

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], chauffeur-livreur, a été victime le 5 octobre 1999 d'une chute dans des escaliers et a subi une entorse du genou gauche avec lésion des deux ménisques et du ligament croisé antérieur (LCA). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Le 30 janvier 2012, l'assuré est tombé sur le dos après avoir manqué une marche d'escalier alors qu'il livrait des objets lourds. Le 10 octobre 2012, il a reçu une barrière métallique sur le bas du dos qui a occasionné une contusion de la colonne lombaire. Puis, le 14 juin 2013, il s'est blessé à l'épaule gauche en tombant sur son côté gauche alors qu'il descendait les escaliers à son domicile.

Le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une arthroscopie de l'épaule gauche avec réparation du tendon supra-épineux le 6 novembre 2013.

Dans un rapport d'examen du 23 octobre 2013, le Dr W._____, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé que le statu quo ante pour le rachis lombaire avait été atteint six mois après l'événement du 10 octobre 2012.

Le 7 avril 2014, par l'entremise de la CNA, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le Dr W._____ a procédé à un nouvel examen le 2 juillet 2014, au terme duquel il a conclu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux répétés au-dessus du niveau de l'horizontale,

pas de port de charges répété excédant 10 kg, pas de mouvement répétitif des membres supérieurs. Il a noté que l'assuré conservait subjectivement des douleurs au niveau de son épaule gauche, mais qu'objectivement, sa mobilité était comparable au côté opposé, avec un testing de la coiffe des rotateurs rassurant.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a pris connaissance des pièces médicales réunies par l'OAI et a rendu un rapport le 26 février 2015. Il a noté que les atteintes à la santé du ressort de l'assurance-invalidité étaient, principalement, des omalgies gauches (statut après réparation arthroscopique du tendon supra-épineux le 6 novembre 2013), ainsi qu'une gonarthrose gauche (statut après ménisectomie interne et ancienne lésion du LCA) et des lombalgies chroniques (discopathies étagées, spondylolyse de L5 avec spondylolisthesis L5/S1 de degré I). Le début de l'interruption totale de travail était le 10 octobre 2012. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail entière était exigible depuis mai 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 2-5 kg, mobilisation de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale, position debout immobile prolongée, marche prolongée, accroupissements, franchissements d'escaliers/escabeaux, utilisation d'échelles/échafaudages.

Par décision du 1^{er} avril 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était devenue exigible en mai 2014, sans que ne subsiste de préjudice économique.

Le recours déposé par l'assuré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision a été déclaré irrecevable par arrêt du 26 octobre 2015, faute de paiement de l'avance de frais (AI 180/15 - 275/2015).

B. Le 17 octobre 2016, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a sollicité auprès de la CNA une garantie de prise en charge pour la pose d'une prothèse du genou gauche, le patient présentant une gonarthrose tricompartmentale dans le cadre d'un genou instable sur lésion du ligament croisé antérieur chronique et résection méniscale partielle. Puis l'assuré a annoncé une chute survenue le 4 novembre 2016 sur son lieu de travail, en descendant d'un quai de chargement, causant des douleurs au genou gauche. La CNA a admis la prise en charge de l'opération et le versement d'indemnités journalières en tant que rechute de l'accident assuré du 5 octobre 1999. La pose d'une prothèse totale de genou gauche a eu lieu le 10 mai 2017.

L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 13 juin 2017, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, que la pose d'une prothèse avait été « obligatoire » à la suite d'une forte chute au travail et de complications après une intervention chirurgicale au genou gauche, et qu'il souffrait en outre de troubles du sommeil. Il a précisé être en arrêt de travail depuis le 4 novembre 2016.

Dans un rapport du 11 décembre 2017, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics présents depuis 2008 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), et trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2). La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 25 janvier 2017, date du début du suivi psychothérapeutique.

Répondant le 16 avril 2018 à un questionnaire de l'OAI, le Dr X._____ a indiqué que son patient présentait quelques douleurs résiduelles en lien avec la prothèse totale de genou gauche, ainsi que des gonarthroses à droite et une tendinopathie non transfixiante du sus-épineux gauche. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 10 mai 2017, mais « probablement [d']au moins » 50 % dans une activité sédentaire.

Le 12 décembre 2018, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale, avec l'implantation d'une prothèse totale de genou à droite (cf. rapport de sortie de l'Hôpital [...] du 17 décembre 2018).

Le Dr N. _____ a répondu le 30 janvier 2019 aux questions de l'OAI, en indiquant que l'état de santé de son patient s'était nettement péjoré sur le plan physique (nouvelle intervention au niveau du genou droit), ce qui avait entraîné une détérioration de l'état psychique avec une exacerbation anxieuse et dépressive. La capacité de travail était nulle dans toute activité, les limitations fonctionnelles étant la position debout ou assise, des difficultés à la marche, une importante anxiété et une baisse de l'humeur.

Dans un rapport du 17 septembre 2019, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que son patient, qui avait des prothèses totales aux deux genoux, souffrait en outre des deux épaules avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs, ainsi que de lombalgies chroniques. Ces différentes pathologies n'étant pas compatibles avec son métier habituel, il fallait opter pour une reconversion ou une rente.

