

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 juin 2024

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Berthoud et Mme Saïd, assesseurs  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], ressortissant suisse, marié et père de deux enfants majeurs, sans formation professionnelle, a travaillé pour le compte de H.\_\_\_\_\_ SA dès le 1<sup>er</sup> juillet 2003 en qualité de manutentionnaire à 100 %.

En incapacité de travail dès le 18 mai 2020 en raison d'une tendinopathie inflammatoire de la coiffe sur le supra-épineux gauche (cf. rapport médical établi le 24 juillet 2020 par le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin praticien), il a touché des indemnités de perte de gain maladie de X.\_\_\_\_\_.

X.\_\_\_\_\_ a soumis le dossier de l'assuré à son médecin conseil, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lequel a indiqué ce qui suit le 18 août 2020 :

« Cet assuré souffre d'un syndrome de la coiffe des rotateurs à gauche. Ceci entraîne une [incapacité totale de travail] de 3-4 mois dans son activité. Il serait intéressant de savoir, s'il est pris en charge par un orthopédiste, s'il va avoir une infiltration et si oui quand. Le médecin traitant à l'air plutôt "tranquille" ».

Le 14 octobre 2020, le Dr A.\_\_\_\_\_ a écrit au Prof. Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin de connaître la conduite à tenir devant l'épaule douloureuse de l'assuré. Il a joint un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 9 septembre 2020, concluant comme suit :

« Conclusion

Omarthrose et capsulite rétractile. Géode inflammatoire de la partie inférieure de la cavité glénoïde. Déchirure de 70 % sur le versant bursal et au niveau du footprint du sus-épineux. Tendinite fissuraire du sous-épineux. Trophicité de grade 3 du sus-épineux avec infiltration graisseuse de moyenne sévérité. »

L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 21 octobre 2020, en indiquant quant

au genre d'atteinte une forte arthrose, une déchirure de 70 % du sus-épineux de l'épaule gauche et une tendinite du sous-épineux de l'épaule gauche.

Dans un rapport du 2 novembre 2020 à l'intention de X.\_\_\_\_\_, le Dr A.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il y avait persistance d'une impotence fonctionnelle douloureuse de l'épaule gauche n'autorisant la reprise d'aucun travail. L'incapacité de travail était totale, dès lors que le patient portait des poids lourds et utilisait ses bras quotidiennement et de manière répétée dans son travail de préparateur avec mise en place de commandes et nettoyage.

A nouveau consulté par X.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a exposé le 12 novembre 2020 que les diagnostics révélés par l'IRM justifiaient une incapacité de travail totale dans toute activité pour une durée probable de six mois encore, dès lors que le médecin traitant avait attendu cinq mois pour organiser une IRM et adresser l'assuré à un spécialiste.

Répondant le 23 novembre 2020 à un questionnaire de l'OAI, le Dr A.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 18 août 2020 dans toute activité. Il y avait une limitation à plus de 60 % des mouvements de l'épaule gauche dans les actes professionnels, mais également dans la vie quotidienne.

Dans un rapport du 17 mars 2021, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Service [...] du R.\_\_\_\_\_, a indiqué qu'une infiltration-test intra-articulaire sous contrôle échographique serait effectuée pour évaluer l'indication à une ténotomie du long chef du biceps. Il n'y avait pas d'indication à une arthroplastie au niveau de l'épaule, la mobilité articulaire restant excellente.

Le 7 mai 2021, l'assuré a passé une radiographie de la colonne lombaire, du bassin et de la hanche gauche. Le rapport établi par le

Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à la présence de discrets troubles dégénératifs lombaires étagés.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué le 18 mai 2021 que l'infiltration intra-articulaire avait eu lieu le 16 avril 2021, sans effet bénéfique, de sorte que l'indication pour une arthroscopie avec ténotomie du long chef du biceps n'était pas retenue. Il a encore précisé, dans un courrier adressé le 2 juillet 2021 à X.\_\_\_\_\_, qu'aucun arrêt de travail n'avait été prescrit du côté du R.\_\_\_\_\_.

Dans un avis établi le 8 juillet 2021 à l'attention de X.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a conclu que l'incapacité de travail totale était justifiée dans une activité avec port de charge répété de plus de 5 kg, ainsi que pour une activité au-dessus de l'horizontale. La capacité de travail était en revanche entière dans une activité adaptée.

