

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Piguet, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Séverine Monferini Nuoffer,
avocate à Fribourg,

et

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

Art. 43 LPGA

En fait :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 196[...], ouvrier, sans formation professionnelle, au bénéfice d'un permis d'établissement C, a été victime d'un accident de la circulation le 25 juillet 2001, lequel a entraîné un traumatisme crânien mineur, des contusions multiples et une plaie faciale.

En incapacité de travail depuis lors, l'assuré a déposé, le 10 juillet 2002, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a notamment confié une expertise psychiatrique au Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 juillet 2005, le Dr A._____ a posé les diagnostics suivants sur la base de la DSM IV-TR :

« Axe I	Etat dépressif majeur de gravité moyenne Trouble de l'anxiété généralisée Trouble somatoforme indifférencié	}	"névrose post-traumatique"
Axe II	Personnalité passive-dépendante, immature à traits évitants "décompensée" 2		
Axe III*	Cf spécialistes concernés.		
Axe IV	Accident du 25.7.2001 ; problèmes linguistiques, difficultés économiques		

*L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

(...)

² (...) Lorsque nous parlons d'une décompensation de personnalité, nous sous-entendons la présence d'une structure de la personnalité "pathologique" mais dont les aménagements ont permis de fonctionner cahin-caha jusqu'à l'émergence d'un

événement brusque conduisant à une amplification des traits de la personnalité prémorbide et se manifestant par un certain nombre de "symptômes," de dysfonctionnement en général dans le registre relationnel. »

Le Dr A. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était réduite de 70 % depuis le 25 juillet 2001.

Par décision du 13 octobre 2005, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2002.

Dans le cadre d'une procédure de révision d'office, l'OAI a confié une nouvelle expertise psychiatrique au Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a, dans un rapport du 18 septembre 2009, posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte depuis environ une année (F41.2), de trouble somatoforme indifférencié depuis 2001 (F45.1) et d'état de stress post-traumatique de 2001 à 2006 (F43.1). Il a estimé que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans toutes activités.

Par décision du 8 septembre 2010, l'OAI a supprimé le droit à la rente de l'assuré avec effet au premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de ladite décision.

Cette décision est entrée en force.

B. L'assuré a repris une activité professionnelle, en dernier lieu en qualité de manutentionnaire pour C. _____ SA, ceci dès le 4 mars 2019.

Le 2 mars 2020, l'assuré a été victime d'une chute depuis une échelle entraînant un traumatisme duracique gauche (douleurs thoraciques avec fracture K7 et K8), dont les suites ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (ci-après : la CNA ; cf. courrier du 6 mars 2020).

En incapacité de travail depuis la date de l'accident, l'assuré a repris son activité professionnelle le 27 avril 2020.

Dans un rapport du 15 juin 2020, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a, sur la base d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche du 1^{er} mai 2020, posé le diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche traumatique (tendon du supra-épineux). Il a précisé qu'au vu de l'âge de l'assuré et de la persistance des symptômes, une intervention chirurgicale était indiquée.

Dans un rapport du 15 septembre 2020 à l'attention de la CNA, la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné une reprise à 100 % dans l'activité habituelle dès le 27 avril 2020 et rappelé l'indication opératoire concernant la coiffe des rotateurs.

Le 9 février 2021, l'assuré s'est à nouveau plaint de douleurs à l'épaule à l'origine d'une incapacité de travail dès le 28 janvier 2021 et annoncé le cas à la CNA.

Le 16 juin 2021, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule gauche avec réparation de la coiffe (tendon du supraépineux, partiellement infraépineux - délamination) par technique triple-rangée/double feuillet, d'une synovectomie partielle, d'une tenodèse du long chef du biceps et d'une décompression sous-acromiale (protocole opératoire du 17 juin 2021 du Dr D._____.).

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2021 à la Dre E._____, le Dr D._____ a mentionné, à titre de comorbidité, une hypertension artérielle traitée, une goutte traitée et un état anxio-dépressif non traité.

Le 9 septembre 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, mentionnant, quant au genre de l'atteinte, les lésions à l'épaule gauche susmentionnées.

Le 17 novembre 2021, C._____ SA a résilié les rapports de travail pour le 31 décembre 2021.