L'assuré a séjourné à la M. _____ du 20 novembre au 17 décembre 2019, à la suggestion du médecin d'arrondissement de la CNA. Dans le rapport final établi le 6 janvier 2020, les médecins de la M. _____ ont constaté que la situation était stabilisée du point de vue médical. Ils ont retenu les diagnostics, sur le plan orthopédique, de tendinopathie du long chef du biceps et de bursite sous-acromiale, tandis que le psychiatre ne retenait aucun diagnostic. La poursuite de la physiothérapie n'était pas proposée, au vu du manque de résultat. Il n'y avait aucune proposition chirurgicale. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de chauffeur-livreur était défavorable. Il était en revanche favorable pour une réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, avec une pleine capacité attendue, sous réserve de facteurs non-médicaux susceptibles de ralentir le processus de réinsertion

(facteurs contextuels, notamment une légère kinésiophobie, un catastrophisme élevé, une perception du handicap fonctionnel majeur associé à une focalisation sur la douleur et de nombreuses autolimitations). Les limitations fonctionnelles définitives retenues pour les deux genoux étaient le port de charges répétitif supérieur à 15-20 kg, la marche prolongée surtout en terrain irrégulier, les positions accroupies et à genoux répétitives et l'utilisation répétée d'escaliers et/ou d'échelles.

Le 23 janvier 2020, la Dre P._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen final de l'assuré. Constatant que la situation était stabilisée sur le plan médical, elle a conclu à une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cependant, compte tenu des plaintes émises par l'assuré à cette occasion à propos de son épaule gauche, la Dre P._____ s'est fait remettre l'IRM de l'épaule gauche passée par l'assuré le 23 janvier 2020 ainsi que le rapport de consultation du Dr J._____ du 24 janvier 2020. Il en ressort que le patient présentait des douleurs récidivantes à l'épaule gauche dans le contexte de marche avec des cannes anglaises après la pose des prothèses de genou. Il s'agissait d'une décompensation de type inflammatoire de l'épaule gauche pour laquelle le Dr J._____ privilégiait un traitement conservateur (physiothérapie). Dans un avis du 3 février 2020, la Dre P._____ a admis la nécessité de poursuivre le traitement et l'absence de stabilisation du cas. Le Dr J._____ a indiqué ensuite, dans un rapport du 16 mars 2020, que l'évolution était favorable sous physiothérapie. Réinterrogée par la CNA, la Dre P._____ a conclu le 21 avril 2020 que la situation médicale des troubles actuels, en relation de causalité probable avec l'événement du 14 juin 2013, était stabilisée et superposable à celle qui prévalait lors de l'examen du médecin d'arrondissement du 2 juillet 2014 dont les conclusions restaient valables.

Le Dr N._____ a répondu le 2 juillet 2020 à de nouvelles questions de l'OAI. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2), ce

médecin a mentionné les limitations fonctionnelles d'ordre psychique suivantes : importante fatigabilité, tristesse, anxiété et anhédonie. L'évolution était stationnaire et la capacité de travail nulle compte tenu de « toute la symptomatologie physique et psychique ».

Consulté pour avis, le SMR a émis l'appréciation suivante le 8 septembre 2020 :

« Discussion

Au final, sur le plan orthopédique, l'état de santé s'est aggravé depuis la première demande, notamment avec l'apparition de limitations fonctionnelles des deux genoux [status post] mise en place de [prothèses totales de genou] des deux côtés (nouvelles atteintes). En ce qui concerne l'épaule [gauche], la situation paraît stationnaire. Sur le plan orthopédique, il y a des nouvelles [limitations fonctionnelles] à prendre en compte mais la [capacité de travail résiduelle] dans une activité adaptée reste de 100 %, selon les conclusions de la SUVA.

Par ailleurs, l'assuré présente des lombalgies sur troubles dégénératifs avancés du rachis lombaire sans rapport avec les accidents pris en charge par la SUVA. Nous sommes d'avis que les répercussions de troubles du rachis sont incomplètement investiguées par les médecins de la SUVA. Sur le plan psychiatrique, le dossier de la SUVA ne permet pas non plus de se prononcer (pas de rapport psychiatrique) alors que le psychiatre traitant atteste une [capacité de travail] nulle dans toute activité pour un syndrome dépressif sévère. Enfin nous avons souligné la mention d'incohérence relevées par les médecins de la M._____ et le [médecin d'arrondissement] de la SUVA. Dans ce contexte, nous ne sommes pas en mesure de statuer et proposons de préciser les atteintes du ressort de l'AI et la [capacité de travail] résiduelle tenant compte de l'ensemble des [limitations fonctionnelles] orthopédiques et du rachis au moyen d'une

Expertise ou un examen SMR bidisciplinaire rhumato-psychiatrique ».

Le 17 septembre 2020, la CNA a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 16 juin 2020 par laquelle elle a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que la comparaison des revenus ne laissait apparaître aucune perte de salaire, et octroyant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % pour les suites de l'accident de 1999.

L'assuré a été examiné au SMR les 15 et 25 février 2021 par les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie, et T._____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie, avec la supervision du Dr D._____, également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport bidisciplinaire, déposé en mars 2021, retient principalement les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de gonalgies mécaniques bilatérales dans un status post pose de prothèses totales de genou pour une gonarthrose (M17.2), associées à des lombopygalgies droites dans un contexte de spondylolisthesis de grade I et de protrusion circonférentielle en L5-S1, ainsi qu'à une tendinopathie chronique du supraépineux gauche. Les spécialistes ont par ailleurs retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'antécédent personnel d'intervention chirurgicale au niveau de l'épaule droite il y a 20 ans, de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). L'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 4 novembre 2016 en raison de la gonarthrose tricompartmentale gauche, mais une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100 % depuis le 18 décembre 2019, date de sortie de la M._____. Les atteintes psychiatriques avaient par ailleurs entraîné une incapacité de travail totale du 25 janvier au 26 septembre 2017. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit :

« Limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique, les [limitations fonctionnelles] sont les suivantes :

Genoux : pas de travail accroupi ou à genou, pas de montée/descente répétée d'escaliers, pas de travail en hauteur ou sur un plan instable. Pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre. Pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes. Pas de position debout statique au-delà de 20 minutes.