Le 13 juillet 2021, l'assuré a passé un ultrason de la hanche gauche. Dans son rapport, le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait état d'une tendinite pertrochantérienne de hanche gauche avec infiltration par de l'anesthésie locale et des corticoïdes.

Par courrier du 20 août 2021, X.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré que, selon les renseignements médicaux obtenus, il était apte à assumer un emploi à plein temps dans un secteur respectant les limitations fonctionnelles (activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges de plus de 5 kg et sans port au-dessus de l'horizontale). En conséquence, il serait mis fin aux prestations financières dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021, à l'issue d'une période de trois mois destinée à lui permettre de chercher un emploi adapté.

Le Dr A.\_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'OAI le 21 septembre 2021, dans lequel il a attesté d'une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a précisé qu'il n'y avait pas d'évolution, avec persistance des douleurs, une impotence fonctionnelle ainsi que l'apparition d'une tendinite de la hanche gauche et d'une gonalgie gauche.

Au cours d'un entretien téléphonique du 15 octobre 2021 avec l'OAI, l'assuré a indiqué que son contrat de travail était résilié pour fin novembre 2021 et qu'il n'avait pas pu s'inscrire au chômage. Il a été informé qu'un suivi de réadaptation allait reprendre (cf. note d'entretien téléphonique du 15 octobre 2021).

Répondant le 12 novembre 2021 à des questions complémentaires du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), le Dr A. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient avait présenté une tendinite pertrochantérienne de la hanche gauche, confirmée par radiographie puis ultrason, qu'il avait bénéficié d'une infiltration et qu'une amélioration avait ensuite été confirmée par de nouveaux ultrasons. Le patient avait subi, pendant des mois, une impotence fonctionnelle importante avec troubles de la marche qui avait également déclenché une crise de gonarthrose gauche. Il persistait une plainte algique. Il n'y avait plus de traitement pour la hanche, la crise étant passée. Le patient restait suivi au R. \_\_\_\_\_ pour son épaule gauche. Une reprise de l'activité habituelle n'était plus possible mais une activité adaptée pouvait être envisagée, quoiqu'avec « quelques réserves » car les plaintes algiques étaient encore très présentes. Le médecin évoquait à cet égard une amélioration probablement pour le début de l'année 2022. Des mesures de réadaptation n'étaient pas encore envisageables. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a joint un rapport d'échographie ostéoarticulaire du 12 août 2021, concluant à l'absence de complication liée à l'infiltration péri-trochantérienne gauche, de bursite péri-trochantérienne ou de déchirure tendineuse.

Dans un rapport interne récapitulatif rédigé par l'OAI le 30 novembre 2021 en vue de présenter le cas à la permanence du SMR, il a été relevé que X. \_\_\_\_\_ avait envisagé de mettre en œuvre une expertise rhumatologique avant d'y renoncer sur la base du dernier rapport produit par le R. \_\_\_\_\_. La permanence du SMR a, pour sa part, préconisé de compléter l'analyse sur la diversité des atteintes somatiques et les potentielles limitations fonctionnelles.

Le 30 novembre 2021, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible. Fondé, pour le revenu avec invalidité, sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, indexée à 2021, au taux de 100 % avec un abattement de 10 % pour tenir compte de l'âge de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles, ainsi que, pour le revenu sans invalidité, sur les revenus perçus en 2019 indexés à 2021, le calcul aboutissait à un degré d'invalidité de 2 % (arrondi). A titre d'exemple d'activité adaptée, il était retenu que l'assuré « pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ».

Par communication du 2 décembre 2021, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assuré.

Le SMR, par la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin, a établi un avis médical le 20 décembre 2021. Elle a conclu à l'inexigibilité de l'activité habituelle, mais à l'exigibilité d'une activité adaptée, « vraisemblablement à taux plein, depuis au plus tard novembre 2021 vu l'amélioration de la tendinite de la hanche [gauche] et de la crise de gonarthrose [gauche] annoncée par le Dr A.\_\_\_\_\_ », l'assuré restant principalement limité par son épaule gauche. Elle a cependant préconisé d'obtenir le résultat du complément d'instruction sollicité par l'assurance perte de gain auprès du R.\_\_\_\_\_ en août 2021.

Priée de remettre notamment les pièces versées au dossier de l'assuré depuis son précédent envoi, X.\_\_\_\_\_ a répondu le 4 janvier 2022 que le dossier avait été clos au 30 novembre 2021 et qu'il n'y avait pas de nouvelles pièces à communiquer.

L'assuré s'est rendu à un premier entretien de placement au siège de l'OAI le 20 janvier 2022, lors duquel les éléments de calcul du revenu exigible lui ont été présentés. Il a cependant indiqué qu'il ne se sentait pas apte à entreprendre des démarches de recherches d'emploi et a signé une renonciation, de sorte qu'il a été mis fin à la mesure.

Reprenant contact le 7 février 2022 avec X.\_\_\_\_\_, l'OAI a constaté que le R.\_\_\_\_\_ n'avait pas répondu directement au formulaire de l'assureur, mais avait transmis deux rapports de consultation sur lesquels le médecin-conseil de X.\_\_\_\_\_ s'était prononcé le 8 juillet 2021 (cf. note d'entretien téléphonique du 8 février 2022). L'OAI s'est ensuite adressé au R.\_\_\_\_\_ le 8 février 2022, en l'invitant à lui remettre tout rapport de consultation postérieur au 14 mai 2021, tout autre document concernant l'assuré ou toute autre remarque éventuelle. Le R.\_\_\_\_\_ a répondu par courriel que l'assuré n'avait plus consulté depuis le 14 mai 2021.

La Dre P.\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un nouvel avis le 1<sup>er</sup> mars 2022, dans lequel elle a relevé que l'assuré n'était plus retourné au Service [...] du R.\_\_\_\_\_ depuis la consultation du 14 mai 2021 et que l'assurance perte de gain s'était prononcée en août 2021 sans examen clinique supplémentaire. Sur la base du rapport du Dr A.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2021, elle a constaté que l'atteinte à l'épaule gauche n'était pas incapacitante dans une activité adaptée et que les atteintes à la hanche gauche étaient résolues.

Le 29 avril 2022, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision octroyant une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2021 au 31 janvier 2022. Il a exposé qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, le 18 mai 2021, l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % dans toute activité, ce qui ouvrait le droit à une rente entière. Toutefois, une capacité de travail de 100 % pouvait raisonnablement être exigée depuis le mois de novembre 2021 dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. La comparaison des revenus à cette date montrait un degré d'invalidité de 2 %, taux qui ne donnait pas droit à des mesures de reclassement ni à des prestations financières. Par conséquent, la rente devait être supprimée trois mois après la date de récupération.

Au cours d'un entretien téléphonique du 11 mai 2022, le fils de l'assuré a expliqué que l'intéressé avait eu des contrôles récemment, ainsi qu'une infiltration de cortisone dans le bassin. Il a été invité à produire les éléments médicaux nécessaires avec son opposition au projet.

Le 20 mai 2022, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, l'assuré a formulé des objections au projet de décision du 29 avril 2022. Il estimait que l'OAI avait agi de façon arbitraire en retenant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2021 sans mettre en œuvre d'expertise. Il déplorait ainsi une instruction insuffisante de son cas ainsi qu'une violation de son droit d'être entendu. Il a maintenu sa position dans un courrier du 20 septembre 2022.

Par décision du 22 novembre 2022, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2021 au 31 janvier 2022 d'un montant de 1'752 fr. par mois et a établi un décompte.

**B.** Par acte du 29 décembre 2022, toujours représenté par Me Duc, G.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2021 sans limitation dans le temps, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Il a fait valoir que dans son rapport du 12 novembre 2021, le Dr A.\_\_\_\_\_ avait émis des réserves puisqu'il avait indiqué que le patient pourrait « probablement » travailler dans une activité adaptée. Quant au Dr W.\_\_\_\_\_, qui n'était pas médecin spécialiste, il ne l'avait jamais examiné et se fondait exclusivement sur les rapports du R.\_\_\_\_\_ des 17 mars et 18 mai 2021. Ainsi, la Dre P.\_\_\_\_\_ du SMR, qui n'était pas spécialiste, s'était fondée sur un dossier incomplet, singulièrement sur l'appréciation réservée d'un médecin traitant non spécialiste ainsi que sur l'avis imprécis et non motivé d'un médecin mandaté par une assurance, lui non plus pas spécialiste. Par conséquent, il subsistait des doutes plus que faibles quant à la fiabilité et la pertinence des avis du SMR, ce qui

justifiait la mise en œuvre d'une expertise par l'intimé. En outre, la décision du 22 novembre 2022 reposant sur des rapports dénués de valeur probante, l'intimé ne pouvait se contenter de demander au recourant de produire des pièces complémentaires lorsque son fils l'avait appelé, mais devait lui-même instruire ce point en se procurant les rapports supplémentaires. Enfin, le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire et a requis, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, ainsi que l'organisation d'une audience publique (art. 6 CEDH).

Le 9 mars 2023, le recourant a déclaré retirer la requête d'assistance judiciaire incluse dans son écriture du 29 décembre 2022.

Par réponse du 2 mai 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant aux deux avis du SMR des 20 décembre 2021 et 1<sup>er</sup> mars 2022.

Par réplique du 25 mai 2023, le recourant a maintenu ses conclusions, en répétant que le SMR a fondé ses avis sur un dossier incomplet alors que le rapport du Dr A. \_\_\_\_\_ laissait subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de son appréciation, ce qui aurait dû conduire l'intimé à mettre en œuvre une expertise rhumatologique ou orthopédique. Le recourant a ensuite confirmé, par courrier du 4 juillet 2023, sa demande tendant à la tenue d'une audience de débats publics.

L'intimé a dupliqué le 28 août 2023.

**C.** Le recourant, par son conseil, a déposé des déterminations spontanées le 15 novembre 2023 en se prévalant d'un rapport d'expertise privée établi le 15 novembre 2023 par le Prof. F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Confirmant les conclusions prises au pied de son recours, il ajoutait que les frais relatifs à l'expertise privée devaient être pris en charge par l'intimé. Joint à son écriture figuraient le rapport d'expertise privée et la facture y

afférant, d'un montant de 400 francs. Dans son rapport, le Prof. F. \_\_\_\_\_ a exposé en particulier ce qui suit :

« Diagnostics :

- Omarthrose épaule [gauche] dans le cadre d'un status post luxation traumatique antéro-inférieure épaule [gauche] en 2002
- Tendinopathie sévère sus-épineux épaule [droite]
- Cervicalgie sur discopathie sévère C6-C7 et uncarthrose étagée
- Dorso-lombalgies sur troubles dégénératifs étagés
- Tendinopathie périrochantérienne hanche [gauche]
- Gonarthrose [gauche]
- [Hypertension artérielle] traitée
- Stéatose hépatique

Limitations fonctionnelles : M. G. \_\_\_\_\_ présente les limitations fonctionnelles suivantes : Pas de position assise ou debout prolongée, pas de marche prolongée, pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de mouvements répétitifs des membres supérieurs, pas de manipulation de charge en porte à faux, pas de travail en dessous des épaules, pas de montée ou de descente d'escaliers répétées, pas de montée ou descente sur des escabeaux échelles ou échafaudages.

Conclusions : M. G. \_\_\_\_\_ présente une polyopathie de l'appareil locomoteur affectant les deux épaules, la colonne cervicale et dorsolombaire, la hanche [gauche] et le genou [gauche]. L'omarthrose [gauche] est une conséquence directe du traumatisme de 2002 où il s'est produit selon toute vraisemblance une luxation glénohumérale spontanément réduite (COIFMAN).

Les multiples atteintes de l'appareil moteur de l'épaule [droite], de la région dorsolombaire, de la hanche [gauche] et du genou [gauche] s'expliquent notamment par l'activité professionnelle particulièrement lourde et exigeante que représente le travail de manutention de quartiers de viande en milieu réfrigéré ce qui est largement attesté et prouvé par la littérature. (DEMPSEY, KAKA, MAGNUSSON, VAN HOLLAND).

En conséquence, M. G. \_\_\_\_\_ est inapte à exercer son activité habituelle en boucherie ainsi que dans toute activité adaptée. »

L'intimé a déposé une écriture le 19 décembre 2023, au terme de laquelle il a déclaré maintenir sa position, en se référant à un avis SMR du 20 novembre 2023, auquel il a soumis le rapport du Prof. F. \_\_\_\_\_. Annexé à l'écriture, ledit avis concluait comme suit :

« Discussion

Cette « expertise » ne rapporte pas de modification de l'état de santé depuis nos dernières conclusions en 03.2022 ; hormis l'examen clinique réalisé lors de cette expertise et le bilan radiologique du 13.11.2023 aucune investigation, prises en charge médicale, chirurgicale, antalgique... n'est signalée. L'expert ne décrit pas le quotidien de l'assuré, ni la gestion médicale actuelle de ses problématiques (médications, physiothérapie...). L'expert

confirme ce que nous avons déjà établi, à savoir l'atteinte de l'épaule [gauche] et du genou [gauche], une tendinopathie périrochantérienne de la hanche [gauche] (pourtant résolue selon le Dr A.\_\_\_\_\_, voir avis SMR du 20.12.2021, examen clinique actuel ne la démontre pas). Il y ajoute une problématique de l'épaule [droite], à savoir une tendinopathie de l'épaule [droite] post-traumatique en 2016 (donc ancienne) pourtant non signalée par l'avis orthopédique de 2021 ; et des rachialgies de longue date, non déficitaires, sur la base de troubles statiques et mise en évidence de troubles dégénératifs assez minimes et courants à son âge. Les [limitations fonctionnelles] concordent aux diagnostics et se superposent globalement aux nôtres, clairement incompatibles avec son activité habituelle, ce que nous avons admis, et aussi dans une activité adaptée. Cette [incapacité de travail] totale y compris dans une activité adaptée n'est pas argumentée, il l'explique sur la base de la polyopathie de l'appareil locomoteur, ce que nous ne pouvons pas suivre. La problématique rachidienne, passait au second plan (non rapportée par son généraliste Dr A.\_\_\_\_\_ à l'époque) ; elle n'est pas décrite comme importante, n'engendre pas de déficit neurologique, n'a pas nécessité une prise en charge spécialisée, d'avis neurochirurgicaux... elle n'explique pas pourquoi la [capacité de travail], estimée entière dans une activité adaptée, serait désormais nulle. La chronologie des [incapacité de travail] n'est pas non plus développée.

Conclusion :

Cette expertise ne remplit pas les critères de qualité usuellement requis, elle ne rapporte pas de modification de l'état de santé depuis nos conclusions mais, en prenant en compte d'autres atteintes supplémentaires anciennes, dont le caractère incapacité n'est pas démontré dans une activité adaptée, conclut à une [incapacité de travail] dans toutes activités, sans la dater, sans l'argumenter.

Nous n'avons pas d'argument pour remettre en cause nos conclusions médicales antérieures pendant la période qui prévalait jusqu'à la prise de position litigieuse. »

Le recourant s'est déterminé sur cette écriture le 10 avril 2024. Confirmant l'ensemble de ses conclusions, il a produit les réponses données le 5 mars 2024 par le Dr A.\_\_\_\_\_ aux questions de son mandataire. Le médecin traitant déclarait se rallier entièrement aux conclusions du rapport d'expertise du Prof. F.\_\_\_\_\_ du 5 mars 2024. Il confirmait que l'évolution de la clinique s'était péjorée et qu'il avait émis un avis réservé dans son rapport du 12 novembre 2021, en adéquation avec l'évolution clinique et fonctionnelle. Il suivait l'assuré depuis plusieurs années et avait vu l'évolution se dégrader, de sorte qu'il ne pouvait pronostiquer une reprise du travail.

Par courrier du 13 mai 2024, l'intimé a indiqué n'avoir rien à ajouter et a sollicité sa dispense de comparution à l'audience de débats publics fixée le 13 juin 2024, ce qui lui a été accordé selon avis de la Juge instructrice du 16 mai 2024.

**D.** Une audience de débats publics a eu lieu le 13 juin 2024, lors de laquelle Me Caroline Stucki, avocate-stagiaire en l'étude de Me Duc, a plaidé pour le recourant.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2. a)** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à mettre un terme au 31 janvier 2022 à la rente entière accordée au recourant à compter du 1<sup>er</sup> mai 2021.

**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<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, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est le cas du recourant, qui ne conteste pas la date fixée par l'intimé pour le début du droit à la rente, à savoir le 1<sup>er</sup> mai 2021.

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart

de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** 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)

**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 avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des

constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**5. a)** En l'espèce, il est admis que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité à compter du 18 mai 2020 et que son activité habituelle de manutentionnaire n'était plus exigible depuis lors, situation qui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2021. Puis, sur la base des pièces médicales recueillies et d'avis du SMR, l'intimé a retenu que le recourant a présenté, à compter du mois de novembre 2021, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travailler les bras tendus ou en l'air, station debout ou assise prolongée, marche prolongée, monter ou descendre les escaliers, port de charges répété de plus de 5 kg), ce qui conduisait à lui nier tout droit à une rente postérieurement au 31 janvier 2022.

Le recourant conteste cette appréciation. Dans un premier temps, il a fait valoir pour l'essentiel que l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée reposait uniquement sur le rapport du Dr A.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2021, alors que ce médecin n'était pas spécialiste en rhumatologie ou en orthopédie et qu'il avait émis des réserves dans le cadre de son appréciation. Il critiquait également l'absence de spécialisation de la Dre P.\_\_\_\_\_ du SMR, dont l'intimé a suivi les avis. Dans un second temps, le recourant a produit un rapport d'expertise privée établi à sa demande par le Prof. F.\_\_\_\_\_.

**b)** Les griefs relatifs à l'absence de spécialisation du Dr A.\_\_\_\_\_ ne peuvent être suivis. En effet, l'absence d'une spécialisation en orthopédie ou en rhumatologie du médecin n'est pas un élément déterminant de la valeur probante d'un rapport médical portant sur des atteintes de cet ordre. D'une part, l'exigence d'une spécialisation spécifique n'est posée par la jurisprudence que pour les médecins mandatés pour procéder à une expertise ou à un examen SMR. D'autre part, le titre de médecin praticien, dont est titulaire le Dr A.\_\_\_\_\_, est décerné aux médecins qui peuvent justifier d'une formation postgrade de

trois ans (art. 2 al. 1 let. a et ch. 2 Annexe 1 de l'Ordonnance fédérale du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires [OPMéd]; RS 811.112.0). Il ressort des programmes de formations postgraduées élaborés par l'Institut suisse pour la formation médicale (ISFM) qu'au terme de sa formation, « le détenteur d'un titre postgrade de "médecin praticien / médecin praticienne" dispose des compétences pour exercer la médecine de famille sous sa propre responsabilité » (cf. ch. 1 à 4 du Programme de formation postgraduée de médecin praticien, publié sur [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)). Ses prérogatives sont ainsi proche de celles reconnues au spécialiste en médecine interne générale, qui dure deux années supplémentaires, consistant à évaluer les examens à effectuer et les traitements appropriés à chaque phase sur la base d'une anamnèse détaillée, prendre en charge eux-mêmes les examens et les cas les plus fréquents, faire appel si nécessaire à des spécialistes au moment opportun et intégrer les constatations et les recommandations des spécialistes dans leur plan diagnostic et thérapeutique, en incluant les patients et leur entourage dans le processus décisionnel (ch. 1 et 2 du Programme de formation postgraduée de spécialiste en médecine interne générale, publié sur [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)). Il faut ainsi considérer que le Dr A. \_\_\_\_\_ dispose de toutes les compétences requises pour évaluer les atteintes somatiques du recourant, notamment leurs répercussions sur sa capacité de travail, ainsi que pour interpréter les rapports et résultats d'examens effectués par les spécialistes auxquels il a adressé son patient.

Il en va de même pour l'argumentation du recourant relative aux qualifications de la Dre P. \_\_\_\_\_, qui n'a pas établi un rapport d'examen au sens de l'art. 49 al. 2 RAI - sur lequel portent les jurisprudences citées par le recourant -, mais un avis au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI.

**c)** L'intimé s'est fondé sur des avis du SMR retraçant fidèlement le parcours médical du recourant depuis le dépôt de sa demande de prestations. Ainsi, dans son avis du 20 décembre 2021, la Dre P. \_\_\_\_\_ a tenu compte de l'ensemble des pièces médicales versées

au dossier de l'intimé depuis 2020, en particulier le rapport établi par les médecins du Service [...] du R. \_\_\_\_\_ du 12 mars 2021, les rapports d'imagerie médicale, notamment des ultrasons de la hanche effectués le 13 juillet 2021, ainsi que les rapports établis par le Dr A. \_\_\_\_\_ les 24 juillet, 2 et 23 novembre 2020, 21 septembre et 12 novembre 2021. La Dre P. \_\_\_\_\_ a en outre retenu les limitations fonctionnelles annoncées par le Dr A. \_\_\_\_\_ dans son dernier rapport, lesquelles concernaient tant l'atteinte à l'épaule gauche que les douleurs survenues dans le courant de l'année 2021 au niveau de la hanche et du genou gauches. Elle n'a par ailleurs fait aucune allusion aux rapports du médecin-conseil de X. \_\_\_\_\_, de sorte que les reproches du recourant à l'encontre de ce dernier ne sont pas pertinents. Enfin, dans la mesure où le Dr A. \_\_\_\_\_ évoquait la poursuite d'un suivi auprès du R. \_\_\_\_\_ pour son épaule gauche, la Dre P. \_\_\_\_\_ a prié l'intimé d'obtenir les éventuelles pièces médicales établies par les médecins de cet établissement. Il a alors été noté, début 2022, qu'il n'y avait plus de prise en charge pour cette problématique depuis mai 2021.

Le SMR a ainsi constaté, dans son avis du 1<sup>er</sup> mars 2022, qu'il n'y avait plus de prise en charge pour l'épaule gauche depuis mai 2021 et qu'il fallait en conclure que cette atteinte n'était pas incapacitante dans une activité adaptée tandis que les atteintes à la hanche gauche étaient résolues. Certes, dans son rapport du 12 novembre 2021, le Dr A. \_\_\_\_\_ a évoqué une possible capacité de travail dans une activité adaptée « probablement » en début d'année 2022 car l'atteinte à la hanche gauche avait connu une amélioration après une infiltration. Il a émis des réserves en raison de la persistance de plaintes algiques et précisé que des mesures de réadaptation n'étaient pas encore possibles au jour de l'établissement de son rapport. Il n'en demeure pas moins qu'au moment où le SMR a établi son avis, aucun élément du dossier ne contredisait le pronostic posé par le médecin traitant. Le recourant a contesté le projet de décision sans l'étayer de pièces médicales, bien qu'invité à le faire et malgré la constitution d'un mandataire professionnel. Il ne pouvait à cet égard se retrancher derrière le principe inquisitoire posé par l'art. 43 al. 1 LPGA, celui-ci étant justement limité par le devoir des parties de collaborer

à l'instruction de l'affaire et donc d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 125 V 193 consid. 2).

**d)** Cela étant, le recourant a finalement produit un rapport établi le 5 mars 2024 par le Dr A.\_\_\_\_\_, indiquant que le pronostic posé avec réserve en novembre 2021 ne s'était pas réalisé. Il a également produit un rapport d'expertise privée établi le 15 novembre 2023 par le Prof. F.\_\_\_\_\_. Ce spécialiste a conclu à l'absence de toute capacité de travail, en raison d'une polyopathie de l'appareil locomoteur affectant les deux épaules, la colonne cervicale et dorsolombaire, la hanche gauche et le genou gauche. Cette situation s'expliquait, selon lui, par l'activité professionnelle « particulièrement lourde et exigeante » de manutention de quartiers de viande en milieu réfrigéré, ainsi que par d'anciens traumatismes.

Comme l'a souligné le SMR dans son avis du 20 novembre 2023, l'expertise privée du Prof. F.\_\_\_\_\_ ne remplit pas tous les critères requis par la jurisprudence pour se voir attribuer la valeur probante d'une expertise médicale indépendante. Le SMR a pointé l'absence d'indications sur une éventuelle prise en charge médicale (traitement médicamenteux ou physiothérapie) et sur le quotidien de l'intéressé, ainsi qu'une argumentation lacunaire pour conclure à une incapacité de travail dans une activité adaptée, alors que le Prof. F.\_\_\_\_\_ retient des limitations fonctionnelles superposables à celles qui ont été retenues en 2022. Il n'en demeure pas moins que le Prof. F.\_\_\_\_\_ a posé un diagnostic sur la base d'une anamnèse complète des problématiques médicales, de nouvelles imageries médicales et d'un examen complet du recourant. Le SMR admet que ces éléments sont nouveaux mais ne procède pas à un comparatif avec les status figurant dans les rapports de 2021 sur lesquels il a fondé ses avis, étant au surplus relevé que lesdits rapports ne décrivaient pas non plus le quotidien de l'assuré. L'éventuelle absence de prise en charge médicale spécifique, que ce soit une médication ou un suivi de physiothérapie, n'est pas un élément suffisant pour établir la capacité de travail du recourant. Enfin, quand bien même certains troubles

dégénératifs révélés par les imageries seraient « assez minimes et courants à son âge », cela ne permet pas de considérer que ces troubles n'ont aucun impact sur les capacités fonctionnelles du recourant, ce d'autant que l'avancée en âge ne peut qu'aggraver ces atteintes.

**e)** Selon la jurisprudence, il est admissible de se fonder sur le contenu des avis médicaux du SMR, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1, cité ci-avant). En l'occurrence, si l'on peut déplorer le fait qu'il ait attendu novembre 2023 et mars 2024 pour fournir des éléments étayant son point de vue, il faut constater avec le recourant que les rapports médicaux produits en cours d'instance jettent le doute sur les conclusions du SMR fondant la décision litigieuse.

Ainsi, et bien qu'il s'agisse d'un cas limite, il apparaît que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer sur les questions litigieuses en toute connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA – pour compléter l'instruction. Il conviendra notamment de mettre en œuvre un examen orthopédique ou rhumatologique auprès du SMR ou d'experts externes.

Il convient par ailleurs de relever que les mesures de reclassement ont été refusées au recourant sur le seul constat que le degré d'invalidité déterminé en novembre 2021 était insuffisant. Ce faisant, l'intimé semble avoir omis de procéder à un examen circonstancié des possibilités de réadaptation du recourant, quand bien même celui-ci était âgé de 60 ans lorsque le projet de décision a été rendu, respectivement 61 ans au moment où la décision a été notifiée. En effet, la jurisprudence a déterminé que, lorsque le droit à la rente d'une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins est réduit ou supprimé par révision (art. 17 al. 1 LPGA), reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), ou dans le cadre

d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, il convient de présumer qu'elle ne peut en principe pas entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de sa capacité résiduelle de travail (ATF 145 V 209 consid. 5.1 ; TF 9C\_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 5.2 ; TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2). Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette dernière ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 et les références citées). 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 ; TF 9C\_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 5.2).

En conséquence, l'intimé est invité à garder à l'esprit au moment de reprendre l'instruction que le recourant est désormais très proche de l'âge de la retraite et à rendre une nouvelle décision tenant compte adéquatement de ses possibilités de réadaptation. Il faut également rappeler, à toutes fins utiles, que la comparaison des revenus doit être calculée sur les chiffres les plus concrets possibles, ce qui implique notamment de recourir aux données statistiques les plus proches de la date de référence pour la naissance du droit à la rente ou pour l'éventuelle modification du droit à la rente.

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

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

**c)** Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C\_61/2016 précité consid. 6.1 in fine ; 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR UV n° 24 p. 75).

En l'occurrence, le recourant a requis la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Prof. F. \_\_\_\_\_ du 15 novembre 2023, par 400 francs. Ce rapport ayant contribué à faire admettre qu'une investigation médicale supplémentaire était nécessaire, il y a lieu d'en mettre les frais à charge de l'intimé.

**d)** Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Me Duc a déposé une liste des opérations le 17 juin 2024, faisant état de 55 minutes effectuées par lui-même, 1 heure par Me Caroline Stucki, avocate-stagiaire, 23 heures et 5 minutes par un collaborateur juriste de l'étude et 5 minutes par un autre membre du personnel de l'étude. Cette liste ne peut pas être intégralement suivie. On constate en premier lieu que plusieurs opérations ne sont pas en rapport avec la présente cause, notamment des opérations antérieures à la notification de la décision litigieuse. En deuxième lieu, les tarifs appliqués ne correspondent pas aux tarifs usuels pratiqués dans le canton de Vaud, tout particulièrement les opérations déployées par le collaborateur juriste de l'étude. Troisièmement, on relève plusieurs opérations concernant des tâches de secrétariat, qui n'ont pas à être rémunérées en sus des débours. Enfin, d'une manière générale, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la

complexité du litige. Ainsi, tout bien considéré, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 22 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Les frais d'établissement du rapport du Prof. F. \_\_\_\_\_ du 15 novembre 2023, à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. \_\_\_\_\_ la somme 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 Jean-Michel Duc (pour G. \_\_\_\_\_),
- 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 :