La CNA a soumis le cas de l'assuré à son médecin d'arrondissement. Dans un rapport du 3 février 2020, la Dre F._____, a estimé que l'intéressé présentait des lésions préexistantes de nature dégénérative au niveau de l'épaule gauche, si bien que ni les lésions de la coiffe des rotateurs ni les troubles déclarés le 9 février 2021 n'étaient en lien de causalité pour le moins probable avec la chute incriminée du 2 mars 2020.

Par décision du 7 février 2022, la CNA a mis un terme à ses prestations pour le 9 février 2022.

Dans un rapport du 19 janvier 2022 à l'OAI, le Dr D._____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status post arthroscopie de l'épaule gauche le 16 juin 2021, de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (tendon du supra-épineux stade I selon Patte), de lésion de la poulie postérieure, de tendinopathie du long chef du biceps, de conflit sous-acromial et de bursite sous acromiodeltoïdienne. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, le Dr D._____ a estimé qu'il était difficile de se prononcer en raison des atteintes aux deux épaules et du travail physique de l'assuré. Il a estimé qu'il fallait s'attendre à une diminution de rendement. L'orthopédiste traitant a en revanche estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son patient (pas d'activités qui sollicitent l'épaule gauche, pas de port de charges lourdes, pas de travaux avec les bras au niveau de l'horizontale, gestes répétitifs), ce dernier disposait d'une capacité de travail à 100 % sur le plan médico-théorique dès le 14 janvier 2022.

Par communication du 2 février 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré une formation pour la recherche d'un emploi.

Sur la base des renseignements médicaux fournis par le Dr D._____, le service de réadaptation de l'AI (REA) a retenu que l'assuré ne présentait pas de préjudice économique dans un rapport du 21 février 2022. Il a retenu un revenu sans invalidité de 62'400 fr. sur la base des renseignements recueillis auprès de l'employeur (cf. rapport employeur du 25 novembre 2021) et un revenu d'invalidé de 63'310 fr. 53 fondé sur les données statistiques, auquel était appliqué une réduction de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 14 février 2022 à l'OAI, la G._____ a fait savoir ce qui suit :

« (...) Cependant, en raison des conséquences de son accident de travail en mars 2020, il ne peut plus travailler dans sa dernière activité. Selon ses dires, les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

- Éviter le port de charge de plus de 2 kilos.
- Bras gauche, ne peut pas plier ou difficilement (avec aide de l'autre bras), Mouvements très limités.
- Main gauche, ne peut pas serrer les doigts complètement. »

Dans un certificat médical du 7 mars 2022 établi à la demande de l'assuré, la Dre E._____ a fait savoir que son patient bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activité répétée avec la main au-dessus de l'épaule gauche et pas de port de charge de plus de 5 kg).

Par communication du 6 avril 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré l'aide au placement.

Par décision du 7 juin 2022, confirmant un projet de décision du 14 avril 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, faute de préjudice économique.

C. R._____, représenté par Me Séverine Monferini Nuoffer, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 12 juillet 2022. Le recourant a implicitement conclu à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi

d'une rente entière d'invalidité. En substance, il reproche à l'OAI d'avoir retenu que son état de santé ne s'améliorait pas et que l'activité habituelle n'était plus exigible. Il conteste également le revenu sans invalidité sur la base d'une attestation de C. _____ SA du 9 juillet 2022. Sur le plan médical, le recourant soutient que son état de santé n'est pas stabilisé et qu'il n'est pas établi que l'activité habituelle n'est plus exigible. Le recourant produit notamment un rapport du Dr D. _____ du 4 juillet 2022 dont on extrait ce qui suit :

« 4. Quels sont les diagnostics ?

- Status post arthroscopie épaule gauche (...)
- Capsulite rétractile post opératoire stade II/III.
- Lésion de la coiffe des rotateurs épaule gauche (tendon du supra-épineux stade I selon Patte). Lésion de la poulie postérieure.

5. Y a-t-il encore ou non des traitements médicaux susceptibles d'améliorer la santé (mobilité, douleurs. ...) et/ou la capacité de travail du patient au niveau de son épaule gauche. de sorte que l'état n'est pas encore stabilisé : si oui quels sont-ils ? Si non. depuis quand l'état est stabilisé ?

Vu la capsulite rétractile post opératoire. la récupération se fait lentement. on ne peut pas considérer l'état actuel comme stabilisé.

On peut s'attendre à une stabilisation de l'état autour de deux ans post opératoires. c'est-à-dire environ au mois de juin 2023.

Le patient suit des séances de physiothérapie dans le but d'améliorer la mobilité, récupérer la force musculaire et diminuer les douleurs au niveau de l'épaule gauche.

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? En particulier est-ce que les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche sont proscrits ?

Le patient est encore limité concernant l'utilisation de son bras gauche. notamment pour des activités répétitives, travail avec les bras au niveau et au-dessus l'horizontal et dans les positions en porte-à-faux. port de charges lourdes au-dessus de 5 kg.

7. Est-ce que le patient peut. pourra (si l'état n'est pas encore stable) encore exercer son activité habituelle et lourde de manutentionnaire et si oui à quel pourcent et à partir de quand (merci de motiver votre réponse) ?

À l'heure actuelle, il n'est pas possible de répondre de manière précise à cette question. à réévaluer selon l'évolution.

Cependant, d'un point de vue médico-théorique, le patient pourrait récupérer une fonction de son épaule gauche suffisante pour permettre une reprise de l'activité habituelle. Voir point 5.

8. Est-ce que le patient peut/pourra (si l'état n'est pas encore stable) exercer une autre activité légère et, si oui, laquelle vu ses limitations fonctionnelles (sachant qu'il n'a pas de formation). à partir de quand et à quel pourcent (...) ?

Le patient est apte, d'un point de vue médico-théorique. en respectant les limitations, à exercer une activité légère à 100 % (pour limitations voire point 6) avec un rendement diminué à 50 % depuis le 14/01/2022. »

Dans sa réponse du 10 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à un avis du Dr K. _____ du Service médical de l'assurance-invalidité (SMR) du 21 septembre 2022.

Par réplique du 23 février 2023, le recourant a confirmé ses conclusions. Il se prévaut d'un nouveau rapport du Dr D. _____ du 30 novembre 2022 dans lequel ce médecin a précisé ce qui suit en réponse aux questions de son conseil (sic) :

« Pour quelles raisons le diagnostic de capsulite rétractile n'est pas mentionné dans les rapports des 17.01.2022 et 19.01.2022 ?

Le diagnostic de la capsulite rétractile a été définitivement posé lors du contrôle à 10 mois post-opératoire, le 28/04/2022. À noter que le diagnostic de la capsulite rétractile se base sur les critères surtout cliniques (évolution au niveau de la mobilité articulaire) qui peut être diagnostiqué qu'après l'évolution ralentie/stagnation au niveau de la mobilité articulaire. Dans le cadre de l'évolution post-opératoire de la mobilité, il est pratiquement impossible de poser le diagnostic d'une capsulite avant six mois post-opératoire. D'ailleurs, comme on peut constater en étudiant les rapports des contrôles à trois mois et six mois post-opératoire, il y avait une évolution de la mobilité, mais qui était ralentie par rapport à une évolution postopératoire typique. Lors du contrôle à six mois post-opératoire, le 14/01/2022, j'ai déjà suspecté une capsulite (mais le diagnostic ne figurait pas encore dans le rapport), raison pour laquelle j'ai encore convoqué le patient pour un contrôle à neuf mois post-opératoire (réalisé à 10 mois post-opératoire) où j'ai confirmé diagnostique la capsulite rétractile.

(...)

Est-ce que la capsulite rétractile n'était pas encore apparue en mars 2022 ou est-ce qu'un médecin généraliste ne contrôle pas forcément l'existence d'une telle atteinte, de sorte à passer à côté d'un tel diagnostic ?