Epaule [gauche] : pas de travail prolongé avec le bras au-dessus de l'horizontale, pas de soulèvement de charges avec le [membre supérieur droit] au-delà de 3 kg.

Rachis : pas de mouvement répété de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, changement de position identique à celui décrit pour le rachis lombaire.

Globalement, pas de port de charges répété au-dessus de 10 kg.

Nous sommes plus restrictifs au niveau des [limitations fonctionnelles] que celles retenues par la Dresse P._____, médecin

d'arrondissement dans son examen final du 23.01.2020. Le port de charge annoncé jusqu'à 15 kg nous paraît trop important au vu des atteintes à la santé ostéoarticulaires multiples que présente l'assuré.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacité, il n'y a pas de [limitation fonctionnelle]. »

Le 29 mars 2021, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible pour l'année 2019, fondé sur le salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, au taux d'activité de 100 % tant pour le revenu avec que sans invalidité. Pour le revenu avec invalidité, un abattement supplémentaire de 5 % a été admis pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il était relevé que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères.

Le même jour, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 31 mars 2020. Tenant compte d'une capacité de travail nulle dans toute activité au moment du dépôt de la demande de prestations en novembre 2016 et de la récupération d'une capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès décembre 2019, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité à cette date était de 5 %, taux qui n'ouvrait pas le droit à une rente. Dans une communication séparée, l'OAI a octroyé une aide au placement.

Par courrier du 11 mai 2021 de son conseil, Me Jean-Michel Duc, l'assuré a déclaré contester entièrement le projet de décision en raison de son état de santé invalidant et a sollicité un délai de deux mois pour pouvoir produire des rapports médicaux complémentaires dont il était en attente. Un délai au 30 juin 2021 lui a été octroyé par l'OAI (cf. communication du 12 mai 2021), délai prolongé au 3 août 2021 au plus tard (cf. communication du 1^{er} juillet 2021) sur requête présentée le 30 juin 2021 par Me Duc. Tout en sollicitant un délai exceptionnel au 3 septembre 2021 pour pouvoir produire d'éventuelles nouvelles pièces

médicales dont il était toujours en attente, l'assuré a complété ses objections par courrier du 3 août 2021 en s'appuyant sur un rapport établi le 27 juillet 2021 par le Dr J._____. Dans ledit rapport, le spécialiste indiquait que l'atteinte à l'épaule gauche ne permettait pas une activité avec effort supérieur à 5 kg, avec mobilisation répétitive du membre supérieur ou avec mobilisation de l'épaule au-dessus du buste. Le médecin concluait que, du point de vue de l'atteinte à l'épaule gauche, la capacité de travail théorique était de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, mais qu'il y avait une perte de rendement de 50 % en raison des douleurs pouvant se manifester même au repos par période.

Dans un courrier du 3 août 2021, l'OAI a accusé réception du courrier de l'assuré daté du même jour et a rejeté la requête de prolongation du délai, ajoutant que le dossier serait soumis au SMR. Sollicité pour avis, le SMR a exposé le 9 août 2021 que l'atteinte de l'épaule gauche était de faible gravité, en arrière-plan par rapport à l'atteinte des genoux, et ne permettait pas de justifier une diminution de rendement dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles retenues à la suite de l'examen au SMR, lesquelles étaient plus restrictives que celles proposées par le Dr J._____. Ainsi, ce médecin n'avait pas apporté d'argument objectif permettant de modifier l'appréciation du Dr L._____, le seul élément avancé pour justifier une baisse de rendement étant les douleurs, élément purement subjectif.

Par courrier du 12 août 2021, l'OAI a transmis à l'assuré l'avis du SMR précité et l'a informé que son objection n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de son projet de décision.

Le 11 janvier 2022, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rendu une décision octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 31 mars 2020, ainsi qu'une rente pour enfant liée, et a établi un décompte.

C. Par acte du 17 février 2022, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, F._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité et une rente pour enfant liée est versée postérieurement au 31 mars 2020, d'un montant supérieur à celui déterminé dans la décision et sans versement en faveur de la CNA, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise médicale. Il a par ailleurs conclu au versement d'un montant de 250 fr. pour le rapport du Dr J._____ du 27 juillet 2021. A l'appui de son écriture, le recourant a produit notamment les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 23 août 2021 par le Dr U._____, médecin praticien, confirmant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR mais estimant que la capacité de travail de son patient serait « au maximum de 20 à 25 % avec un rendement de 50 % environ ». Le pronostic était par ailleurs défavorable, tant au niveau somatique (déconditionnement) que psychologique (inactivité prolongée et autres facteurs sociaux).
- Un rapport du Dr N._____ du 31 août 2021. Prenant position sur l'examen clinique psychiatrique de mars 2021, il a fait part de ses propres observations et diagnostics, considérant en particulier que l'épisode dépressif était actuellement sévère avec symptômes psychotiques, et a conclu à une capacité de travail nulle au motif que l'état psychique de son patient entraînait d'importantes limitations fonctionnelles (anxiété importante, baisse de l'humeur, parfois fluctuations de l'humeur, difficultés interpersonnelles, irritabilité, agressivité, importantes difficultés dans la gestion des émotions).

