le Dr F._____ dans les RM [rapports médicaux] adressés par le Dr L._____ ont été pris[es] en compte au niveau des LF [limitations fonctionnelles] et de la CT [capacité de travail]. Seul le Dr K._____ se prononce sur la CT. Or, pour les mêmes atteintes, il fait 2 appréciations différentes de la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] à 6 mois d'intervalle sans que ce changement soit argumenté (CTAA 50% le 22.10.19, 0% le 03.06.20).

Par la suite, les rapports des Urgences et du Dr U._____, ne font pas état d'atteintes durablement incapacitantes ou de nature à modifier les LF [limitations fonctionnelles] et la CT durablement.

CONCLUSION. Nous maintenons les conclusions [du] rapport SMR du 12.08.20 fondées sur l'expertise multidisciplinaire du 05.08.20.”

Par décision du 27 mai 2021, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 23 novembre 2020 rejetant la nouvelle demande de prestations. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a informé l'assuré que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, le projet critiqué reposant selon lui « sur une instruction complète sur le plan médical et économique » et étant « conforme en tous points aux dispositions légales ».

C. Par acte du 28 juin 2021, D._____, représenté par Me Stefano Fabbro, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, avec dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles dès le 10 janvier 2019. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant sur les plans rhumatologique (épaules et côtes), cardiaque, psychiatrique (dépression), et examinant également son traitement du diabète. Il faisait valoir que les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI ne tenaient pas compte des difficultés cardiaques, ni au niveau des côtes/du ventre, ni de sa dépression, ni de ses problèmes d'insuline. Rappelant qu'il n'avait de surcroît pas l'usage de ses membres supérieurs et qu'au niveau de son positionnement il pouvait juste être assis, il a contesté disposer d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée. Il était d'avis qu'une expertise pluridisciplinaire « complète » était nécessaire ; il alléguait présenter une atteinte durable à la santé qui remontait depuis le début 2019 à tout le moins et ne permettait plus la poursuite de son activité habituelle. En l'absence d'une activité adaptée à son état de santé, il soutenait avoir droit à une rente d'invalidité. Ce faisant, il contestait également le calcul du degré d'invalidité opéré par l'OAI en alléguant présenter une capacité de gain nulle. A ses yeux, en raison de sa capacité de travail « extrêmement faible, voire nulle » la question des mesures professionnelles devait éventuellement rester ouverte.

Dans sa réponse du 28 septembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Le 12 janvier 2022, en réplique, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions. Il a contesté la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 août 2020 en lui opposant les avis divergents des Drs K._____, L._____, Q._____ et N._____ dont il

soutenait qu'ils avaient été écartés sans motivation. Au vu du cumul de ses nombreuses pathologies, le recourant en déduisait l'impossibilité pour l'office intimé de faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire, en l'occurrence une contre-expertise avant de statuer. Dans ce contexte, il a souligné que si la limitation fonctionnelle en lien avec son diabète avait bien été constatée par l'expert, elle n'avait toutefois pas été retenue par le SMR dans ses avis médicaux, ni par l'OAI dans sa décision. Il en inférait que la décision querellée reposait sur une constatation inexacte des faits en ajoutant que le rapport d'expertise au dossier était lacunaire. Pour le reste, le recourant a qualifié l'appréciation de la capacité de gain ressortant de la décision litigieuse de « totalement absurde et irréaliste ». Il estimait avoir droit à une rente « pleine et entière » dès lors que ses limitations fonctionnelles ne lui permettaient plus de réaliser un revenu. Sous bordereau de pièces complémentaire, le recourant a notamment produit des certificats médicaux établis par le Dr K. _____ entre janvier 2021 et janvier 2022 attestant d'une incapacité de travail de son patient à 100 % sur la période du 1^{er} février 2021 au 31 janvier 2022.