- Comme expliqué ci-dessus, la capsule rétractile n'apparaît pas subitement, l'évolution est plutôt lente, progressive et se base sur l'évolution insatisfaisante de la mobilité. On peut constater que la capsulite a déjà été présente en mars 2022. Cependant comme le médecin généraliste n'est pas spécialiste de l'épaule, la Dre E. _____ ne pouvait pas poser le diagnostic d'une capsulite. Vu que le patient était suivi régulièrement à ma consultation spécialisée, le médecin généraliste n'avait pas de raison de contrôler l'existence d'une telle atteinte, comme vous avez mentionné dans votre question. »

Par courrier du 2 mars 2023, le recourant a fait savoir que la décision du 7 février 2022 de la CNA à l'encontre de laquelle il avait formé opposition avait été annulée par décision sur opposition du

28 février 2023, la CNA ayant repris le versement des prestations avec effet rétroactif au 10 février 2022.

Par courrier du 23 mars 2023, le recourant a produit un rapport du 2 février 2023 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a confirmé qu'à la suite de l'opération du 16 juin 2021, le recourant avait développé une capsulite rétractile et qu'au jour de son examen, la situation du recourant n'était pas stabilisée. La CNA a en outre proposé une prise en charge dans une institution de réadaptation.

Dans ses déterminations du 6 avril 2023, l'OAI a proposé l'annulation de la décision attaquée pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Se référant à un avis de son service médical du 23 mars 2023, il a indiqué qu'il demeurait un doute s'agissant d'une diminution de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée pour la période des mois de janvier à juin 2022 et qu'il apparaissait nécessaire d'attendre le résultat de la prise en charge stationnaire organisée par la CNA, ainsi que les renseignements concernant les atteintes à la santé non directement liées à l'accident ayant fait l'objet d'une nouvelle demande de prestations déposée le 28 décembre 2022 (cf. avis SMR du 23 mars 2023 du Dr K._____).

Le 3 mai 2023, le recourant a confirmé ses conclusions et demandé que la Cour des assurances sociales poursuive l'instruction du recours et statue sur la base des écritures, des dossiers de l'assurance-invalidité et de l'assurance accidents, ainsi que des pièces déposées récemment par les parties.

E n d r o i t :

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

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) Dans le cas présent, l'intimé a tenu compte d'une incapacité de travail durable dès le 28 janvier 2021. Compte tenu du délai d'une année après le début de l'incapacité de travail ininterrompue (art. 28 al. 1 let. c LAI ; Circ. DT DC AI ch. 1007 et 1008 ; TF I 222/05 consid. 2.1) et du délai d'attente de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI), le 15 septembre 2021, le début du droit à

la rente est fixé au 1^{er} mars 2022. Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur nouvelle teneur.

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

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide au sens de l'art. 8 LPGA à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 1^{bis} LAI prévoit de plus qu'une rente au sens de l'art. 28 al. 1 LAI n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{er} LAI, n'ont pas été épuisées. 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 et 25 ss

RAI). 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 18e anniversaire de l'assuré.

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

d) Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner la situation par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA. Aux termes de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100 %, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de la personne

assurée ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

A défaut d'indication contraire, ces principes restent applicables sous l'empire du nouveau droit.

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). S'agissant en particulier des procédures concernant l'assurance-invalidité, les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (art. 49 al. 3 RAI).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre

d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) A titre liminaire, il y a lieu de relever que l'art. 53 al. 3 LPGA prescrit que, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.

b) En l'espèce, l'intimé a proposé dans le cadre de ses déterminations du 6 avril 2023 l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Ces indications ne sauraient toutefois constituer une reconsidération *pendente lite*, au sens de l'art. 53 al. 3 LPGA, hypothèse dans laquelle le recours serait alors devenu sans objet. En effet, une telle reconsidération doit prendre la forme d'une décision - remplaçant la décision litigieuse - que l'assureur social est tenu de notifier sans délai aux parties et dont il doit donner connaissance à l'autorité de recours (cf. art. 58 al. 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021], applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA ; cf. également TF 8C_526/2012 du 19 septembre 2012 consid. 3.2 et Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 105 ad art. 53 LPGA). Or l'intimé n'était pas en mesure de transmettre à la Cour de céans une telle décision de reconsidération dès lors qu'elle avait déjà produit une réponse le 10 novembre 2022. Cela étant, un acquiescement - en l'occurrence celui contenu dans les déterminations du 6 avril 2023 - est en principe inopérant en droit des assurances sociales, en ce sens qu'il ne rend pas le litige sans objet et ne dispense ainsi pas le juge de se prononcer sur le recours (TF 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], op. cit., note de bas de page n° 168 ad art. 53 LPGA), si bien qu'il y a lieu de rendre un arrêt statuant sur le sort de la présente procédure.

7. a) En l'espèce, par décision du 13 octobre 2005, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2002 en raison d'atteintes à la santé psychique. A la suite d'une procédure de révision d'office, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'intéressé par décision du 8 septembre 2010 en se fondant sur le rapport d'expertise du 18 septembre 2009 du Dr B._____.

b) Le 9 septembre 2021, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement faisant état d'une atteinte à l'épaule gauche suite à un accident professionnel du 2 mars 2020 entraînant des limitations fonctionnelles (pas d'activités qui sollicitent l'épaule gauche, pas de port de charges lourdes, pas de travaux avec les bras au niveau de l'horizontale, gestes répétitifs) (cf. rapport du 19 janvier 2022 du Dr D._____ à l'OAI). Par décision du 7 juin 2022 confirmant un projet de décision du 14 avril 2022, l'intimé a rejeté la demande de prestations du recourant. Il a tout d'abord retenu que l'activité habituelle de manutentionnaire n'était plus adaptée à son état de santé. A cet égard, il sied de préciser que l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 décembre 2021. Selon la description de poste fournie à la CNA par C._____ SA le 2 mars 2021, l'activité habituelle de manutentionnaire exercée par l'assuré impliquait notamment des travaux avec rotation du tronc, des travaux avec les membres supérieurs au-dessus des épaules et de la tête, des ports de charge de plus de 25 kg et des travaux avec les deux mains. L'intimé a toutefois considéré que dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles, par exemple une activité industrielle légère contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi, la capacité de travail du recourant était entière dès le mois de février 2022, ce que le recourant conteste.

8. a) Il ressort du dossier produit par l'intimé le 10 novembre 2022 que l'OAI s'est focalisé sur l'instruction menée par la CNA, sans solliciter de rapport médical auprès de la Dre E._____ afin de

déterminer l'ensemble des pathologies présentées par l'intéressé, y compris celle à l'épaule gauche. Dans le cadre de la procédure de recours, l'intimé a sollicité l'appréciation du SMR, qui par avis du 23 mars 2023, a admis que l'assuré présentait d'autres atteintes à la santé que celle touchant l'épaule gauche. Le Dr K._____, médecin au SMR, a notamment exposé ce qui suit, étant précisé que l'intimé n'a pas produit les documents auxquels le médecin précité fait référence :

« Le 28.12.22, l'assuré a déposé une nouvelle demande en annonçant plusieurs périodes d'IT totale en raison de sciatgie droite et de soucis psychologiques depuis mai 2022. Les attestations annexées font état d'une prescription de psychothérapie psychologique signée par le médecin traitant (Dre E._____) le 01.11.22. Le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 10.11.22, prescrit par la même thérapeute, a comme indication des sciatgies droite évoluant depuis deux-trois mois. Les conclusions sont rassurantes, en faveur de simples enthésites.

(...)

Conclusion : En référence aux éléments transmis avec le dépôt de la nouvelle demande, tout porte à croire que tant les sciatgies que les troubles psychiques sont apparus après la décision de juin 2022 (prescription de psychothérapie en novembre 2022, IRM réalisée à la même période en raison de symptômes apparus 2 à 3 mois auparavant). S'il semble pertinent de s'enquérir de l'évolution de ces atteintes, rien ne laisse supposer à l'heure actuelle que ces dernières ne puissent pas être traitées à satisfaction, sans répercussions significatives à moyen-long terme. »

b) Sur le plan psychiatrique, il sied de relever que le Dr D._____ a évoqué un état anxio-dépressif non traité dans son rapport du 1^{er} juillet 2021 à la Dre E._____, rapport antérieur à la décision attaquée. On rappellera à cet égard que le recourant a déjà bénéficié de prestations de l'assurance-invalidité sur la base d'une expertise psychiatrique du 21 juillet 2005 réalisée par le Dr A._____. En l'état du dossier, on ignore si un traitement a été mis en œuvre sur ce plan et quelle a été l'évolution des troubles psychiques depuis l'expertise du 18 septembre 2009 du Dr B._____. Il convient par conséquent de compléter l'instruction relatives aux atteintes concernant la sphère psychique, lesquelles apparaissent antérieures à la décision attaquée.

c) aa) Sur le plan somatique, on constate que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activités qui sollicitent l'épaule gauche, pas de port de charges lourdes, pas de travaux

avec les bras au niveau de l'horizontale, gestes répétitifs), la capacité de travail serait complète depuis le 14 janvier 2022 selon le rapport du Dr D._____ du 19 janvier 2022 à l'OAI. Dans l'activité habituelle de manutentionnaire, le chirurgien traitant a en revanche retenu une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} janvier au 31 mai 2022. Le Dr D._____ a ensuite transmis au recourant un certificat attestant une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée dès le 7 mars 2022 en vue de son inscription à l'assurance-chômage (cf. note d'entretien de l'OAI du 11 mars 2022), élément confirmé par la Dre E._____ dans un certificat médical du 7 mars 2022, lequel excluait également une activité répétée avec la main au-dessus de l'épaule gauche et le port de charge de plus de 5 kg. Le rapport intermédiaire de G._____ du 14 février 2022 confirme ces éléments avec des plaintes touchant également les mains. Toutefois, dans un rapport du 20 avril 2022, le Dr D._____ a fait état d'une capsulite rétractile qui était apparemment apparue dans les suites de l'intervention chirurgicale du 16 juin 2021 et qui entraînait une baisse de rendement de 50 %, alors que les limitations fonctionnelles ne semblaient pas fondamentalement différentes. Si le chirurgien traitant n'a pas clairement motivé la baisse de rendement, le Dr K._____ du SMR n'a pas exclu des répercussions sur la capacité de travail. Quant au Dr H._____, médecin d'arrondissement de la CNA, il a confirmé le diagnostic de capsulite rétractile et a estimé qu'au jour de l'examen, la situation du recourant n'était pas stabilisée, ajoutant qu'il y avait une place pour une réadaptation fonctionnelle en milieu stationnaire afin d'avoir un effet sur la douleur et les amplitudes articulaires avec un reconditionnement général (rapport du 2 février 2023). Dans ce contexte, l'assureur-accidents a annulé sa décision du 7 février 2002 et a repris le versement des indemnités journalières, ainsi que la prise en charge des frais de traitement avec effet rétroactif au 10 février 2022 (cf. courrier du 28 février 2023 de la CNA).

bb) Au vu des avis des Dr K._____, H._____ et D._____, la Cour de céans n'est pas en mesure de confirmer que le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 7 mars 2022 ni même que sa capacité de travail dans son activité

habituelle ne puisse pas être rétablie. Il subsiste ainsi des doutes importants quant à la fiabilité des constatations effectuées par l'intimé, lequel n'avait d'ailleurs pas saisi son service médical au stade de la procédure administrative. Par ailleurs, le recourant déclare souffrir de la goutte depuis plusieurs années précisant que les symptômes sont plus forts en ce moment, certainement en raison de son moral en berne (procès-verbal d'entretien à l'OAI du 5 avril 2022) et présente en outre des sciatalgies.

c) Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra notamment à l'OAI de solliciter de la Dre E. _____ un rapport médical complet, ainsi qu'auprès de tous les autres médecins consultés par l'assuré et en particulier auprès d'un éventuel psychiatre. L'intimé est également invité à compléter ses renseignements auprès de la CNA, notamment en obtenant le résultat des investigations auprès de la Clinique I. _____ (cf. courrier du 28 février 2023 de la CNA au conseil de l'assuré) et le rapport final du médecin d'arrondissement, toute autre mesure d'instruction étant réservée, sous la précision que le séjour de l'assuré à la Clinique I. _____ en vue d'une réadaptation fonctionnelle aura toutefois pour but de traiter uniquement les suites de l'accident du 2 mars 2020 et non l'ensemble des atteintes à la santé pertinentes au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision.

d) Compte tenu de l'issue du litige, les griefs du recourant relatifs aux revenus avec et sans invalidité, peuvent, en l'état du dossier, demeurer indécis.

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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 intimée, compte tenu de l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter l'indemnité de dépens 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
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 24 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, par 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 R. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Séverine Monferini Nuoffer (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :