

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 juin 2024

---

Composition : M. WIEDLER, président  
M. Neu, et Mme Berberat, juges  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Ventura, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI ; art. 6, 7 et 8 LPG**A

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], travaillant comme cuisinier-restaurateur indépendant, a déposé le 3 janvier 2017 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en signalant des atteintes au pied gauche, au genou et à l'épaule.

Dans un rapport du 24 mars 2017, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :

- « - Pied gauche douloureux sur déformation et fragmentation de l'os naviculaire/pseudarthrose séquellaire, post traumatique (1976)
- Lombalgies récurrentes sur discopathie L4-5-S1
- Péri arthrite de l'épaule droite S/p [status post] réparation chirurgicale de la coiffe musculaire (2010), ténotomie du long chef du biceps de l'épaule droite (2000)  
Reprise chirurgicale en 2011 avec acromion plastie et résection distale de la clavicule
- Genou droit : arthrose fémoro-patellaire sur mal positionnement de la rotule ».

Il a précisé que l'assuré avait développé une arthrose du médio-pied gauche responsable de douleurs chroniques plus marquées en cas de station debout ou de marche prolongée. L'utilisation de supports plantaires avait été bénéfique, mais l'assuré ressentait encore parfois des douleurs au pied après une longue journée debout ou à domicile lorsqu'il renonçait à porter ses chaussures adaptées. Au niveau lombaire, il avait présenté un épisode de lombago aigu en 2012 avec une récurrence en 2015. L'évolution des lombalgies avait par la suite été favorable, mais l'assuré souffrait encore de lombalgies récurrentes influencées par les sollicitations physiques dorsales. Au niveau des genoux, il présentait des gonalgies de longue date prédominant du côté droit pour lesquelles de la physiothérapie était prescrite. Les douleurs au genou droit se manifestaient au niveau du compartiment interne lorsque l'assuré se levait d'une position assise ou accroupie, dans les escaliers et en cas de marche prolongée. Concernant l'épaule droite, l'assuré avait subi une arthrotomie d'une lésion du sus-épineux en 2000, puis une acromioplastie et résection claviculaire distale en 2010 à la suite d'une subluxation

médiale du long chef du biceps avec tendinopathie d'accompagnement des sus-épineux et sous scapulaire consécutive à une chute. Les douleurs à l'épaule étaient réapparues en 2013 et se manifestaient lors d'activités avec le bras en élévation et lors de ports de charges surtout à bout de bras.

Dans un rapport du 24 novembre 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé qu'aucune des atteintes présentées par l'assuré n'était susceptible de constituer une entrave totale à son activité de cuisinier-restaurateur, moyennant un strict respect de ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de montées ou descentes répétées d'escaliers, pas de travail avec le bras droit fréquemment situé au-dessus du plan des épaules, pas de port de poids à bout de bras du côté droit et pas de soulèvement de poids supérieur à 15 kilos.

Par décision du 30 janvier 2018, l'OAI a refusé d'allouer des prestations à l'assuré, estimant qu'il présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

**B.** Le 23 avril 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en signalant avoir cessé son activité d'indépendant le 30 novembre 2018 en raison de ses atteintes aux épaules, au pied gauche, au genou droit et au dos.

Dans un rapport du 7 mai 2019, la Dre P.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au service d'orthopédie et traumatologie du Z.\_\_\_\_\_, a mentionné que l'assuré rapportait une péjoration des douleurs au niveau du médio-pied gauche, qu'il était très limité dans ses déplacements et que la station debout était supportée uniquement 30 minutes. Elle a posé le diagnostic d'arthrose talo-naviculaire sur maladie de Müller-Weiss et préconisé de réaliser une arthrodèse talo-naviculaire et sous talienne.

Dans un rapport du 4 juillet 2019, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :

« - Épaule gauche : rupture étendue de la coiffe musculaire de l'épaule, arthrose acromio-claviculaire  
- Pied gauche : s/p déformation et fragmentation de l'os naviculaire/pseudarthrose séquellaire, post traumatique (1976)  
- Gonalgie droite sur arthrose fémoro-patellaire  
- Lombalgies récurrentes sur discopathie L4-5-S1  
- S/p réparation chirurgicale de la coiffe musculaire en 2010 de l'épaule droite : ténotomie du long chef du biceps ; reprise chirurgicale en 2011 avec acromio plastie et résection distale de la clavicule ».

Il a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré en lien avec une progression de l'atteinte dégénérative musculosquelettique affectant l'épaule gauche, le pied gauche et le genou droit. Concernant l'épaule gauche, il a précisé qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 5 juin 2018 avait montré la présence de ruptures transfixiantes au niveau de la coiffe musculaire de l'épaule (rupture tendineuse des muscles sous scapulaire et sus-épineux), d'une rupture du tendon du long chef du biceps et d'une arthrose acromio-claviculaire débutante. L'assuré avait subi une intervention chirurgicale le 17 octobre 2018 avec transfert du grand pectoral et suture du sus-épineux. Un traitement de physiothérapie était en cours. L'évolution avait été globalement favorable et l'assuré était actuellement peu symptomatique. Il était gêné en élévation/rétropulsion du bras et lors de certains efforts physiques, tels les soulèvements de charges. Au niveau du pied gauche, l'assuré souffrait toujours de douleurs chroniques et une arthrodèse était prévue. Au niveau de la colonne lombaire, l'assuré était sujet à des lombalgies récurrentes selon l'importance des sollicitations physiques rachidiennes. L'assuré se plaignait aussi de gonalgies droites se manifestant en cas de genou fléchi, en position accroupie, lors de montées et descentes d'escaliers, et depuis peu également en position assise. Il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis juillet 2018. Une reprise de travail serait en principe possible probablement en 2020, mais cette question devrait être évaluée après les interventions à intervenir.

Le 16 juillet 2019, l'assuré a subi une double arthrodèse de l'arrière-pied (talo-naviculaire et sous-talienne) réalisée à Z.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 17 septembre 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_, médecin associée au service d'orthopédie et traumatologie de Z.\_\_\_\_\_, a constaté que l'évolution clinique à six mois de la double arthrodèse de l'arrière-pied était favorable.

Le 17 décembre 2019, elle a indiqué que l'évolution du pied gauche était lentement favorable. La situation n'était pas suffisamment stabilisée pour se prononcer sur la capacité de travail définitive de l'assuré dans son métier de cuisinier.

Dans un rapport du 16 janvier 2020, le Prof. B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à Z.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré avait été pris en charge au sein de ce service pour l'épaule droite de 2010 à janvier 2011, et pour l'épaule gauche du 10 juillet 2018 au 7 mai 2019. Comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, il a mentionné un status après ténotomie du long biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale droite en septembre 2010 et un status après réparation du sus-épineux et transfert du grand pectoral gauche pour lésion non réparable du sous-scapulaire le 17 octobre 2018. Lors du dernier contrôle du 7 mai 2019, l'assuré décrivait des douleurs lors d'efforts au niveau de l'épaule gauche et des difficultés à garder les bras au-dessus du niveau de l'horizontale. Le Prof. B.\_\_\_\_\_ avait attesté une incapacité de travail du 17 octobre 2018 au 31 mai 2019.

Dans un rapport du 7 août 2020, ce spécialiste a mentionné avoir vu l'assuré le 4 août 2020 en raison d'une péjoration des omalgies bilatérales, principalement à gauche. Un ultrason des épaules réalisé en juillet 2020 mettait en évidence une probable déchirure du sus-épineux gauche. Il a conclu à des lésions dégénératives chroniques des deux coiffes des rotateurs, plutôt postérieure à droite et antérieure à gauche, pour lesquelles il n'était pas retenu d'indication chirurgicale au vu de l'absence d'arthropathies gléno-humérales sous-jacentes. La poursuite d'un traitement conservateur avec physiothérapie et chiropractie était préconisée.

Dans un rapport d'échographie du mollet gauche réalisée le 16 octobre 2020, le Dr X.\_\_\_\_\_, radiologue, a mentionné que l'examen objectivait un foyer de déchirure musculaire de bas grade du muscle solaire proximal.

Se déterminant le 23 février 2021 sur le dossier, la Dre S.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé qu'il y avait lieu d'interpeller les médecins de Z.\_\_\_\_\_ au sujet de l'évolution des atteintes aux membres inférieurs.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2021, la Dre N.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que la situation était stable depuis l'arthrodèse de l'arrière-pied gauche du 16 juillet 2019. Il persistait des douleurs de type neuropathique avec fourmillements et décharges électriques, ainsi que des douleurs de dérouillage matinal. Par rapport à la situation qui prévalait avant l'intervention chirurgicale, l'assuré avait relativement peu de douleurs mécaniques. Dans l'activité de cuisinier, sa capacité de travail était nulle. La Dre N.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, expliquant que la présence de douleurs au repos de type neuropathique pouvait empêcher une reprise de travail même dans une activité adaptée. L'évaluation de la capacité de travail devait selon elle faire l'objet d'une évaluation globale, compte tenu des autres problèmes ostéoarticulaires de l'assuré. Comme limitations fonctionnelles, elle a retenu les marches prolongées, la station debout prolongée et le port de charges lourdes. Il n'y avait pas de traitement spécifique au niveau du pied à la date de son rapport. Elle a émis un pronostic réservé au vu du caractère chronique et mixte de la douleur (neuropathique et mécanique sur raideur du médio et arrière-pied).

Se déterminant le 17 mars 2021 sur le dossier, la Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique afin d'apprécier précisément les retombées fonctionnelles de l'ensemble des atteintes ostéoarticulaires de l'assuré.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 11 mai 2021 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation et en rhumatologie au sein du SMR. Dans son rapport d'examen du 25 mai 2021, il a posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- DOULEURS PERSISTANTES DE L'ÉPAULE G DANS LE CADRE D'UN STATUS POST RÉPARATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS. M75.1
- VRAISEMBLABLE PERSISTANCE D'UNE DÉCHIRURE AU NIVEAU DU SUPRA-ÉPINEUX G.

Diagnostics associés incapacitants

- DOULEURS D'ALLURE MIXTE DU PIED G, MÉCANIQUES ET D'ALLURE NEUROGÈNE, DANS UN STATUS POST ARTHRODÈSE DE L'ARRIÈRE-PIED.
- ARTHROSE FÉMORO-PATELLAIRE D [droite].

Sans répercussion sur la capacité de travail

- ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE RÉPARATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS À DROITE EN 2010, PERSISTANCE D'OMALGIES MÉCANIQUES D'ÉTIOLOGIE NON PRÉCISÉE.
- ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE LOMBALGIES DANS UN CONTEXTE DE DISCOPATHIES LOMBAIRES BASSES. »

Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes induites par le trouble à l'épaule gauche : pas de travail prolongé au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements d'abduction-adduction répétés du bras, pas de soulèvement de charges au-delà de 2-3 kg et pas de port de charges en bi-manuel au-delà de 10 kg. Quant aux limitations fonctionnelles liées aux atteintes aux membres inférieurs, il a mentionné la station debout prolongée au-delà de 45 minutes, la position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de montées ni descentes répétées d'escaliers ni de travail sur un plan instable. Il a conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de cuisinier depuis juillet 2018. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 75 % depuis mi-janvier 2020, soit six mois après la double arthrodèse de l'arrière-pied.

Dans un rapport du 16 juillet 2021, la Dre N.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu l'assuré le 8 juillet 2021 après réception de supports plantaires. L'évolution était globalement stagnante, mais ce chaussage avait permis à l'assuré de reprendre certaines activités physiques, notamment dans le

cadre de son restaurant, à environ 30 %. D'un point de vue clinique, la situation était inchangée depuis le dernier examen et elle constatait que la situation était stabilisée. Elle n'avait pas prévu de revoir le patient.

Il ressort d'un extrait du registre du commerce du canton de [...] versé au dossier que le recourant y figurait comme associé gérant de [...] depuis la création de la société le [...] 2021.

Une évaluation économique pour les indépendants a été réalisée le 25 août 2021 par deux évaluateurs de l'OAI, qui ont conclu que le revenu hypothétique qu'aurait pu réaliser l'assuré sans atteinte à la santé dans son activité indépendante dans la restauration était de 45'467 francs.

Le 30 septembre 2021, le service de réadaptation de l'OAI a calculé le préjudice économique de l'assuré et déterminé le revenu avec invalidité en se référant aux données salariales issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui faisaient état d'un salaire mensuel de 5'417 fr. en 2018 pour un homme de niveau de compétence 1 dans le domaine de la production et des services, ce qui aboutissait à un revenu annuel de 68'923 fr. 58 en 2020, après prise en compte d'une durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises de 41,7 heures et après indexation (+ 0,9 % pour 2019, + 0,8 % pour 2020). Sur ce revenu, le service de réadaptation de l'OAI a procédé à un abattement de 5 % pour tenir compte de l'âge de l'assuré pour finalement arrêter le revenu d'invalidité à 49'108 fr. 05.

Dans un projet de décision du 30 septembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 30 avril 2020. Il a estimé que le prénommé présentait une incapacité de travail totale dans l'activité de cuisinier indépendant depuis juillet 2018, mais qu'il avait recouvré une capacité de travail de 75 % dès mi-janvier 2020 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule gauche (pas de travail prolongé au-dessus de l'horizontale, pas

de mouvement d'abduction-adduction répété du bras, pas de soulèvement de charges au-delà de 2-3 kg, pas de port de charges en bimanuel au-delà de 10 kg) et des membres inférieurs (pas de station debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de travail sur un plan instable). Dès cette date, il pouvait ainsi mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans diverses activités non-qualifiées et dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, au contrôle ou à la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, comme ouvrier dans le conditionnement, dans le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore dans la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux. Pour l'évaluation de l'invalidité, il a comparé un revenu de 45'467 fr. réalisable dans son ancienne activité de cuisinier indépendant au revenu avec invalidité de 49'108 fr. 05 réalisable dans une activité adaptée, et a conclu à l'absence de préjudice économique. Par conséquent, le droit à la rente s'éteignait le 1<sup>er</sup> mai 2020, soit trois mois après la récupération d'une capacité de travail résiduelle.

Par courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2021, l'assuré, désormais représenté par l'avocat Me Pierre Ventura, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision, contestant l'évaluation de la capacité de travail faite par l'OAI et sollicitant la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et rhumatologique neutre.

Le 30 novembre 2021, il a complété ses objections et produit un rapport du 15 novembre 2021 du Dr C.\_\_\_\_\_. Dans ce rapport médical, le médecin traitant a posé les diagnostics suivants :

« - Epaule gauche : lésions chroniques irréparables des muscles sus épineux et scapulaire (s/p réparation du sus-épineux et transfert du grand pectoral G 17.10.2018)

- Epaule droite : s/p ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie, résection clavicule distale en 2011

- Pied gauche : s/p arthrodèse talo-naviculaire et sous-talienne du pied G (juillet 2019)
- Gonalgie droite sur arthrose fémoro-patellaire externe sévère
- Lombalgies récurrentes sur discopathie L4-5-S1 ».

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a par ailleurs fait un historique de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, en signalant que la situation s'était compliquée au printemps 2021 à la suite d'une chute sur l'épaule gauche ayant entraîné un traumatisme à l'origine d'une aggravation des plaintes et du handicap fonctionnel à l'épaule. Il a mentionné qu'une arthro-CT de l'épaule gauche avait été réalisée le 17 mai 2021 et que les médecins de Z.\_\_\_\_\_ avaient retenu une exacerbation des douleurs chroniques préexistantes consécutive au traumatisme récent sans émettre d'indication chirurgicale. Concernant la capacité de travail de l'assuré, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que l'OAI ne semblait pas avoir pris en considération le handicap réel de l'assuré « qui était plus important que la simple somme des handicaps (dos, épaules, genou, pied) » et il a ajouté que l'âge et l'absence de formation de l'assuré étaient des facteurs jouant également un rôle décisif dans la détermination de sa capacité de travail future, les possibilités de trouver un employeur disposé à engager l'assuré nonobstant ses handicaps physiques et l'absence d'expérience professionnelle dans tout autre domaine que la cuisine étant quasiment nulles.

Dans un avis du 4 janvier 2022, la Dre S.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que les affections ostéoarticulaires rappelées par le Dr C.\_\_\_\_\_ étaient connues et avaient fait l'objet d'une évaluation détaillée dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique réalisé par le SMR en mai 2021. Elle a ajouté qu'il n'y avait pas de nouvelle atteinte à la santé, ni d'éléments objectifs témoignant d'une aggravation notable de la situation médicale de l'assuré. Elle a maintenu les conclusions prises précédemment.

Dans un courrier du 16 février 2022, l'OAI s'est déterminé sur les objections formulées par l'assuré à l'encontre de son projet de décision de refus de prestations, estimant qu'elles n'apportaient pas d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Dans deux décisions du 15 août 2022, l'OAI a confirmé le droit du recourant à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, respectivement pour la période du 1<sup>er</sup> au 30 octobre 2019 et du 1<sup>er</sup> novembre 2019 au 30 avril 2020.

**C.** Par actes de son conseil du 15 septembre 2022, D.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre ces deux décisions, sollicitant préalablement la jonction des deux recours (causes AI 244/22 et AI 245/22). A titre de mesure d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire externe neutre et indépendante en vue de déterminer son taux d'invalidité. Sur le fond, il a conclu principalement à la réforme des décisions attaquées dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019 et subsidiairement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il s'est prévalu d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'intimé avait refusé de mettre en œuvre une expertise orthopédique et rhumatologique et avait insuffisamment instruit son dossier. Il a aussi reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des derniers diagnostics posés par son médecin traitant, ni de la dégradation de son état de santé consécutive à la chute sur son épaule gauche survenue le 15 avril 2021. Il a par ailleurs soutenu qu'une capacité de gain dans une activité adaptée ne paraissait pas réaliste, dès lors qu'aucun employeur ne voudrait l'engager au vu de son profil (aucune formation, expérience professionnelle uniquement comme cuisinier, douleurs et limitations fonctionnelles importantes), et qu'aucune des activités listées par l'intimé n'était adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour le surplus, il a contesté l'abattement de 5 % opéré par l'intimé sur le revenu avec invalidité, estimant qu'une déduction de 25 % se justifiait au vu de son âge, de ses douleurs incessantes et de son manque de formation.

Par avis du 22 septembre 2022, le juge instructeur alors en charge du dossier a joint les deux causes, précisant que la procédure se poursuivrait sous la référence AI 244/22.

Dans sa réponse du 17 octobre 2022, l'OAI a conclu au rejet des recours et au maintien des décisions attaquées.

**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), les recours sont recevables.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 30 avril 2020.

**3.** 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, ce qui est le cas en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes

dispositions légales et réglementaires. Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4.** Dans un grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'intimé a refusé de mettre en œuvre l'expertise médicale qu'il avait sollicitée et que le dossier a été insuffisamment instruit.

**a)** Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, 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 chacun 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 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C\_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

**b)** En l'occurrence, le moyen soulevé par le recourant se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPG), de sorte qu'il doit être examiné avec le fond du litige.

**5.** **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 LPG). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 LPG). Quant à l'incapacité de travail, elle

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**c)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées

tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

**d)** Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2). Aux termes de l'art. 17 LPGA, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Dans ce contexte, lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3068 et les références citées ; TF 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

**e)** 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).

**6.**           **a)** 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).

**b)** 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).

**c)** Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

**d)** 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 assécurologique. 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).

**7.** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'activité habituelle du recourant, soit cuisinier, n'est plus exigible. Cela étant, l'intimé a estimé, sur la base de l'examen rhumatologique réalisé le 11 mai 2021 par le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR, que le recourant présente depuis mi-janvier 2020 une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui est contesté par l'intéressé.

Dans son rapport du 25 mai 2021, le Dr W.\_\_\_\_\_ a notamment observé que les transferts assis-debout étaient légèrement ralentis, que l'assuré marchait avec une légère boiterie droite et avait toléré la station assise sans difficulté pendant les trente minutes de l'entretien. L'examen neurologique était sans particularité, hormis des fourmillements à la palpation du dos du pied et de la face extérieure de la cheville gauche parlant en faveur d'une hyperesthésie. Il n'y avait en revanche pas d'hyperpathie et l'examen neurologique permettait aussi d'exclure un déficit radiculaire en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis. Dans la gestuelle spontanée, le recourant épargnait son épaule gauche. Un examen sensible de la coiffe des rotateurs et la recherche d'un conflit sous-acromial n'étaient pas réalisables au vu de la participation du recourant. Il avait des douleurs dans toutes les directions à la mobilisation de ses épaules, il amenait ses bras à 90° d'abduction à droite, et à 80° à gauche, et il n'était pas possible d'aller au-delà de 30° de rotation externe à droite, et de 10° à gauche. Le recourant lâchait le testing du supra-épineux, du long chef du biceps, de l'infra-épineux des deux côtés contre une résistance légère ; il ne décollait pas la main lors du Lift Off test du subscapulaire. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a toutefois observé une incohérence entre la mobilité obtenue à l'examen clinique et la mobilité dans la gestuelle spontanée de l'épaule droite, ce qui l'a conduit à retenir une amplification des symptômes. A ce propos, il a relevé que le recourant avait mis son écharpe en fin d'examen avec une flexion de 170° à droite, soit une amplitude normale. L'examen des genoux ne montrait pas de signes de gravité. Le recourant avait une mobilité complète et symétrique, même si la flexion était douloureuse en fin de course à droite. La translation de la rotule était également douloureuse à droite, mais la recherche d'un rabet rotulien était négative. La trophicité musculaire était normale au niveau des cuisses et il n'y avait pas d'épanchement. Si les troubles dégénératifs fémoro-patellaires étaient conséquents au niveau radiologique, le Dr W.\_\_\_\_\_ a noté que l'examen clinique était quant à lui rassurant. Au niveau du pied gauche, le recourant avait une abolition de son inversion, ce qui était attendu dans un status post arthrolyse de l'arrière-pied gauche. La flexion plantaire était légèrement restreinte à 30° contre 50° à gauche. La palpation était

douloureuse au niveau du dôme de l'astragale à gauche et sensible au niveau du talon, mais le dos du pied n'était pas douloureux et la mobilisation de la cheville gauche était également indolore. Fonctionnellement, le recourant marchait à une vitesse normale, mais avec une légère boiterie, et il déroulait moins bien le pied à gauche lorsqu'il était pieds nus. Le recourant s'estimait incapable de marcher sur la pointe des pieds et les talons à gauche. Il pouvait s'accroupir à 30 % et signalait être limité par les gonalgies bilatérales. Au niveau du rachis, le Dr W. \_\_\_\_\_ a constaté de légers troubles statiques avec un relâchement de la sangle abdominale et une légère augmentation de la cyphose dorsale. La mobilité lombaire en flexion et en extension était complète, mais le recourant ressentait une douleur lombaire en fin d'extension. La palpation lombaire était indolore et sans contracture. Il n'y avait par ailleurs pas de syndrome rachidien lombaire ni de sciatalgie irritative. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a estimé que l'atteinte à l'épaule droite et les discopathies lombaires n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail. En revanche, les atteintes à l'épaule gauche, au pied gauche et au genou gauche entraînaient une incapacité de travail totale de l'activité de cuisinier qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles du recourant induites par ces troubles. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule gauche et des membres inférieurs, il a conclu que la capacité de travail du recourant était de 75 %.

Le rapport du 25 mai 2021 du Dr W. \_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, ce spécialiste s'est prononcé en pleine connaissance du dossier médical du recourant et sur la base d'une anamnèse complète. Il a procédé à un examen clinique détaillé du recourant et a tenu compte des plaintes exprimées par celui-ci. Les conclusions du médecin du SMR, prises sur la base d'une description claire du contexte médical et d'une étude circonstanciée des points litigieux, sont motivées et exemptes de contradictions, de sorte qu'elles satisfont aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante.

Le recourant n'apporte aucun élément susceptible de sérieusement remettre en cause les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_. Les arguments qu'il avance se fondent sur le rapport médical du 15 novembre 2021 de son médecin traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_. Si ce rapport est postérieur à l'examen réalisé en mai 2021 par le Dr W.\_\_\_\_\_, il ne fait toutefois pas état de nouvelles atteintes à la santé ni d'éléments objectifs nouveaux qui seraient de nature à faire douter des conclusions du médecin du SMR. Les diagnostics posés par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 novembre 2021 ne sont pas nouveaux et ont été dûment pris en compte par le Dr W.\_\_\_\_\_ lors de son examen du recourant. Il a également tenu compte de la chute sur l'épaule gauche survenue en avril 2021 pour l'appréciation de la situation du recourant (cf. notamment en page 2 de son rapport qui mentionne que « il [réd. : le recourant] était mieux avec son épaule G jusqu'à une chute dans les escaliers le 15.04.2021. A présent, il n'arrive plus à bouger le bras G. [...] L'assuré est davantage gêné actuellement par son épaule G que par les autres problèmes. »). Concernant cette épaule gauche, relevons encore que dans son dernier rapport, le médecin traitant évoque les diagnostics déjà connus de lésions chroniques irréparables des muscles sus-épineux et scapulaires sans faire état d'une nouvelle lésion provoquée lors de la chute d'avril 2021 et qui impacterait durablement la capacité de travail du recourant dans une plus grande mesure que celle retenue par le Dr W.\_\_\_\_\_. Précisons encore que les autres rapports médicaux versés au dossier ne font pas état d'atteintes à la santé qui auraient été ignorées par le médecin du SMR ni de limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues par lui. Enfin, quant à l'affirmation du recourant selon laquelle le traitement du pied gauche n'est pas encore terminé, elle ne permet pas d'apprécier la situation différemment, étant précisé les derniers rapports de la Dre N.\_\_\_\_\_ faisaient état d'une stabilisation du pied gauche.

Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir que le recourant disposait d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès mi-janvier 2020.

Pour le surplus, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il soutient qu'aucun emploi n'est compatible avec ses limitations fonctionnelles. En effet, les emplois mentionnés à titre d'exemples par l'intimé tiennent précisément compte des limitations fonctionnelles du prénommé et ne nécessitent pas intrinsèquement un mouvement répétitif d'abduction-adduction du bras gauche, quoi qu'en dise le recourant. Au demeurant, lors de l'examen du Dr W. \_\_\_\_\_ en mai 2021, le recourant avait entrepris des démarches administratives et logistiques en vue d'ouvrir un restaurant, dont il comptait s'occuper de la supervision et des tâches administratives au taux de 30 %. Il a ainsi admis être apte à travailler malgré ses limitations fonctionnelles et en particulier être en mesure d'effectuer un travail de bureau.

**8.** Il reste à examiner le préjudice économique du recourant.

Il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu sans invalidité fixé à 45'467 fr. par l'intimé, qui n'est pas contesté par le recourant.

Le revenu avec invalidité a été calculé par l'intimé en se référant aux données ressortant de l'ESS, ce qui n'est pas contestable. Il aurait toutefois dû être calculé pour l'année 2019, soit l'année du début du droit à la rente, et non pour l'année 2020. C'est donc un revenu avec invalidité de 68'376 fr. 67 pour un taux de 100 % qui doit pris en compte (ESS 2018, Tableau TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1), après indexation à 2019 et prise en compte d'une durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures, ce qui aboutit au revenu annuel de 51'282 fr. 45 pour un taux d'activité de 75 %, et finalement à 48'718 fr. 30 compte tenu d'un abattement de 5 % pour tenir compte de l'âge du recourant. L'abattement de 5 % opéré par l'intimé n'apparaît pas critiquable au vu de l'ensemble de la situation du recourant. Quoi qu'il en soit, même en procédant à l'abattement de 25 % requis par le recourant sur le salaire statistique, ce qui conduirait à retenir un revenu d'invalidé de 38'461 fr. 85, son degré d'invalidité serait de 16 %, ce qui est inférieur au seuil de 40 % donnant le droit à une rente  $(45'467,00 - 38'461,85 / 45'467,00 \times 100)$ .

C'est donc à juste titre que l'intimé a mis un terme à la rente le 1<sup>er</sup> mai 2020, soit trois mois après que le recourant a recouvré une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. art. 88a al. 1 RAI).

**9.** Le dossier est complet sur le plan médical et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comme le requiert le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a).

La cause ayant été instruite à satisfaction par l'intimé, le grief de violation du droit d'être entendu, qui se fonde sur la prémisse inverse, est mal fondé.

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

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances 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 du recourant qui succombe.

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

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

- I. Les recours sont rejetés.
- II. Les décisions rendues le 15 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de D. \_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Pierre Ventura (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 :