Dans sa duplique du 21 février 2022, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. L'intimé a relevé le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire du H. _____ SA, estimant que les rapports des médecins traitants au dossier avaient été pris en compte lors de l'évaluation de l'état de santé du recourant dûment motivée et convaincante effectuée par les experts.

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) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 27 mai 2021 (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).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17

janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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).

6. a) Par décision du 23 janvier 2018, l'OAI a alloué au recourant une rente entière d'invalidité, du 1^{er} janvier 2015 au 30 avril 2015 (degré d'invalidité de 84 %). Ces constatations se fondaient notamment sur un rapport d'examen clinique rhumatologique du 20 avril 2016 effectué dans les locaux du SMR. Diagnostiquant, avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs chroniques de l'épaule gauche dans le cadre d'une déchirure partielle transfixiante du tendon du sus-épineux (M75.1) ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, un status après capsulite rétractile postopératoire de l'épaule gauche, une ébauche de hernie discale postéro-médiane et arthrose facettaire postérieure gauche en C4-

C5, une légère uncarthrose cervicale étagée ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire prédominant du côté droit, le Dr C. _____ a conclu que, si l'incapacité de travail de l'assuré était de 50 % dans son activité habituelle depuis le 1^{er} juillet 2015, la capacité de travail était par contre totale dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues (*Epaule G* : « activité prolongée au-dessus de l'horizontale, port de charges à G au-delà de 5kg, port de charges bimanuel au-delà de 10kg, mouvements répétitifs en élévation du bras. » *Genou* : « activités prolongées accroupie ou à genoux ») depuis le 28 janvier 2015.

Au terme de son instruction de la nouvelle demande de prestations du 10 janvier 2019, l'intimé se fonde sur les avis du Dr S. _____ du SMR, lequel se base sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire H. _____ du 4 août 2020. L'OAI maintient ainsi que le recourant présente une incapacité de travail et de gain totale dans son activité habituelle depuis le 20 avril 2016 (date de l'examen clinique rhumatologique au SMR) mais une capacité de travail exigible à 100 % dans une activité adaptée, sous la réserve d'une période d'incapacité totale d'octobre à décembre 2018. Dans la mesure où le préjudice économique se confond avec le degré d'invalidité de 0 %, le recourant n'a pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un premier moyen, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il fait valoir les avis de ses médecins traitants justifiant désormais l'octroi en sa faveur d'une rente entière depuis le 10 janvier 2019, avec la précision que la question de l'octroi d'éventuelles mesures professionnelles doit rester ouverte.

b) Le rapport d'expertise pluridisciplinaire confiée au H. _____ SA par l'OAI retient les diagnostics incapacitants de douleur de l'épaule gauche après deux opérations pour déchirure du sus-épineux et tendinite du sous-épineux (octobre 2017) M75.1, de gonalgies sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral M22.2 et de cervicalgies sur arthrose facettaire postérieure M51.3. Sans incidence sur la capacité de travail, il a

été diagnostiqué un diabète de type 2 depuis 2002, insulino-requérant depuis 2019, déséquilibré, un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique F32.11, une cardiopathie artériocléreuse (status après angioplastie percutanée par stent actif le 3 décembre 2018 pour occlusion de l'artère coronaire droite proximale) I25.1, un syndrome du canal carpien gauche ainsi qu'un antécédent de douleur de l'épaule droite. L'expert psychiatre précise que, depuis la dernière consultation du 27 mai 2020, l'état de santé s'est sans doute amélioré d'un point de vue thymique malgré les difficultés financières rapportées par l'assuré. Les experts ont unanimement estimé que la capacité de travail de l'intéressé est entière depuis le 20 avril 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« *pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg, port de charge limité à 5 kg près du corps. Eviter les efforts du membre supérieur gauche, les mouvements de l'épaule gauche au-delà de 90° d'abduction, ainsi que les mouvements du membre supérieur gauche en avant ou en l'air, maintenus. Pas de mouvements de préhension ou de pronosupination répétés de la main gauche, de position à genoux ou accroupi, de montées d'escaliers et de travail en hauteur [échelle, escabeau, tabouret, échafaudage]* »). Les experts ont toutefois retenu une incapacité de travail de l'assuré à 100 % d'octobre à décembre 2018 pour motif cardiaque.

Afin de conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise du 4 août 2020 de H. _____ SA, il convient de s'assurer que les experts ont dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail du recourant.

aa) Sur le plan somatique, s'agissant du diabète, le rapport du 8 octobre 2018 du Dr F. _____ fait état d'une aggravation du diabète (HbA1c proche de 13 % avec l'introduction d'une insulinothérapie basale). L'expertise constate l'important déséquilibre du diabète dès septembre 2019 malgré un protocole concernant les injections d'insuline mais se pose la question d'une bonne compliance de l'assuré au traitement (expertise, p. 5 et p. 26). Dans ce cadre elle suggère des contrôles répétés avec le passage éventuel d'une infirmière afin de vérifier et, le cas

échéant, d'administrer les traitements. A ce stade, il est question d'un problème de compliance au traitement alors que celui-ci est qualifié d'exigible.

Dans le rapport du 16 novembre 2020 du Dr F._____, il est indiqué que le taux HbA1c a baissé, donc le suivi était efficace, mais que l'assuré a décidé d'arrêter le suivi à cause du coronavirus. Puis, en décembre 2020, le Dr F._____ atteste qu'il y a nécessité d'avoir recours aux infirmières du CMS pour pratiquer les injections compte tenu de la complexité de son schéma introduit depuis un an (certificat médical du 9 décembre 2020 du Dr F._____). Ainsi, le recourant souffre certes du diabète depuis une vingtaine d'années mais il est constant que cette atteinte s'est aggravée récemment (depuis l'automne 2019). Face à ce tableau clinique, au moment de l'expertise, il était nécessaire de prévoir une limitation consistant à indiquer une préférence pour une activité avec horaires réguliers afin que le recourant puisse faire ses injections. Or, le Dr F._____ a attesté par la suite de la nécessité d'avoir recours à du personnel soignant pour faire ces injections, ce qui pourrait entraîner des limitations fonctionnelles plus importantes si cela était avéré.

De son côté, le SMR n'a pas discuté de cette nécessité nouvelle due à un protocole indiqué comme devenu plus complexe par le diabétologue traitant. Il en résulte que l'instruction devait dès lors être complétée afin de déterminer si le recourant est en mesure de pratiquer ses soins seul ou non au vu du certificat médical établi par le Dr F._____ en décembre 2020.

bb) Sur le plan cardiologique, le rapport de consultation du 30 octobre 2018 du Dr Z._____ n'apporte pas d'indications de problèmes pouvant générer une incapacité de travail. Le cardiologue confirme, dans ses réponses du 19 février 2019 à l'OAI, l'absence de limitation fonctionnelle et son estimation d'une capacité de travail de l'assuré à 100 % dans toute activité depuis le 11 décembre 2018. Le rapport de consultation du 23 avril 2019 du Dr Z._____ fait part de l'apparition de douleurs thoraciques qui se sont développées depuis la reprise par

l'assuré d'une activité professionnelle et dont la symptomatologie évoque plutôt une origine extracardiaque, avec la mise en place d'une physiothérapie de reconditionnement axée sur la réadaptation cardiaque. De son côté, l'expert confirme l'absence d'insuffisance cardiaque ainsi que de limitation fonctionnelle sur ce plan en excluant toutefois la période du 30 octobre 2018 au 31 décembre 2018, soit celle correspondant à la découverte d'une anomalie électrocardiographique lors de la cycloergométrie du 30 octobre 2018 suivie d'une IRM de stress à l'adénosine du 16 novembre 2018, puis d'une hospitalisation du 3 au 10 décembre 2018 en raison de cardiopathie ischémique avec sténose de l'artère coronaire droite proximale traitée par angioplastie et implantation d'un stent actif (expertise, p. 5 et pp. 26 - 27). Cet aspect apparaît suffisamment instruit en l'état des choses au moment où la décision attaquée a été rendue.

cc) Sur le plan ophtalmologique, l'expert constate que l'assuré voit parfaitement bien avec ses lunettes à verres progressifs (acuité visuelle sans lunettes entre 6 et 7 sur 10 des deux côtés, et à 10 sur 10 avec les lunettes) et qu'il n'a aucune difficulté (pas d'amputation des champs visuels, ni d'inflammation conjonctivale) mais présente une rétinopathie diabétique débutante, prédominant à droite (expertise, p. 21 et p. 24). Cette appréciation s'avère conforme au rapport de consultation du 18 mars 2019 du Dr B._____. Il n'existe donc pas de difficultés, respectivement de limitation fonctionnelle particulière, à retenir sous cet angle.

dd) Sur le plan rhumatologique, le Dr K._____ retient une capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée de 50 %, avec la précision qu'un emploi manuel répétitif n'est pas exigible de sa part en raison de l'atteinte tendino-articulaire des deux épaules ainsi que de l'arthrose interphalangienne digitale (rapport du 4 septembre 2018 du Dr K._____). Dans ses réponses du 12 mars 2019 au médecin-conseil de l'OAI, le rhumatologue traitant n'explique pas vraiment quels sont les motifs médicaux sur lesquels il se base pour justifier la diminution de la capacité de travail de l'assuré vers un 50 % ; il considère que l'ensemble

des atteintes à la santé justifient cette réduction. Pour sa part, il propose la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer la capacité de travail exacte (rapport du 26 mars 2019 du Dr K._____, p. 3). L'incapacité de travail évaluée ensuite à 100 % compte tenu des douleurs ostéoarticulaires des épaules et des genoux ainsi que de la main n'est pas davantage motivée par le rhumatologue (rapport du 3 juin 2020 du Dr K._____, p. 2).

De son côté, l'expert a constaté que l'épaule droite n'était plus douloureuse, contrairement à ce qu'a retenu le Dr K._____, et que le syndrome du tunnel carpien ne s'était pas manifesté au cours de l'expertise mais que l'activité d'aide de cuisine pourrait favoriser une récurrence, raison pour laquelle une limitation fonctionnelle (« *Pas de mouvements de préhension ou de prono-supination répétés de la main gauche* ») a été retenue en prévision (expertise, p. 5 et p. 12). Puis, l'expert considère que le syndrome fémoro-patellaire peut être amélioré par un renforcement musculaire du quadriceps et du vaste interne en particulier mais il retient des limitations fonctionnelles (« *Pas de position à genoux ou accroupi, de montées d'escaliers et de travail en hauteur [échelle, escabeau, tabouret, échafaudage]* ») en raison de cette atteinte à la santé. Les plaintes du recourant au moment de l'expertise (expertise, p. 8) sont prises en compte dans la détermination des limitations fonctionnelles, elles paraissent donc correctement évaluées pour les atteintes actuelles des genoux et de l'épaule gauche. L'expertise s'avère toutefois lacunaire, voire contradictoire, sur le plan cervical. Une IRM de la colonne cervicale de février 2016 avait montré une petite ébauche herniaire sous-ligamentaire en C4-C5 avec une arthrose facettaire postérieure gauche (expertise, p. 11). Sur la base de son examen mettant en évidence des douleurs du rachis (expertise, p. 10), l'expert a retenu cette douleur comme atteinte invalidante en posant le diagnostic de douleur cervicale sur arthrose facettaire postérieure, M51.3 (expertise, p. 11). Dans ces conditions, il semble y avoir une évolution de l'état de santé depuis l'IRM de 2016 mais sans qu'un nouvel examen d'imagerie n'ait pour autant été réalisé. De manière contradictoire, l'expert semble avoir omis de se prononcer précisément sur l'incidence de cette atteinte sur la

capacité de travail de l'assuré. En effet il ne retient pas de limitation fonctionnelle corrélative de cette atteinte qui figure pourtant dans les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail. Au demeurant, de nouveaux éléments ont été confirmés après l'expertise. Il ressort ainsi des rapports de consultations des 7 août et 15 octobre 2020 des médecins du Service de chirurgie au V. _____ que le recourant ressent des douleurs dans la région de l'hypochondre droit qui persistent, avec, à l'ultrasonographie du 14 septembre 2020, la suspicion d'une fracture costale antérieure à droite. Un rapport de scintigraphie osseuse du 20 octobre 2020 du Service d'imagerie médicale au V. _____ a ensuite confirmé l'existence d'une fracture non consolidée de l'arc antérieur de la neuvième côte droite, laquelle pouvait faire l'objet d'une intervention proposée à but antalgique des blocs intercostaux sur deux ou trois niveaux mais sans que l'on en sache davantage (rapport du 7 décembre 2020 de la Dre D. _____, p. 2). Le 1^{er} mai 2021, l'assuré a chuté sur le côté gauche contre une table occasionnant une fracture non déplacée du onzième arc costal gauche constatée le lendemain. On ignore en l'état si cette atteinte à la santé est source de limitations fonctionnelles, voire qu'elle expliquerait certaines douleurs émises par le recourant sans que l'on ait diagnostiqué cette nouvelle fracture auparavant (rapport du 2 mai 2021 des médecins du Service des urgences au V. _____).

Dans son avis médical du 10 mai 2021, le Dr S. _____, du SMR, est d'avis que ces nouvelles atteintes ne sont pas durablement incapacitantes ou de nature à modifier les limitations fonctionnelles et la capacité de travail durablement mais sans fournir de plus amples explications. Or ces atteintes décelées après l'expertise devaient être investiguées.

ee) Le plan psychiatrique a d'abord été investigué en l'absence d'un tel suivi mais compte tenu « de la demande de soins importante pour des atteintes objectives finalement peu sévères et de la faible réponse aux traitements antalgiques » (avis médical SMR du 13 août 2019 signé par le Dr S. _____, p. 1). Du 16 décembre 2019 au 6 janvier 2020, l'assuré a été hospitalisé au Service de psychiatrie et

psychothérapie générale de P._____ pour mise à l'abri d'un traitement médicamenteux. Depuis le 30 janvier 2020, l'intéressé a bénéficié de la continuation de suivi en mode hôpital de jour dans l'attente de pouvoir bénéficier du service ambulatoire de la psychiatrie communautaire d'[...] (rapport du 29 mai 2020 des Drs J._____ et N._____). De son côté, l'expert indique en particulier que « dès lors, il est suivi par la Dre N._____, qui ne l'a vu qu'à trois reprises » (expertise, p. 18). Dans un rapport du 12 octobre 2020 à l'OAI, consécutif à une consultation du 22 juillet 2020, la psychiatre traitante retient un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et atteste d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} juin 2020. Elle est cependant favorable à l'introduction progressive d'une activité adaptée à ses difficultés qui devait être tentée à distance de l'épisode dépressif actuel. A la lecture des rapports successifs établis au dossier, on constate que le Service de psychiatrie et psychothérapie générale de la P._____ posait le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) en mai 2020 (rapport du 29 mai 2020), soit la même gravité que retenue par l'expert (en l'occurrence, le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique [F32.11]). Or, en décembre 2020, ce service pose le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère depuis juin 2020 (précisant que l'échelle d'Hamilton du 22 juillet 2020 montrait un score de 19, compatible avec un épisode dépressif modéré à sévère) justifiant l'adaptation de la médication (Vortioxétine® [20 mg/jour]) et la prévision d'un dosage plasmatique en cas d'absence d'amélioration clinique, avec la poursuite du suivi psychiatrique intégré. Cet élément semble donc indiquer une péjoration après la dernière consultation auprès de l'expert psychiatre qui date du 5 juin 2020.

Par ailleurs sur le plan psychiatrique, l'expert a indiqué qu'« il serait souhaitable d'adjoindre un autre traitement antidépresseur, après avoir éliminé une inobservance, car le taux de Vortioxetine est de 4,6 ng/ml pour une norme de 18,6 à cette posologie de traitement. Nous ne savons pas si l'expertisé a poursuivi le traitement par Quetiapine qui est une bonne option thérapeutique car c'est un adjuvant aux

antidépresseurs, qui par ailleurs permet de limiter fortement la composante anxieuse ». Fort de ses propres constats, l'expert a considéré que le traitement n'était pas suivi alors que l'assuré présentait un épisode dépressif moyen, accessible aux thérapeutiques médicamenteuses ; la poursuite de la psychothérapie et du traitement antidépresseur était en effet exigible (expertise, p. 5 et p. 18). Il a fixé la capacité de travail de l'assuré à 100 % en indiquant que sa capacité d'adaptation et de flexibilité mentale était abaissée par des troubles de concentration et par une fatigabilité. Par la suite, le recourant a cependant suivi sa psychothérapie mais sans amélioration constatée par les psychiatres traitants qui, au contraire, voient une aggravation de l'épisode dépressif.

A la rubrique « 7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés » (expertise, p. 18), l'expert a constaté que l'assuré ne conduit pas, qu'il a des difficultés d'intégration en Suisse, que sa capacité d'adaptation et de flexibilité mentale est abaissée par des troubles de concentration et par une fatigabilité. Par ailleurs, l'adaptation aux routines et aux règles est bonne, le contact est bon, alors que la vision de soi est diminuée depuis quelques mois, mais l'assuré est habituellement assez fier de lui. Il peut également prendre soin de lui-même. Dans son avis médical du 10 mai 2021, le Dr S._____, du SMR, retient que les ressources sont suffisantes selon les experts alors qu'on ne décèle que peu de ressources sur le plan psychiatrique. Puis le Dr S._____ se fonde sur l'expertise en retenant que la confrontation des doléances de l'assuré, prises en compte par l'expert psychiatre, avec les ressources mobilisables au quotidien, ne montre pas de limitations homogènes dans des domaines comparables de la vie. Or cela ne résulte pas de manière évidente de la lecture de la page 16 du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 août 2020 ; on ne voit pas quelles sont les ressources du recourant qui ne coïncideraient pas avec ses plaintes au vu du descriptif d'une journée type relatant uniquement de la marche effectuée presque tous les jours, sauf lors de douleurs ou par temps froid, conseillée en raison de son diabète, ainsi que des sorties avec son chien de temps en temps.

Puis, l'interaction entre l'atteinte psychique et les pathologies somatiques n'est pas examinée par l'expert, alors que, généralement,

lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent des effets conjoints sur la capacité de travail (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2).

En outre, le SMR n'examine pas de manière approfondie l'évolution (péjoration) constatée par les psychiatres traitants depuis juin 2020.

c) Sur le vu de ce qui précède, les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer en toute connaissance de cause. Les faits pertinents ont ainsi été constatés de manière incomplète. L'état de santé du recourant et les conséquences de son aggravation rapportée par les médecins traitants sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être évalués de manière probante. Compte tenu de ces lacunes, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une nouvelle expertise (à tout le moins comportant des volets de médecine interne, endocrinologie-diabétologie, rhumatologie et psychiatrie) conformément à l'art. 44 LPGA. L'OAI veillera ainsi à ce que la nouvelle expertise soit complète et, en cas de besoin, devra requérir les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 27 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D. _____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Stefano Fabbro (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :