

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant, représenté par Me Adam Kasmi, avocat à Pully,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 al. 1 LPGA ; 29 al. 2 Cst.

E n f a i t :

A. A la suite d'une chute d'une échelle le 14 novembre 2014, C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1966, a souffert d'une entorse de Chopart avec atteinte du Lisfranc et contusion au niveau du talus, du naviculaire et du cuboïde. L'assuré s'est également plaint de douleurs au niveau pariétal gauche, d'acouphènes, de céphalées, de diplopie et a signalé un épisode de nausées et vertiges. Le CT-scan cérébral réalisé aux urgences n'a pas mis en évidence de lésion post traumatique (rapport de la Dre M._____ du 18 décembre 2014).

Dans un rapport du 2 février 2015, la Dre S._____, spécialiste en neurologie, a fait état d'un examen neurologique rassurant. Les symptômes étaient compatibles avec un syndrome post-commotionnel et il était probable que l'assuré ait présenté une discrète contusion labyrinthique, qui expliquait les vertiges et l'acouphène.

L'assuré a fait un bilan ORL auprès du Dr F._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, pour son problème d'acouphène (rapports de la Dre S._____ du 2 février 2015 et de la Dre M._____ du 21 février 2015).

Une IRM cérébrale et cervicale a été effectuée le 24 novembre 2016 en raison de cervicalgies aiguës et d'un état migraineux. Elle a montré un petit débord discal paramédian gauche en C5-C6, une hernie discale médiane paramédiane droite C7-D1, un débord discal circonférentiel C6-C7 et une pansinusite.

L'assuré s'est retrouvé en totale incapacité de travail dans son emploi de maçon en raison d'un syndrome cervico-brachial dès le 3 novembre 2017.

A la demande de son assureur perte de gain maladie, une expertise de médecine physique et réadaptation a été réalisée auprès du J._____ (ci-après : J._____). Dans son rapport du 15 février 2018, le Dr

Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a estimé que les cervico-brachialgies gauches présentées par l'assuré n'étaient pas incapacitantes, mais a suspecté la présence d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite et des lésions des nerfs médians au tunnel carpien prédominant à gauche, lesquelles pouvaient être incapacitantes chez un maçon. Il a estimé que la capacité de travail était totale dans une activité limitant notamment les mouvements d'élévation des membres supérieurs au-delà de 90° ainsi que le port de charges lourdes au-delà de 10 kg. Le Dr Z._____ a encouragé l'assuré à reprendre l'activité de chauffeur routier qu'il exerçait auparavant, qui était plus adaptée à son état de santé actuel.

Une arthrographie-IRM de l'épaule droite effectuée le 22 février 2018 a montré une déchirure partielle étendue du sus-épineux, une tendinopathie et déchirure partielle étendue du sous-épineux, une bursite sous-acromio-deltaïdienne, une arthrose acromio-claviculaire à caractère inflammatoire et l'absence d'omarthrose.

Par formulaire signé le 26 mars 2018 et réceptionné le 5 avril 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) au motif qu'il était en incapacité de travail à 100 % dans son activité de maçon depuis le 3 novembre 2017 en raison d'une atteinte à la région cervicale et à l'épaule droite.

La mesure d'intervention précoce octroyée à l'assuré par l'OAI auprès de la A._____ (communication du 14 juin 2018) n'a pas pu être poursuivie au motif que l'assuré n'était alors pas prêt à envisager une reprise d'activité et que son niveau français ne serait en outre pas suffisant pour participer à une telle mesure (rapport d'A._____ du 3 juillet 2018).

Dans un rapport du 3 septembre 2018, la Dre B._____, médecin traitante, a posé les diagnostics de syndrome cervico-brachial droit, de PSH (périarthrite scapulo-humérale) droite et d'hernies discales

cervicales. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 3 novembre 2017. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'assuré ne pouvait pas tenir la position debout plus que 3 heures et devait limiter l'utilisation de son membre supérieur droit.

Dans un rapport du 30 novembre 2018, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de lésion partielle du sus-épineux droit et de syndrome radiculaire C6 gauche avec cervicalgies. Le 14 mars 2019, il a procédé à une suture du sus-épineux droit et une résection sous-acromiale droite.

L'assuré a présenté également une lésion non-transfixiante du sus-épineux et du sous-épineux gauches (arthro-IRM de l'épaule gauche du 29 mai 2019 ; ordonnance de physiothérapie du Dr T._____ du 17 septembre 2019).

Par rapport du 3 juin 2019, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que le syndrome radiculaire C6 irritatif perdurait. Il a fait réaliser une infiltration qui a permis de le faire disparaître. L'assuré a ensuite continué à souffrir d'un syndrome cervical avec des douleurs et des rigidités musculaires, et d'un acouphène, principalement à gauche, sous forme de sifflement (rapport du Dr Q._____ du 13 août 2019).

Dans des avis des 3 et 30 septembre 2019, la Dre P._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a constaté que la situation n'était pas stabilisée.

La Dre B._____ a posé les diagnostics de syndrome cervical et PSH bilatérale dans son rapport du 18 septembre 2019. Elle a indiqué que l'assuré était encore en traitement et qu'il n'y avait pas de notion d'activité adaptée.

Dans un rapport du 7 novembre 2019, les Drs G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, et V._____, après avoir pris l'avis du Dr T._____, ont conclu à l'absence de nouvelle rupture du tendon du muscle sus-épineux de l'épaule droite sur la base de l'arthro-IRM réalisée le 2 octobre 2019, contrairement à ce que le radiologue évoquait.

Dans un rapport réceptionné par l'OAI le 28 février 2020, la Dre B._____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il avait retrouvé une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de chauffeur à partir du 25 octobre 2019.

La Dre W._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a constaté l'existence d'une rhinite chronique et d'une sécheresse de la muqueuse nasale dans son rapport daté du 5 septembre 2019. Elle a précisé que l'assuré se plaignait d'acouphènes bilatéraux plus marqués à gauche depuis des années et avait été opéré de l'oreille droite par le Dr K._____ pour un cholestéatome en 2015.

Dans son avis du 5 mars 2020, le SMR a pris les conclusions suivantes :

« Nous pouvons valider l'IT [incapacité de travail] depuis le 3.11.2017 (APG 5.04.208). L'activité habituelle de maçon n'est plus exigible (atteinte des 2 épaules, syndrome cervical). Sur le plan médical la situation est globalement stabilisée. Nous ne comprenons néanmoins pas pourquoi une activité adaptée (limitant le port de charge, les activités bras-au-dessus de l'horizontal...) reste limitée à 50%.

Nous demandons donc une **expertise rhumatologique** qui devra en particulier estimer la CT [capacité de travail] dans une activité adaptée et son évolution depuis fin 2017.

Il n'y a pas d'atteintes incapacitantes relevées d'une autre spécialité médicale. »

Le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a procédé à un examen clinique rhumatologique de l'assuré le 14 juillet 2020 et rendu son rapport le 4 août 2020, en précisant que celui-ci faisait office de rapport final SMR puisque l'atteinte à la santé était purement rhumatologique. Le Dr R._____ a fait l'appréciation suivante :

« **Diagnostic principal**

- CERVICALGIES ET LOMBALGIES DANS LE CADRE DE DISCRETS TROUBLES STATIQUES DU RACHIS DORSAL ET DE TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS CERVICAUX.

[...]

Diagnostics associés :

- DOULEURS ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES DES DEUX ÉPAULES DANS LE CADRE D'UN STATUS APRÈS OPÉRATION DE L'ÉPAULE DROITE ET D'UNE DÉCHIRURE NON TRANSFIXIANTE DU MUSCLE SUPRAÉPINEUX GAUCHE ET D'UNE TENDINOPATHIE DU MUSCLE INFRA-ÉPINEUX GAUCHE AVEC DÉCHIRURE NON TRANSFIXIANTE.
- DOULEURS DU PIED ET DE LA CHEVILLE DROITE DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES MODÉRÉS DES PIEDS, AVEC HALLUX VALGUS DÉBUTANT PRÉDOMINANT À GAUCHE ET D'UN STATUS APRÈS ENTORSE DU CHOPART DROIT AVEC LÉSION DU LISFRANC DROIT.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- OBÉSITÉ AVEC BMI À 30.5.

[...]

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 1-2x/heure la position assise et la position debout., pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque.

MS [membres supérieurs] : pas d'élévation ou d'abduction des 2 épaules à plus de 70°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec chaque MS.

MI [membres inférieurs] : pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, pas de position debout de plus de 30 minutes, pas de marche de plus de 2 heures.

[...]

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 % COMME MAÇON.

50 % COMME CONDUCTEUR DE

TAXI.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70 % DEPUIS LE : 08.10.2019.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION. »

Plusieurs documents médicaux étaient joints au rapport d'examen SMR. Dans un rapport du 4 janvier 2019, le Dr Q._____ a mentionné qu'une consultation ophtalmologique auprès du Dr X._____ avait permis de retenir des spasmes de convergence comme probable cause de la vision trouble, voire double, lors de changement rapide de la direction du regard ou lorsqu'il bouge la tête. Le patient avait reçu une

nouvelle correction optique qui permettait d'éviter de tels spasmes. La migraine hémicrânienne était bien sous contrôle grâce à la médication. A la consultation du 10 mars 2020, le Dr Q._____ a confirmé que le syndrome cervico-radiculaire C6-C7 gauche avait disparu à la suite d'une infiltration. Dans un rapport du 18 juin 2020, il a indiqué que l'examen électroneuromyographique (ENMG) réalisé par le Dr H._____, médecin praticien spécialiste en neurologie, allait dans le sens d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral débutant ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale selon ce médecin. Le patient continuait d'aller mieux s'agissant des migraines, mais avait redéveloppé un syndrome cervical C6-C7 gauche irritatif.

Dans son rapport final du 5 octobre 2020, le service de réadaptation de l'OAI a indiqué ce qui suit :

« Bien que le préjudice économique soit au-dessus de 20%, force est de constater qu'aucune mesure ne pourrait objectivement et subjectivement être susceptible de réduire le PE [préjudice économique] de notre assuré. En effet, les prérequis et acquis scolaires sont limités, ainsi que le français qui doit rester dans un langage simple (examen SMR page 11) et il est question d'un assuré démonstratif, qui mentionne être dans l'attente d'un soutien financier de notre assurance, tout du moins partiel.
[...]

Aide au placement

Notre assuré n'étant pas dans une dynamique de retour à l'emploi, nous ne proposons pas notre service de placement. Cette position pourrait être revue à sa demande. »

Par projet de décision du 13 novembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} novembre 2018 au 31 janvier 2020, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

L'assuré s'est opposé à ce projet par courrier de son mandataire du 14 décembre 2020. Il a complété ses objections le 15 janvier 2021 et transmis des pièces médicales figurant déjà dans son dossier. Il a notamment fait savoir qu'il tentait de se reconverter comme chauffeur indépendant.

Dans un avis du 4 février 2021, le SMR a estimé qu'il n'était pas fait état de nouvelle atteinte ou d'aggravation des atteintes existantes depuis l'expertise du 14 juillet 2020 et que les différents éléments apportés dans le cadre de cette audition avaient été pris en compte dans les conclusions de celle-ci.

Le 10 mars 2021, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 14 janvier 2021 du Dr Q._____, qui mentionnait que l'assuré avait repris son métier de camionneur, mais n'arrivait à travailler que 2 heures le matin et 2 heures le soir. Au bout de 2 heures, il avait de telles douleurs lancinantes irradiant dans la région occipitale gauche qu'il n'arrivait plus à conduire. Le Dr Q._____ suspectait l'existence d'une névralgie d'Arnold gauche, pour laquelle il a proposé la réalisation d'un bloc.

Le 13 octobre 2021, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport de la Dre B._____ du 13 septembre 2021, qui indiquait que son état de santé continuait à se péjorer et que sa capacité de travail était de 0 % sur une longue durée, voire de manière définitive.

Par avis du 7 décembre 2021, le SMR a retenu que, lors de l'expertise rhumatologique, l'assuré mentionnait déjà devoir limiter la position assise à 1-2 heures en raison de ses cervicalgies, que ces dernières avaient été prises en compte par le Dr R._____ dans le sens de limitations fonctionnelles et d'une baisse de la capacité de travail, que les propositions thérapeutiques du Dr Q._____ seraient à même d'améliorer la situation et que l'annonce d'une péjoration croissante relevée par la généraliste traitante, avec une capacité de travail nulle depuis le 13 septembre 2021, n'était pas étayée.

Par courrier du 12 janvier 2022, l'OAI a répondu aux objections de l'assuré. Il s'est référé aux prises de position du SMR, ainsi qu'à celle de son service de réadaptation du 12 février 2021 selon laquelle l'activité de chauffeur indépendant ne répondait pas aux conditions permettant de la prendre en compte pour la détermination du revenu d'invalidé.

Dans un courrier 2 février 2022, l'OAI s'est défendu d'avoir violé le droit d'être entendu de l'assuré au motif que ce dernier avait eu tout loisir de demander que l'avis du SMR lui soit transmis.

Par décision du 5 avril 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} novembre 2018 au 31 janvier 2020, conformément à son projet de décision. Il a retenu que l'assuré avait récupéré une pleine capacité de travail (sic) dans une activité adaptée à partir du 18 octobre 2019 lui permettant d'obtenir un revenu de 47'673 fr. 85 qui, comparé au revenu sans invalidité de 67'415 fr., donnait un degré d'invalidité de 29,28 %, insuffisant pour ouvrir un droit à la rente. L'OAI a considéré qu'aucune mesure ne pourrait objectivement et subjectivement être susceptible de réduire son préjudice économique.

B. Par acte de son mandataire du 23 mai 2022, C._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire neutre et nouvelle décision. L'assuré a fait remarquer que la décision lui avait été notifiée à lui directement et non à son mandataire. Il a fait valoir, sur la base des rapports qu'il avait produits, qu'il ne pouvait pas exercer une activité lucrative au-delà de 4 heures par jour, que son affection comportait une dimension neurologique importante, que ses troubles neurologiques s'étaient aggravés et qu'ils continuaient à se péjorer. Il a nié toute valeur probante à l'avis du SMR du 7 décembre 2021 au motif que celui-ci ne se fondait sur aucune observation clinique actualisée. Il a estimé que l'OAI avait violé son devoir d'instruction en n'entreprenant aucune mesure d'instruction depuis 2020 et en omettant de le soumettre à de nouveaux examens auprès de spécialistes neurologues et qu'il avait violé son droit d'être entendu en ne lui transmettant pas l'avis du SMR du 7 décembre 2021 de la Dre P._____, dont on ignorait les qualifications médicales. Il a contesté le revenu d'invalidité retenu, relevant que celui-ci correspondait à

un taux d'activité de 100 %, et a estimé qu'il convenait d'appliquer un abattement de 25 % compte tenu de son absence de formation et de connaissances des outils informatiques, de son unique expérience professionnelle de manœuvre sur les chantiers, de son manque de maîtrise du français, de son taux partiel et de son âge. Il estimait par ailleurs « que la question litigieuse de savoir si les troubles psychiatriques ont un effet invalidant doit encore faire l'objet de mesures d'instruction plus poussée[s] » et a requis la mise en œuvre d'une expertise destinée à fixer « le taux d'invalidité ». Il a produit un rapport du 10 mai 2022 du Dr D._____, spécialiste en neurologie, qui a retenu les diagnostics suivants :

- « ● Douleurs chronifiées, avec :
 - o Céphalées d'origine mixte, tensionnelle et sur migraine sans aura, chronifiées
 - o Cervicalgies
- Troubles oculomoteurs d'origine congénitale vs vestibulaire centrale/périphérique
- S/p [status post] syndrome radiculaire C6-C7 gauche avec
 - o légère altération de la sensibilité pouce-index
 - o s/p infiltrations de la racine C6, avec régression de la douleur radiculaire (28/05/2019)
- Anomalie de développement cérébelleuse gauche, symptomatique
- S/p omalgies droites dans un contexte de s/p suture du sus-épineux droit en double rangée et acromioplastie antérieure et latérale droite par arthroscopie (13/03/2019)
- S/p lésion non transfixiante du sus épineux et du sous-épineux gauche, traitée conservativement (29/05/2019)
- S/p paracentèse (2017)
- S/p cure d'hémorroïdes (2016)
- S/p exérèse d'un cholestéatome apical droit et type II (27/04/2015) & s/p intervention de second look et tympanoplastie droite de type 2 (08/12/2016)
- S/p appendicectomie (adolescence) »

Le Dr D._____ avait demandé une consultation de neuro-ophtalmologie afin de mieux caractériser le trouble oculomoteur. Les cervicalgies et céphalées chronifiées avec une origine migraineuse n'expliquaient pas l'ensemble des manifestations douloureuses. Une composante de céphalées tensionnelles avec souffrance psychique était à considérer. Il a évoqué une possible thrombose veineuse cérébrale, voire une hypertension intracrânienne.

Dans sa réponse du 14 juillet 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 5 octobre 2022, le recourant a fait valoir que l'expertise rhumatologique ne tenait pas compte de l'aggravation de sa symptomatologie, notamment sur le plan neurologique et n'était pas à même d'appréhender l'ensemble des troubles, comme par exemple les céphalées récurrentes et les acouphènes qu'il présentait, lesquels avaient une incidence certaine sur son sommeil et sa fatigabilité. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et neurologique et l'audition de son épouse en qualité de témoin. Il a finalement relevé que l'OAI ne démontrait pas en quoi les postes proposés seraient adaptés à son état de santé.

Par duplique du 27 octobre 2022, l'OAI a précisé qu'il s'était non seulement basé sur l'expertise rhumatologique mais également sur toutes les pièces médicales du dossier, notamment l'avis du SMR du 7 décembre 2021.

Dans ses déterminations du 12 décembre 2022, le recourant a réitéré que l'instruction était lacunaire sur le plan neurologique et communiqué qu'il avait récemment été opéré de l'épaule droite, de sorte que sa situation n'était pas stabilisée.

Par courrier du 16 janvier 2023, le recourant a produit le rapport de l'IRM de l'épaule gauche effectuée le 10 janvier 2023, qui montrait notamment une rupture transfixiante et complète des tendons supra et infra-épineux, ainsi qu'un rapport du Dr D._____ du 29 septembre 2022, qui reprenait pour l'essentiel les mêmes diagnostics que dans son précédent rapport, en y ajoutant un status post trois infiltrations pour bloc du nerf d'Arnold, inefficaces, une hypertension artérielle à investiguer et un status post chute d'une échelle avec traumatisme au niveau du thorax et au pied droit (11/2014). Le Dr D._____ a noté que l'assuré exprimait une gêne majeure liée à l'acouphène de l'oreille gauche, parfois pulsatile, envahissant, et précisé qu'il faudrait s'assurer

que les médecins ORL aient bien exclu la présence d'une malformation artérielle profonde au niveau de l'oreille moyenne. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas d'évidence pour une pathologie à même d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie de l'assuré.

Dans ses déterminations du 6 février 2023, l'OAI a estimé que les rapports produits montraient une situation clinique globalement superposable et a relevé, par rapport à l'abattement, que selon ses informations l'assuré était suisse depuis 2011, que les difficultés linguistiques et le manque de formation professionnelle n'étaient pas déterminants au regard des activités encore exigibles et que le recourant était âgé de 54 ans au moment où son aptitude au placement a pu être déterminée, ce qui n'était pas susceptible d'influencer négativement le revenu qu'il pourrait réaliser. L'OAI a produit un avis du SMR du 24 janvier 2023 dont la conclusion était la suivante :

« Nous sommes face à une situation clinique globalement superposable, sans argument pour une aggravation clinique manifeste étayée et datée. Néanmoins, concernant l'aggravation radiologique de l'épaule G [gauche] il serait utile de disposer d'un examen clinique récent et d'un avis orthopédique (mais l'atteinte des 2 épaules est déjà pris[e] en compte avec des LF [limitations fonctionnelles]), et concernant les migraines, de la description étayée d'une éventuelle aggravation depuis 07.2020 pouvant se répercuter sur la CT (avec un RM [rapport médical] détaillé du Dr D._____). »

Par courrier du 23 février 2023, le recourant a fait remarquer que l'avis du SMR du 24 janvier 2023 allait dans le sens d'une nécessité d'approfondir l'instruction et a rappelé qu'en vertu de la maxime inquisitoire, il ne lui appartenait pas d'assumer seul toutes les mesures d'instruction. Il a réaffirmé qu'un abattement d'au moins 20 % devait être appliqué et a précisé qu'il n'était qu'au bénéfice d'un permis B.

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. On peut en particulier relever que la notification irrégulière de la décision, intervenue directement auprès de l'assuré et non auprès de son mandataire, n'a pas entraîné de préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA), le recours ayant été déposé en temps utile.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2020.

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.

c) En l'occurrence, un droit à la rente a été reconnu au recourant par l'OAI à partir du 1^{er} novembre 2018 pour une durée limitée,

jusqu'au 31 janvier 2020. Il convient par conséquent d'appliquer les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. a) Il convient d'examiner en premier lieu la violation du droit d'être entendu dont se plaint le recourant. Celui-ci reproche à l'OAI de ne pas lui avoir transmis l'avis du SMR du 7 décembre 2021 et de ne pas lui avoir donné la possibilité de se déterminer sur cette pièce avant de rendre sa décision.

b) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; et références citées).

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).

c) L'art. 57a al. 1, première phrase, LAI prévoit que l'OAI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. Le préavis – soit la communication intégrale du projet de décision motivé, avec possibilité pour l'assuré de se déterminer – offre ainsi à l'intéressé le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA auquel renvoie l'art. 57a al. 1, deuxième phrase, LAI. A cette fin, les parties peuvent faire part à l'OAI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (art. 57a al. 3 LAI).

d) En l'occurrence, l'OAI a respecté la procédure de préavis en faisant parvenir au recourant son projet de décision, sur lequel celui-ci a pu se déterminer. Dans ce contexte, le recourant a produit notamment différentes pièces médicales, qui ont été soumises au SMR pour détermination, ce qu'il a fait en rendant des avis en date des 4 février et 7 décembre 2021. Il convient à cet égard de rappeler que les avis du SMR ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier au plan médical (art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). La procédure de préavis n'est toutefois pas similaire à la procédure de recours et n'implique pas de transmettre à l'assuré chaque nouvelle pièce versée au dossier (cf. à ce sujet ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 et les références). Comme le relève l'OAI, le recourant avait toujours la possibilité de demander à consulter son dossier en tout temps. Enfin, le recourant a été en mesure de formuler ses griefs contre ledit avis du SMR dans le cadre du présent recours.

Le grief du recourant doit donc être rejeté.

4. a) 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).

b) 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 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). 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).

d) 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).

5. a) En l'occurrence, l'OAI a fait réaliser un examen clinique SMR rhumatologique du recourant, qui peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr R._____ s'est en effet prononcé en toute connaissance du dossier et de l'anamnèse du recourant, après avoir entendu ses plaintes et procédé à un examen clinique détaillé. Il a pris ses conclusions de manière motivée et convaincante. Il retient comme diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail des cervicalgies et lombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis dorsal et de troubles dégénératifs cervicaux, des douleurs et limitations fonctionnelles des deux épaules dans le cadre d'un status après opération de l'épaule droite et d'une déchirure non transfixiante du muscle supraépineux gauche et d'une tendinopathie du muscle infraépineux gauche avec déchirure non transfixiante, ainsi que des douleurs du pied et de la cheville droite dans le cadre de troubles statiques

modérés des pieds, avec *hallux valgus* débutant prédominant à gauche, et d'un status après entorse du Chopart droit avec lésion du Lisfranc droit.

L'ensemble des médecins reconnaissent l'existence des cervicalgies. Les imageries réalisées ont permis de voir l'existence de lésions dégénératives. Une hernie discale cervicale paramédiane droite en C7-D1 avait été décrite en novembre 2016, mais n'a plus été retrouvée lors des IRM cervicales suivantes (examen rhumatologique SMR pp. 8, 9 et 11). Le Dr R._____ observe une mobilité cervicale diminuée tout en précisant que l'assuré a développé une importante résistance volontaire avec contre-pulsions aux latéoflexions et aux rotations cervicales passives (examen rhumatologique SMR p. 10).

Au niveau du rachis, le recourant a également présenté un épisode de lombosciatalgies gauches en novembre 2016 et, lors de son examen en janvier 2018, le Dr Z._____ a retrouvé une douleur lombaire gauche, en observant cependant une mobilité lombaire physiologique (expertise J._____ pp. 7 et 10). A l'occasion de l'examen rhumatologique SMR, le recourant a fait état de douleurs lombaires en arrière-plan et indiqué avoir présenté une petite hernie discale à ce niveau (examen rhumatologique SMR pp. 5 et 10). Le Dr R._____ note de discrets troubles statiques du rachis dorsal, avec une mobilité lombaire diminuée, tout en relevant la présence de trois signes comportementaux selon Waddell, dont une certaine démonstrativité (examen rhumatologique SMR p. 10).

Lors de son examen début 2018, le Dr Z._____ avait suspecté la présence d'une atteinte à la coiffe des rotateurs droite, qui a effectivement été confirmée par l'arthro-IRM du 22 février 2018, qui a montré une rupture tendineuse. Le recourant a été opéré par le Dr T._____ le 14 mars 2019. Si une nouvelle rupture a d'abord été suspectée, celle-ci a toutefois été ensuite écartée par les Drs G._____ et V._____ après consultation du Dr T._____ (rapport du 7 novembre 2019 ; examen rhumatologique SMR pp. 9 et 11).

Il est également admis que le recourant présente une lésion de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. L'arthro-IRM du 29 mai 2019 - que le Dr R._____ ne semble pas avoir obtenue (cf. son rapport p. 11) - a effectivement montré une lésion non-transfixiante du sus-épineux et du sous-épineux gauches.

Lors de son examen, le Dr R._____ constate que l'élévation et l'abduction passive des deux épaules est limitée, mais relève que l'assuré développe une importante résistance volontaire avec contre-pulsions. L'épreuve de Jobe est douloureuse à droite et celle de palm-up est douloureuse des deux côtés (examen rhumatologique SMR p. 10).

Le recourant est connu pour avoir présenté une entorse du Chopart avec atteinte du Lisfranc à la suite d'une chute d'une échelle le 14 novembre 2014. Dans le cadre des deux expertises, il s'est plaint d'une persistance de douleurs au pied droit après 3 à 4 heures de travail (expertise J._____ p. 5), respectivement de l'apparition de douleurs qui limitent son périmètre de marche à 3 heures (examen rhumatologique SMR p. 5). Le Dr R._____ a observé que la flexion plantaire passive de la cheville droite était douloureuse au niveau de la malléole interne droite (examen rhumatologique SMR p. 11).

Dans son rapport d'expertise, le Dr Z._____ suspectait une lésion des nerfs médians au tunnel carpien prédominante à gauche (expertise J._____ p. 10). Le rapport d'ENMG du 11 mars 2020 (figurant en annexe du rapport du Dr Q._____ du 18 juin 2020) a montré des signes de ralentissement du nerf médian des deux côtés au canal carpien dans le sens d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral plus marqué à gauche, purement sensitif, débutant et ne nécessitant pas, d'après le Dr H._____, une prise en charge chirurgicale. De son côté, le Dr R._____ n'a pas observé cliniquement de signes du tunnel carpien, les manœuvres de Tinel et de Phalen étant alors négatives au niveau des deux poignets (examen rhumatologique SMR p. 10). Cette atteinte, pour autant qu'elle soit avérée, pouvait expliquer l'hyposensibilité de l'index gauche (rapport du Dr Q._____ du 18 juin 2020), ainsi que les troubles sensitifs

concernant les trois premiers doigts de la main des deux côtés (rapport d'ENMG du Dr H._____). Cependant, comme le relève le SMR (avis du 4 février 2021), l'existence d'un syndrome du tunnel carpien débutant, purement sensitif et ne nécessitant pas de cure chirurgicale, ne saurait répondre d'une atteinte incapacitante.

La Dre B._____ a posé un diagnostic de périarthrite scapulo-humérale (PSH) droite dans son rapport du 3 septembre 2018, puis bilatérale dans ses rapports des 18 septembre 2019 et 28 février 2020. Le Dr R._____ constate toutefois que le test de Hawkins est négatif des deux côtés, de même que le reste des épreuves de PSH. Il n'y avait par ailleurs, au moment de son examen clinique, pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique (examen rhumatologique SMR pp. 10-11).

b) Contrairement à ce que le recourant prétend dans son recours, le Dr R._____ a tenu compte dans son évaluation du syndrome radiculaire. Il mentionne en effet le rapport du Dr T._____ du 30 novembre 2018, qui posait un diagnostic de syndrome radiculaire C6 gauche avec cervicalgies, ainsi que les rapports du Dr Q._____, lequel avait fait réaliser une infiltration qui avait permis de faire disparaître le syndrome radiculaire C6 irritatif (rapports des 3 juin et 13 août 2019). Dans un rapport du 18 juin 2020, le Dr Q._____ a indiqué que le recourant avait redéveloppé un syndrome cervical C6-C7 gauche irritatif. Il proposait de la physiothérapie cervicale et, au cas où celle-ci n'aurait pas d'effet, une nouvelle infiltration (examen rhumatologique SMR pp. 3-4). Lors de son examen clinique, le Dr R._____ a toutefois recherché une irritation radiculaire cervico-brachiale, avec un résultat négatif (examen rhumatologique SMR p. 7). Il faut également relever que l'ENMG pratiqué par le Dr H._____ le 11 mars 2020 a mis en évidence des signes de dénervation aiguë dans les myotomes C4 à D1 à gauche, ce qui parlait contre une lésion radiculaire à ces niveaux.

Les rapports du Dr D._____ n'apportent pas d'éléments nouveaux à cet égard. Celui-ci pose en effet un diagnostic de status post

syndrome radiculaire C6-C7 gauche avec une légère altération de la sensibilité pouce-index et un status post infiltrations de la racine C6, avec régression de la douleur radiculaire (rapport du 10 mai 2022). Dans son rapport du 29 septembre 2022, le Dr D._____ constate la persistance des cervicalgies et douleurs à l'épaule gauche, inchangées, et note que du point de vue neurologique il n'y a pas d'évidence pour une pathologie autre sous-jacente à même d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie du patient. Il n'y a donc pas d'élément qui n'aurait pas été pris en compte ou qui aurait subi une péjoration sur le plan du syndrome radiculaire.

c) Le recourant est d'avis que l'examen rhumatologique SMR ne tient pas compte de ses autres atteintes, à savoir de ses céphalées récurrentes et de ses acouphènes, qui ont une incidence certaine sur son sommeil et sa fatigabilité, ainsi que de ses troubles oculomoteurs. Il a produit plusieurs rapports relatifs à ces atteintes au stade de la procédure d'audition et de recours. Il critique notamment, sur le plan formel, l'avis SMR de la Dre P._____ du 7 décembre 2021, qui estime que les rapports produits à l'appui des objections au projet de décision sont sans influence sur les conclusions de l'examen SMR.

aa) Dans ce contexte, il met en cause les qualifications de la Dre P._____, au motif qu'on ignore quelle est sa spécialisation et même si elle dispose d'une formation de médecin. Tel est le cas. Comme cela ressort du registre fédéral des professions médicales, la Dre P._____ est titulaire d'un diplôme de médecin obtenu en Suisse le 2 avril 2003 (www.medregom.admin.ch/home). Le fait que la Dre P._____ ne dispose pas de spécialisation n'est en outre pas déterminant dès lors que sa formation de médecin et son rôle de médecin-conseil lui permettent de juger de l'apparition d'éléments nouveaux et de prendre position sur le dossier (TF 9C_639/2018 du 3 décembre 2018 consid. 4.1 et la référence), comme cela est le but même des avis du SMR (cf. consid. 5c/bb ci-après).

bb) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux

auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

cc) Contrairement à ce que le recourant soutient, il n'y a pas de raison d'écarter l'avis du SMR au motif qu'il ne se fonde sur aucune observation clinique actualisée. Cette prise de position du SMR, prévue par la loi, n'a précisément pas pour but de procéder à un nouvel examen clinique, mais d'apprécier les éléments médicaux au dossier. Plus précisément, l'avis du 7 décembre 2021 avait pour objectif de se déterminer sur les documents médicaux produits depuis le précédent avis SMR du 4 février 2021, auquel il se réfère, et d'examiner si ceux-ci étaient de nature à modifier l'appréciation médicale fondée sur l'expertise rhumatologique du 14 juillet 2020 du Dr R._____.

d) L'on ne saurait par ailleurs reprocher à l'intimé une violation de la maxime inquisitoire pour n'avoir entrepris aucune mesure d'instruction depuis 2020 comme l'invoque le recourant. L'OAI a en effet régulièrement pris connaissance des rapports versés au dossier, qu'il a soumis au SMR pour détermination.

Il convient toutefois d'examiner, sur le fond, si les éléments médicaux ressortant des rapports produits par le recourant auraient dû conduire l'OAI à instruire davantage, en particulier à soumettre ces rapports à des spécialistes neurologues ou à faire réaliser une expertise neurologique.

aa) Il ressort du dossier que les migraines, acouphènes et troubles visuels présentés par le recourant ne sont pas nouveaux. En effet,

déjà en 2014, à la suite de sa chute d'une échelle, l'assuré s'est plaint de douleurs au niveau pariétal gauche, d'acouphène, de céphalées, ainsi que de diplopie et a signalé un épisode de nausées et vertiges. Le CT-scan cérébral réalisé aux urgences n'avait pas mis en évidence de lésion post traumatique (rapport de la Dre M. _____ du 18 décembre 2014) et le bilan neurologique effectué par la Dre S. _____ s'était montré rassurant. Cette médecin a précisé que les symptômes étaient compatibles avec un syndrome post-commotionnel et qu'il était probable que l'assuré ait présenté une discrète contusion labyrinthique, qui expliquait les vertiges et l'acouphène. Malgré ces atteintes, le recourant a pu reprendre le travail quelques temps après son accident et a travaillé jusqu'au 2 novembre 2017.

Ces atteintes n'étaient en outre pas inconnues du Dr R. _____, qui les mentionne dans son rapport d'examen. Il note en effet que les douleurs cervicales s'accompagnent de céphalées occipitales à caractère pulsatile, de nausées, de photophobie et phonophobie, que le recourant présente également des acouphènes bilatéraux « avec impression que le cœur tape dans ses oreilles » (examen rhumatologique SMR p. 10). Le Dr R. _____, spécialisé tant en rhumatologie qu'en médecine interne générale, n'a pas jugé nécessaire que des investigations complémentaires soient effectuées au sujet de ces atteintes. Il a, au contraire, considéré que l'atteinte à la santé était purement rhumatologique et que son rapport faisait donc office de rapport final SMR (examen rhumatologique SMR p. 1). Cela rejoint l'avis du SMR du 5 mars 2020, qui considérait qu'il n'y avait pas d'atteintes incapacitantes relevées autres que celles concernant la rhumatologie.

Il faut également relever que la médecin traitante du recourant ne mentionne pas les céphalées, acouphènes et troubles oculomoteurs parmi les diagnostics qu'elle retient. Elle fait uniquement mention, dans son rapport du 13 septembre 2022, que le recourant a bénéficié de traitements en lien avec une névralgie du nerf d'Arnold gauche.

Au vu des rapports produits par le recourant, on peut néanmoins s'étonner que l'OAI n'ait interpellé aucun des médecins spécialistes ayant suivi le recourant pour connaître si les céphalées, acouphènes et troubles oculomoteurs impliquaient une éventuelle incapacité de travail ou des limitations fonctionnelles.

bb) S'agissant en particulier des acouphènes, le recourant avait à l'époque fait un bilan ORL auprès du Dr F._____ (rapports de la Dre S._____ du 2 février 2015 et de la Dre M._____ du 21 février 2015). La Dre S._____ a mentionné que le recourant avait probablement présenté une discrète contusion labyrinthique qui expliquait notamment ses acouphènes (rapport du 2 février 2015). De nouvelles consultations ORL ont eu lieu dès septembre 2019 auprès de la Dre W._____ en raison d'une rhinite chronique. Le recourant a alors indiqué qu'il souffrait d'acouphènes bilatéraux depuis des années, plus marqués à gauche ; il était suivi sur le plan otologique par le Dr K._____, qui l'avait opéré de l'oreille droite pour un cholestéatome en 2015 (rapport de la Dre W._____ daté du 5 septembre 2019). Le Dr D._____ a pris contact avec le Dr K._____ et indique, dans son rapport médical du 10 mai 2022, que ce dernier a procédé à une intervention de second look en décembre 2016, sans résidu de cholestéatome visualisé dans l'oreille moyenne et sans évidence de récurrence à l'IRM du 7 mars 2022. Le patient exprimait alors une gêne majeure liée à l'acouphène de l'oreille gauche, parfois pulsatile, envahissant. Dans son rapport médical de septembre 2022, le Dr D._____ suggère une consultation ORL pour exclure une malformation artérielle profonde au niveau de l'oreille moyenne non visible à l'angio-IRM cérébral de mai 2022. On ignore si une telle consultation a eu lieu.

cc) En ce qui concerne les céphalées, le Dr Q._____ a mentionné que la migraine hémicrânienne était bien sous contrôle grâce à la médication dans ses rapports des 4 janvier 2019 et 18 juin 2020. Le 14 janvier 2021, ce médecin a suspecté une névralgie du nerf d'Arnold gauche et recommandé la réalisation d'un bloc. Les trois infiltrations réalisées sont cependant demeurées inefficaces (rapport du Dr D._____ du 29 septembre 2022). Le Dr D._____ estime que les céphalées ont une

origine mixte, tensionnelle et sur migraine sans aura. Il a suspecté une possible thrombose veineuse cérébrale, voire une hypertension intracrânienne (rapport du 10 mai 2022). On ignore si des investigations ont été faites dans ce sens. Dans son avis du 24 janvier 2023, le SMR reconnaît qu'il serait utile de disposer d'un rapport médical du Dr D. _____ contenant une description détaillée de l'éventuelle aggravation des migraines depuis juillet 2020.

dd) En ce qui concerne les troubles oculomoteurs, le Dr Q. _____ a indiqué qu'une consultation ophtalmologique auprès du Dr X. _____ avait permis de retenir l'existence de spasmes de convergence comme probable cause de la vision trouble, voire double, lors de changement rapide de la direction du regard ou lorsque l'assuré bouge la tête. Ce dernier avait reçu une nouvelle correction optique qui permettait d'éviter de tels spasmes (rapport du Dr Q. _____ du 4 janvier 2019). Le Dr D. _____ a indiqué que ces troubles pouvaient être d'origine congénitale ou vestibulaire centrale/périphérique et a demandé une consultation de neuro-ophtalmologie afin de mieux les caractériser (rapport du 10 mai 2022). Le dossier ne contient pas les résultats de cette consultation.

ee) Dans la mesure où la cause doit être renvoyée à l'OAI pour un autre motif, celui-ci sera invité à compléter son instruction afin de déterminer si les migraines, acouphènes et troubles visuels sont incapacitants.

e) Le recourant fait valoir que ses troubles neurologiques se sont aggravés et continuent à se péjorer. Cette allégation n'est toutefois pas confirmée par les rapports produits. On peut en effet lire dans le rapport du Dr D. _____ du 29 septembre 2022 que celui-ci n'a, du point de vue neurologique, pas d'évidence pour une pathologie à même d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie du patient.

f) Dans son recours, le recourant mentionne « que la question litigieuse de savoir si les troubles psychiatriques ont un effet invalidant

doit encore faire l'objet de mesures d'instruction plus poussée[s] ». Il s'agit à l'évidence d'une erreur de plume dans la mesure où le recourant n'a pas évoqué de problèmes particuliers à ce niveau-là. Interrogé expressément par le Dr R. _____, il a dit être parfois triste et présenter une claustrophobie, laquelle ne l'avait toutefois pas empêché de prendre l'avion pour se rendre en [...] en juillet 2019 (examen rhumatologique SMR p. 6).

g) Sur la base des rapports qu'il a produits, le recourant fait valoir qu'il ne peut pas exercer une activité lucrative au-delà de 4 heures par jour. Il ressort du rapport du 14 janvier 2021 du Dr Q. _____ qu'il avait repris son métier de camionneur, mais n'arrivait à travailler que 2 heures le matin et 2 heures le soir. Au bout de 2 heures, il avait de telles douleurs lancinantes irradiant dans la région occipitale gauche qu'il n'arrivait plus à conduire. Il faut cependant constater que cela correspond à l'appréciation – pleinement convaincante – du Dr R. _____. Celui-ci a en effet indiqué que la capacité de travail du recourant comme conducteur de taxi était de 50 % (examen rhumatologique SMR p. 12). La Dre B. _____ en a fait de même dans son rapport du 28 février 2020.

Cela étant, le Dr R. _____ précise que le recourant présente depuis le 8 octobre 2019 une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir permettant d'alterner les positions assise et debout 1-2 fois par heure, sans soulèvement ou port régulier de charges de plus de 5 kg, sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, sans exposition à des vibrations, sans mouvement répété de flexion-extension de la nuque, sans rotation rapide de la tête ni position prolongée en flexion ou extension de la nuque, sans élévation ou abduction des épaules à plus de 70°, sans lever de charges de plus de 5 kg avec chaque membre supérieur, sans franchissement d'escabeau ou d'échelle, sans franchissement régulier d'escaliers, sans marche en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ni position debout de plus de 30 minutes et sans marche de plus de 2 heures. La date de récupération de cette capacité de travail correspond à la date de la consultation auprès des Drs

G._____ et V._____, qui faisaient état d'examens radiologiques rassurants.

Dans son rapport du 13 septembre 2021, la Dre B._____ indique que l'état de santé du recourant continue à se péjorer et considère que sa capacité de travail est de 0 % sur une longue durée, voire de manière définitive. Comme le retient à juste titre le SMR dans son avis du 7 décembre 2021, l'annonce d'une péjoration croissante relevée par la généraliste traitante, avec une capacité de travail nulle, n'est pas étayée. Les diagnostics qu'elle mentionne étaient en effet connus et son rapport ne contient ni status clinique, ni appréciation motivée de la capacité de travail. Il ne saurait dès lors remettre en cause les conclusions convaincantes du Dr R._____.

h) Dans ses déterminations du 12 décembre 2022, le recourant indique qu'il a récemment été opéré de « l'épaule droite » et fait valoir que sa situation n'est pas stabilisée. Il semble que cette opération concerne plutôt l'épaule gauche, dans la mesure où, selon le rapport d'IRM du 10 janvier 2023 qu'il a produit, il présente une rupture transfixiante et complète des tendons supra et infra-épineux de l'épaule gauche. Une aggravation de son atteinte à l'épaule gauche est dès lors vraisemblable. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative, à moins d'être étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). En l'occurrence, ces éléments sont certes postérieurs à la décision attaquée, mais, compte tenu de l'issue du litige, il appartiendra néanmoins à l'OAI d'examiner si cette aggravation induit de nouvelles ou plus amples limitations fonctionnelles dans le cadre du renvoi, avant de statuer à nouveau. Il conviendra en particulier, comme mentionné par le

SMR dans son avis du 24 janvier 2023, de solliciter un avis orthopédique contenant un examen clinique récent.

6. a) Il résulte de ce qui précède que l'OAI était fondé à retenir que le recourant présentait sur le plan rhumatologique une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. De manière erronée, l'intimé se réfère dans la motivation de la décision attaquée à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, quand bien même le revenu avec invalidité a été établi sur la base d'un taux de travail de 70 % (cf. feuille de calcul du salaire exigible du 5 octobre 2020).

Cela étant, l'intimé ne pouvait en l'occurrence rendre une décision d'octroi de rente d'invalidité limitée dans le temps sans examiner la possibilité concrète pour le recourant de mettre en œuvre la capacité de travail médico-théorique retenue.

b) Il existe en effet des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si celui-ci a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Les organes de l'assurance-invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

c) En l'occurrence, le recourant, né le [...] 1966, était âgé de presque 56 ans au moment où l'OAI lui a octroyé une rente d'invalidité limitée dans le temps, le 5 avril 2022. Il appartient ainsi à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité de travail résiduelle. Le recourant a donc droit à ce que le besoin de mesures de réadaptation soit examiné avant la suppression de son droit à la rente. Or, cet examen n'a pas été effectué par l'intimé. La prise de position du service de réadaptation de l'OAI du 5 octobre 2020 ne saurait constituer un tel examen, faute d'avoir analysé la nécessité de mesures d'ordre professionnel au regard de l'âge du recourant. Celle-ci est par ailleurs critiquable en tant qu'elle laisse à penser que le recourant ne se serait pas montré preneur de mesures de réadaptation, ce qui ne correspond pas aux éléments figurant dans le dossier. La mesure d'intervention précoce auprès d'A._____ a certes dû prendre fin, mais non pas en raison d'un manque de motivation du recourant. Celui-ci s'est en effet dit très motivé à reprendre une activité professionnelle, mais pas dans l'immédiat car il avait encore beaucoup de rendez-vous médicaux et ne se sentait pas prêt, à ce moment, à envisager une reprise d'emploi (rapport d'A._____ du 3 juillet 2018). Il faut en effet constater qu'à cette époque, le recourant était en incapacité de travail totale en toutes activités, son aptitude à la réadaptation n'ayant été reconnue qu'à partir du 8 octobre 2019 par le Dr R._____. La manière dont l'OAI a écarté toute mesure de réadaptation au motif que le recourant « mentionne être dans l'attente d'un soutien financier de notre assurance, tout du moins partiel » est également critiquable. Si le recourant a effectivement indiqué souhaiter obtenir « une petite rente », il a également fait savoir qu'il aimerait en même temps prendre une activité de chauffeur de taxi à 50 %, soit une activité plus légère que son activité de maçon (examen rhumatologique SMR p. 5). Il était d'ailleurs en train de faire les démarches à cet effet (examen rhumatologique SMR p. 11) et a effectivement exercé cette activité à temps partiel à une période (rapport du Dr Q._____ du 14 janvier 2021). Au vu de cela, le service de réadaptation ne pouvait renoncer à proposer

une aide au placement au recourant au prétexte que celui-ci ne serait « pas dans une dynamique de retour à l'emploi ». L'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit en effet être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 consid. 6 et les références). Il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail (TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3.1). En l'occurrence, on ne pouvait conclure à l'absence de volonté de réadaptation de la part du recourant, au vu des éléments du dossier.

En outre, pour fonder une situation exceptionnelle où l'assuré âgé de plus de 55 ans est apte à se réadapter par soi-même, il ne suffit pas de mentionner les exemples d'activités adaptées à l'état de santé de celui-ci donnés par l'office intimé, qui ne nécessitent pas de formation particulière. L'examen de la nécessité de mesures d'ordre professionnel doit en effet être effectué malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, en fonction des circonstances concrètes (TF 9C_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.2 et la référence). Or un tel examen fait défaut en l'occurrence.

7. a) Le recours doit par conséquent être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. L'intimé est invité à vérifier si les céphalées, les acouphènes et troubles oculomoteurs auraient une éventuelle incidence sur la capacité de travail du recourant et à actualiser sa situation au niveau rhumatologique, notamment en ce qui concerne l'aggravation constatée à l'épaule gauche. Après avoir arrêté la capacité de travail médico-théorique du recourant, l'OAI devra examiner concrètement ses besoins objectifs en matière de réadaptation. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'intimé pourra définitivement statuer sur la suppression de la rente entière d'invalidité.

b) Au vu de l'issue du litige, il n'apparaît pas utile de procéder à l'audition des témoins proposés par le recourant. La mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et neurologique, n'apparaît pas non plus nécessaire en l'état du dossier (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

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

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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 la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 5 avril 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis 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 C._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Adam Kasmi (pour le recourant),
- 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 :