Dans sa réponse du 7 avril 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a en outre joint une prise de position de la Caisse Z._____ du 31 mars 2022 ainsi que son dossier, en relevant que la question de la compensation des paiements rétroactifs avec les créances en restitution

de l'assureur-accidents n'avait pas à être examinée dans la présente procédure. L'intimé a également produit un avis SMR du 28 mars 2022, prenant position sur les nouveaux rapports médicaux produits par le recourant et concluant à l'absence d'éléments permettant de remettre en question les conclusions SMR de 2021, en ce sens que les médecins traitants avaient une appréciation différente d'un même état de fait.

Répliquant le 25 avril 2022, le recourant a maintenu que l'intimé ne fournissait aucune indication quant à une éventuelle amélioration de son état de santé ou de sa capacité de travail. Il a regretté en outre que les médecins de l'intimé qui l'ont examiné en février 2021 ne se soient pas prononcés sur les pièces produites en recours, estimant la prise de position du SMR du 28 mars 2022 contraire au devoir d'instruction de l'intimé, qui aurait dû mettre en œuvre une expertise « en bonne et due forme », compte tenu des avis divergents sur le plan médical.

Le 12 mai 2022, l'intimé a proposé à nouveau le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

D. Entretiens, la CNA a rendu une décision le 3 janvier 2022, confirmée sur opposition le 8 septembre 2022, réclamant à l'assuré de rembourser un montant de 57'880 fr. 40, constitué de prestations versées en trop compte tenu de son droit à une rente de l'assurance-invalidité, à compenser avec les arrérages de celle-ci. L'assuré a contesté cette décision et l'affaire fait actuellement l'objet d'une procédure de recours séparée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, sous la référence AA 117/22.

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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité non limitée dans le temps. La problématique relative au versement d'une partie des arrérages de rente en faveur de la CNA résulte en revanche de la décision sur opposition prise par cette dernière le 8 septembre 2022 et qui fait l'objet du recours instruit sous la référence AA 117/22. Par conséquent, la conclusion prise par le recourant tendant à ce qu'aucun versement ne soit opéré en faveur de la CNA sort du cadre du présent litige, de sorte qu'elle est irrecevable.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel

qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est le cas du recourant, qui s'est vu reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2017 au 31 mars 2020.

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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de

droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6)

5. Dans un premier grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, pour plusieurs motifs. Il déplore le fait que l'intimé ne lui ait pas fourni d'indications claires et exhaustives sur la manière dont le montant des rentes d'invalidité avait été calculé, singulièrement comment il a déterminé la durée de cotisation. Il regrette ensuite que l'intimé n'ait pas non plus décrit « dans le détail » en quoi consiste l'amélioration de sa capacité de travail justifiant la suppression de sa rente. Il est encore d'avis qu'aucune indication claire ne lui a été fournie quant au montant de 51'988 fr. 30 déduit des arrérages de rente en faveur de la CNA. Enfin, l'intimé ne lui aurait pas accordé de délai supplémentaire pour lui permettre de compléter ses objections au projet de décision du 29 mars 2021, l'empêchant de produire les nouvelles pièces des 23 et 31 août 2021.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de sorte que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V

557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, le grief tiré du fait que l'intimé n'aurait pas détaillé l'amélioration de la capacité de travail du recourant est un moyen de fond. Quoi qu'il en soit, cette absence de « détails » n'a pas empêché le recourant de procéder utilement dans le délai de recours, et de faire valoir ses moyens dans le cadre d'un double échange d'écritures.

De même, aucune violation du droit d'être entendu du recourant ne peut être imputée à l'intimé au motif qu'un délai supplémentaire ne lui aurait pas été accordé pour compléter ses objections au projet de décision du 29 mars 2021. L'intéressé a déclaré s'opposer au projet de décision par courrier du 11 mai 2021 sans apporter d'argument ni pièce médicale, mais a sollicité d'emblée un délai supplémentaire de deux mois en indiquant qu'il était en attente de rapports médicaux qu'il avait sollicités. L'intimé a accordé un délai au 30 juin 2021 et a accepté de le prolonger au 3 août 2021, en spécifiant qu'il s'agissait d'une ultime prolongation. A cette date, le recourant n'a produit qu'un seul rapport médical et a été informé le 12 août 2021 par l'intimé que ce rapport n'était pas de nature à modifier sa position. Cela étant, quand bien même l'intimé n'a pas accordé la prolongation supplémentaire sollicitée, il n'en demeure pas moins que le recourant a disposé de plus de quatre mois après la notification du projet de décision pour produire de nouvelles pièces et compléter son argumentation, durée qui paraît particulièrement généreuse dès lors que le délai légal de l'art. 57a al. 3 LAI est en principe non prolongeable (cf. art. 40 al. 1 LPGA). Le recourant a par ailleurs été dûment averti que la prolongation au 3 août 2021 était exceptionnelle et qu'il n'en serait pas accordée d'autre, ce qui devait l'amener à agir auprès de ses médecins en vue de les inciter à rédiger promptement leurs rapports. A cela s'ajoute que la décision n'a finalement été rendue qu'en janvier 2022, donnant de fait quatre mois supplémentaires au recourant pour produire les rapports médicaux des 23 et 31 août 2021. Cela étant, et même si l'on devait admettre une violation du droit d'être entendu du recourant par l'intimé dans le cadre de la procédure préalable en lien avec l'art. 57a al. 1 LAI, celle-ci serait réparée dans le cadre de la présente procédure de recours, dans laquelle le recourant a pu faire valoir tous ses arguments de fond, et, notamment, produire les rapports obtenus fin août 2021.

Quant au fait que l'intimé n'aurait pas fourni au recourant d'indications claires et exhaustives quant à la manière dont le montant des rentes d'invalidité a été calculé, singulièrement comment il a déterminé la durée de cotisation, il est douteux qu'il puisse consacrer une

violation de son droit d'être entendu, dès lors que les principales bases de calcul figurent dans la décision litigieuse. Quoiqu'il en soit, dans le cadre de sa réponse, l'intimé a produit le dossier de la Z. _____ ainsi qu'une prise de position de cette dernière, et le recourant a pu s'exprimer dans le cadre d'un second échange d'écritures. Ainsi, même si l'on devait admettre une violation du droit d'être entendu du recourant, celle-ci serait dans tous les cas réparée ici. Du reste, le moyen tiré de la violation du droit d'être entendu est d'autant moins fondé sur ce point qu'à la demande de son avocat, qui entendait « vérifier le bien-fondé du calcul du montant de la rente », le rassemblement du compte individuel du recourant et le plan de calcul ont été communiqués par la Z. _____ le 28 janvier 2022, soit avant le dépôt de son recours (cf. pièces 18 et 19 produites par la Z. _____).

S'agissant enfin de la compensation des paiements rétroactifs avec les créances en restitution de l'assurance-accidents, cette question fait l'objet, comme déjà relevé (infra, consid. 2a), d'une procédure séparée en matière d'assurance-accidents et l'on ne discerne pas de motifs constitutifs d'une violation du droit d'être entendu du recourant y relative.

6. Sur le fond, le recourant conteste tout d'abord la date de la survenance de l'invalidité, arguant qu'elle a été fixée par l'intimé au 1^{er} novembre 2017 en violation du droit fédéral. Il estime qu'un droit à la rente est né en juin 2014, à l'issue du délai de carence d'une année suivant l'accident de juin 2013. Aucune rente n'avait pu être versée en raison d'une demande de prestations tardive, mais il fallait tenir compte du fait qu'un droit à la rente avait existé dès juin 2014 pour la seconde demande de prestation. Une nouvelle invalidité étant survenue moins de trois ans plus tard, l'application de l'art. 29^{bis} RAI devait faire admettre que le droit à la rente était né en novembre 2016. Cette erreur avait pour conséquence qu'une mauvaise échelle de rente était appliquée pour le calcul du montant de la rente.

Cette argumentation ne convainc pas. En effet, l'invalidité se définit par le caractère durable d'une incapacité de gain résultant d'une

atteinte à la santé (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Le caractère durable de cette incapacité est donné par le délai de carence fixé à l'art. 28 LAI al. 1, soit une année. Le droit à une rente d'invalidité ne peut ainsi prendre naissance qu'à l'issue d'un délai d'une année. L'art. 29 al. 1 LAI fixe un second délai, qui peut courir concomitamment avec le premier ou s'y ajouter, mais non le raccourcir. Ce n'est que lorsque ces deux conditions temporelles sont remplies que le droit à la rente peut naître. A cet égard, la jurisprudence a précisé, d'une part, que les deux délais fixés aux art. 28 et 29 LAI s'appliquent lors du dépôt d'une nouvelle demande faisant suite à une décision précédente de refus de rente (cf. TF 8C_623/2020 du 2 août 2021 consid. 4.2) et, d'autre part, que les art. 29^{bis} et 88a RAI ne trouvent application que dans l'hypothèse où une rente a effectivement été versée (cf. 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5 ; 9C_956/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.3). En l'occurrence, la première demande de prestations déposée par le recourant a été rejetée par décision du 1^{er} avril 2015 dès lors que l'atteinte à la santé n'ouvrait plus de droit à une rente d'invalidité à l'échéance du délai de l'art. 29 LAI, fixée au 1^{er} octobre 2014. Ainsi, quand bien même l'OAI a constaté dans sa première décision que les conditions permettant de reconnaître une invalidité étaient réunies à l'échéance du délai de l'art. 28 LAI, atteinte le 1^{er} juin 2014, le droit à la rente n'a pas pu prendre naissance en raison du délai de l'art. 29 LAI. Par conséquent, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en appliquant le délai de l'art. 28 LAI lors de l'examen de la deuxième demande de prestation, objet du présent litige, l'art. 29^{bis} RAI n'étant pas applicable puisqu'aucune rente n'a été versée. Au demeurant, si cette dernière disposition permet d'imputer le délai d'attente d'une année de l'art. 28 LAI comptabilisé lors d'une première demande de prestations, elle n'a aucun effet sur le délai d'attente de six mois de l'art. 29 LAI, lequel a pris fin au plus tôt en décembre 2017, la seconde demande ayant été déposée le 13 juin 2017.

Cela étant, le recourant ne conteste pas que sa seconde demande de prestation, déposée le 13 juin 2017, est motivée par une incapacité de travail qui a débuté le 4 novembre 2016. Compte tenu de ces dates, c'est à juste titre que l'OAI a examiné si les conditions d'une invalidité étaient réunies au 1^{er} novembre 2017 et admis le versement

d'une rente dès décembre 2017. En outre, l'utilisation de l'échelle de rente applicable à cette date pour calculer le montant de la rente n'est pas critiquable. Les griefs portant sur la date à laquelle le droit à la rente a pris naissance et l'échelle de rente applicable doivent par conséquent être écartés.

7. Le recourant conteste avoir récupéré une capacité de travail dans une activité adaptée en décembre 2019.

a) En l'occurrence, il faut constater d'emblée que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations, qu'il a procédé à l'instruction du cas et qu'il a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 31 mars 2020, en retenant une amélioration de l'état de santé au 18 décembre 2019. Il est par ailleurs admis que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur depuis le 4 novembre 2016. Le recourant plaide pour l'essentiel que l'amélioration de son état de santé à fin décembre 2019 retenue par l'intimé n'est pas suffisamment établie, l'examen clinique réalisé au SMR ne constituant pas une expertise médicale.

A l'ATF 135 V 465, que cite le recourant, le Tribunal fédéral a clairement indiqué (Regeste a) que, « même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (consid. 4) ». Or de tels doutes n'existent pas dans le cas d'espèce. En effet, les deux médecins du SMR peuvent justifier d'une spécialisation FMH utile au mandat attribué. Pour établir leur rapport bidisciplinaire de mars 2021, ils ont pris en compte tous les éléments médicaux figurant au dossier de l'intimé, qu'ils ont résumés en début de rapport en ciblant chacun sa propre spécialité. Ils ont également établi une anamnèse comportant des

éléments communs (« anamnèse familiale », « anamnèse scolaire et professionnelle », « contexte psychosocial »), qu'ils ont ensuite complétée avec les éléments propres à leurs spécialités respectives (« antécédents personnels somatiques » « anamnèse psychosociale », « anamnèse psychiatrique »). Ils ont pris note des plaintes du recourant (« plaintes ostéoarticulaires », « plaintes psychiatriques ») et ont restitué les résultats de leur examen complet de l'assuré en lien avec leurs spécialités (« status »), avant de poser leurs diagnostics, de donner leur appréciation du cas et de répondre aux questions de l'intimé. Leurs conclusions étant en outre claires et étayées, il faut admettre que le rapport du SMR répond en tous points aux réquisits de la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante.

Le recourant critique également le rapport d'examen du SMR en invoquant plus particulièrement la durée de l'examen psychiatrique. La durée de l'examen n'est toutefois pas en soi un critère pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical. La jurisprudence a rappelé à de nombreuses reprises qu'un tel argument ne saurait remettre seul en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les arrêts cités ; 9C_660/2021 du 30 novembre 2022 consid. 5.3.4), quand bien même la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie préconisait de procéder à l'examen psychiatrique lors de plusieurs séances (cf. 9C_685/2020 du 28 septembre 2021 consid 4.3 ; 8C_55/2018 du 30 mai 2018 consid. 6.4.1). En l'occurrence, le Dr T._____ a interrogé le recourant pendant 1h45 (de 8h40 à 10h25), en suivant une structure englobant l'ensemble de sa situation psycho-sociale, sa vie quotidienne, ainsi que ses antécédents psychiatriques, dont il a tiré diverses observations. Cette durée n'inclut pas le temps d'étude du dossier, ni la rédaction du rapport. Pour sa part, le psychiatre traitant n'a pas émis de critiques quant au déroulement de cet examen et le recourant n'explique pas en quoi d'autres séances ou tests auraient été nécessaires. La durée de l'examen ne permet ainsi pas de remettre en doute le bienfondé des conclusions du Dr T._____.

Le recourant a par ailleurs soulevé des inexactitudes qui émailleraient le rapport d'examen du SMR, à savoir l'absence de précision sur les motifs qui auraient amené certains membres de la fratrie du recourant à consulter un psychiatre, la mention de la date du 4 novembre 2016 sans préciser qu'il y a eu un événement accidentel, la mention erronée du dernier employeur et des rapports d'imagerie manquants. Ces éléments ne paraissent pas non plus de nature à ébranler la valeur probante des conclusions des deux spécialistes du SMR. S'agissant des imageries, le dossier radiologique dont ils ont disposé est décrit en pp. 13 et 14 du rapport. Le Dr L. _____ a certes relevé l'absence d'imagerie postopératoire de la pose de la prothèse au genou droit et a précisé dans son appréciation que, pour l'IRM de l'épaule gauche de janvier 2020, il avait seulement eu les images et le rapport de consultation du Dr J. _____, mais non le compte-rendu du radiologue. Le Dr L. _____ a cependant procédé à un examen du recourant et a pu analyser lui-même l'IRM de janvier 2020 et la mettre en relation avec les constatations du Dr J. _____. Le spécialiste du SMR a ainsi pu déterminer qu'il n'était pas nécessaire d'obtenir d'autres éléments d'imagerie pour se forger une opinion sur l'état de santé du recourant. Quant aux autres points signalés par ce dernier, ils concernent des détails qui ne paraissent pas susceptible d'avoir un impact sur le résultat de l'examen, étant encore relevé que l'on ne voit pas comment le Dr T. _____ aurait pu connaître les motifs des consultations de la fratrie du recourant si celui-ci l'ignore. Enfin, l'anamnèse mentionne la survenance de l'accident du 4 novembre 2016, puisqu'il est noté que l'interruption de travail a débuté à cette date et qu'il est relaté, après la description de l'activité professionnelle, que le recourant a glissé et a alors subi une aggravation de ses problèmes au niveau du genou gauche (p. 6 du rapport d'examen). Il est également écrit dans les « antécédents personnels somatiques », que la gonarthrose gauche est post-traumatique (p. 7 du rapport d'examen). Cela étant, dans la mesure où le recourant n'expose pas en quoi les inexactitudes qu'il mentionne auraient amené les deux médecins à prendre des conclusions erronées sur le plan médical, ces récriminations doivent être écartées.

b) Sur le plan somatique, le Dr L._____ a déterminé les limitations fonctionnelles induites par l'état de santé ostéoarticulaire du recourant et exposé les raisons qui l'ont amené à reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles. Il s'est appuyé en particulier sur ses constatations en cours d'examen, sur le dossier d'imagerie, ainsi que sur les explications données par le recourant sur le déroulement de ses journées-type et de ses loisirs. Il a relevé que l'atteinte à l'épaule gauche était « nettement moins importante » que celles des genoux, en l'absence de tendinite floride, de signe de rupture de la coiffe des rotateurs ou de conflits sous-acromial. Il en allait de même de l'atteinte lombaire, qui était stable.

Les douleurs lombaires et à l'épaule gauche ont fait l'objet de la première demande de prestations du recourant, laquelle a été rejetée dès lors qu'une capacité de travail complète était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans le cadre de la seconde demande de prestations, objet du présent de recours, aucune pièce médicale suggérant une aggravation de la situation au niveau du rachis lombaire n'a été versée au dossier.

S'agissant de l'épaule gauche, la Dre P._____ a mentionné dans son rapport d'examen final du 23 janvier 2020, que le recourant se plaignait d'une recrudescence de douleurs de l'épaule gauche, motivant une nouvelle consultation auprès du Dr J._____ et la passation d'une IRM le même jour. Les rapports de consultation du Dr J._____ de janvier et mars 2020 ont fait état d'une décompensation en lien avec l'utilisation de cannes anglaises, dont l'évolution a été favorable sous physiothérapie. La Dre P._____ a ainsi constaté la stabilisation médicale en avril 2020, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail en relation avec les nouvelles plaintes du recourant. De son côté, le Dr J._____ a évalué la capacité de travail uniquement en regard de l'activité professionnelle habituelle, en précisant que son patient n'était « plus apte à effectuer une activité professionnelle avec efforts ou mobilisation répétitive de l'épaule » (cf. rapport du Dr J._____ du 16 mars 2020). Pour élaborer son évaluation en mars 2021, le Dr L._____ a eu connaissance des

investigations médicales effectuées entre janvier et avril 2020 sur l'épaule gauche du recourant, ainsi que des avis de la Dre P._____. Il a comparé l'IRM passée en janvier 2020 ainsi que les constatations faites par le Dr J._____ en janvier et mars 2020 avec celles des médecins de la M._____, où le recourant a passé un ultrason de l'épaule gauche le 29 novembre 2018. Sur cette base, le Dr L._____ a confirmé l'absence de changement par rapport à la situation qui prévalait en avril 2015, en ce sens que l'atteinte à l'épaule gauche entraîne des limitations fonctionnelles et que l'augmentation des douleurs ressenties par le recourant en début d'année 2020 n'a pas induit de limitations fonctionnelles supplémentaires ni eu d'impact sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déterminées en 2015. Le rapport du Dr J._____ du 27 juillet 2021, où il n'est pas fait mention de la date de la dernière consultation, n'apporte aucun élément médical objectif susceptible d'expliquer la perte de rendement dont il est fait état, alors qu'une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est admise. Ce dernier rapport ne permet ainsi pas de s'écarter de l'avis du Dr L._____, comme exposé dans l'avis SMR du 3 août 2021. On précisera encore que, bien que la notion d'invalidité soit en principe identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents, il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549), tout comme l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Par ailleurs, le début du droit à la rente est réglé très différemment en matière d'assurance-accidents qu'en matière d'assurance-invalidité. La première fait naître ce droit au moment où l'atteinte accidentelle peut être considérée comme stabilisée parce qu'il n'y a plus lieu d'attendre d'amélioration sensible de la poursuite des soins (art. 19 al. 1 LAA) alors que, pour la seconde, le droit à la rente peut naître dès qu'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne a duré une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI), mais au plus tôt à l'échéance d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). La notion de stabilisation de l'état de santé est donc une notion propre à l'assurance-

accidents, qui sert à déterminer la date à laquelle la prise en charge des frais médicaux et le versement des indemnités journalières va prendre fin, pour céder la place à une éventuelle rente d'invalidité tandis que la poursuite des soins relèvera de l'assurance-maladie. Par conséquent, même lorsque la stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'a pas encore été atteinte, il peut exister une capacité de travail résiduelle, que la poursuite des traitements visera à améliorer encore. Il n'y a ainsi pas d'incohérence dans le fait que l'assurance-invalidité examine le droit à la rente et retienne une capacité de travail résiduelle à une date antérieure à l'assurance-accidents.

Sur la problématique des genoux, le Dr L._____ a confronté ses constatations avec celles des médecins traitants et des médecins de la M._____. Il s'est appuyé sur les constatations faites au cours du séjour dans cet établissement pour déterminer que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à sa sortie. À l'instar des médecins de la M._____, il a relevé que le pronostic pour une reprise d'activité professionnelle était bon sur le plan rhumatologique, mais réservé en lien avec le ressenti du recourant par rapport à ses capacités.

En définitive, contrairement à ce qu'affirme le recourant, il faut constater que le Dr L._____ ne s'est pas contenté de reprendre les conclusions des médecins de la M._____ pour déterminer l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée à fin décembre 2018. Il a procédé à une analyse de l'ensemble des pièces médicales à sa disposition et déterminé qu'une capacité de travail dans l'activité adaptée existait au plus tard à la fin du séjour à la M._____ sur la base des constatations objectives faites par les médecins de cet établissement et qui portaient sur l'ensemble des problématiques ostéoarticulaires présentées par le recourant (épaule gauche, colonne lombaire, genoux gauche et droit). Le Dr L._____ a d'ailleurs déterminé des limitations fonctionnelles plus importantes que la Dre P._____, en rappelant que celle-ci n'avait pas tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé ostéoarticulaire présentées par le recourant.

Le rapport du Dr U._____ du 23 août 2021, produit en procédure de recours, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions des médecins du SMR de mars 2021, faute d'être motivé par des constatations objectives. A ce propos, le SMR a relevé à juste titre dans son avis du 28 mars 2022 que le Dr U._____ semblait prendre en compte des facteurs psychosociaux, non relevant pour l'évaluation de l'invalidité, ainsi qu'un déconditionnement « connu et plausible » au vu de la durée de l'incapacité de travail. Cet élément n'expliquait toutefois pas le fait que le recourant n'ait pas repris d'activité depuis son séjour à la M._____, ni collaboré à la réadaptation proposée par l'AI, de sorte que des facteurs non-médicaux étaient « clairement en jeu [...] chez un assuré qui sous-estime ses capacités ».

c) Sur le plan psychiatrique, le Dr T._____ du SMR a expliqué que l'état psychique présenté par le recourant en décembre 2017 répondait au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, tel que posé par le psychiatre traitant, mais que ce diagnostic ne pouvait pas être maintenu au moment de l'examen. En se fondant tant sur les rapports établis en temps réel par le Dr N._____ que sur les déclarations faites par le recourant, en particulier la description de sa journée-type, le Dr T._____ a constaté que les critères majeurs du diagnostic d'épisode dépressif caractérisé n'étaient plus présents, de sorte qu'il fallait constater une rémission qui laissait place à une symptomatologie résiduelle répondant au diagnostic non incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte. Le Dr T._____ a également précisé pour quels motifs le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive ne pouvait pas être retenu, de même que le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Il a par ailleurs indiqué sur la base de quels éléments il pouvait déterminer le moment où la rémission de l'épisode dépressif était atteinte. Il a ainsi relevé que le suivi psychothérapeutique s'était espacé après 6 à 8 mois et que le traitement médicamenteux n'avait pas été modifié depuis le début du traitement, ce qui était « concordant avec le constat d'une réponse clinique favorable ».

Ces considérations sont convaincantes et ne sont pas sérieusement remises en doute par le Dr N._____ dans son rapport du 31 août 2021. Bien qu'il y fasse état désormais de symptômes psychotiques, le status paraît largement superposable aux constatations du Dr T._____. L'avis SMR du 28 mars 2022 confirme que le Dr N._____ n'a pas apporté d'élément de gravité ou de des critères diagnostics en faveur d'une atteinte invalidante, en relevant que la description des symptômes psychotiques - seul élément nouveau apporté par le psychiatre traitant et qui doivent faire admettre une atteinte sévère - correspondent en réalité à des phénomènes non pathologiques en lien avec le sommeil. Il est en particulier relevé qu'il est fait état de voix apparaissant uniquement la nuit et dont le contenu n'a pas été investigué, et non de phénomènes hallucinatoires à thématique délirante qui se manifesteraient également le jour.

d) Il faut par conséquent constater que le rapport d'examen du SMR de mars 2021 jouit d'une pleine valeur probante et que les pièces médicales produites ultérieurement par le recourant n'apportent aucun élément d'ordre médical qui n'aurait pas été pris en compte par les spécialistes du SMR, ni argumentation médicale susceptible d'amener le doute sur la pertinence de leurs conclusions. C'est dès lors à juste titre que l'intimé en a suivi les conclusions pour déterminer la capacité de travail du recourant, sans plus ample instruction.

8. Le recourant n'a émis aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé. En outre, hormis l'échelle de rente déjà examinée ci-dessus, le recourant n'a pas élevé de griefs complémentaires sur les calculs opérés par la Caisse.

Vérifiés d'office, ceux-ci peuvent être confirmés. Il convient en particulier de relever, s'agissant du degré d'invalidité, que le recours au même chiffre de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tableau TA1_skill_level, niveau de qualification 1, pour les deux termes de la comparaison n'est pas critiquable, compte tenu des pièces au dossier

montrant que les revenus perçus par le recourant dans sa dernière activité professionnelle étaient particulièrement bas (cf. notamment TF 9C_267/2012 du 26 novembre 2012 consid. 3.2). En outre, l'abattement de 5 % opéré par l'intimé sur le revenu avec invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles peut être validé. Au demeurant, dès lors qu'il détermine le degré d'invalidité en raison du parallélisme des revenus avec et sans invalidité, un abattement plus élevé n'aurait pas pu ouvrir un droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

9. Le recourant requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Dr J._____ du 27 juillet 2021, s'élevant à 250 francs.

L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 9C_6198/2021 du 12 septembre 2022 consid. 6 ; 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2).

En l'occurrence, le rapport du Dr J._____ du 27 juillet 2021 n'a, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour infirmer la position de l'intimé. Le rapport du Dr J._____ n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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 la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 janvier 2022 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 de F._____.
- 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 Jean-Michel Duc (pour F._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :