

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 janvier 2013

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mme Pasche et M. Merz  
Greffière : Mme Pradervand

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à Montreux,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 et 17 al. 1 LPGA; 28 LAI; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** O.\_\_\_\_\_ (ci-après: assuré ou recourant), né en 1960, travaillait pour l'entreprise V.\_\_\_\_\_SA, [...]. Le 29 janvier 2008, il a été victime d'un accident de travail. Son employeur a annoncé le sinistre à son assurance obligatoire contre les accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA), le 11 février suivant. Il a décrit l'accident comme suit : «A mis le pied dans un plancher troué et en se retenant s'est fait mal au bras»; il précisait que l'assuré avait subi une luxation de l'épaule droite. La CNA a annoncé le cas à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI ou intimé), dans le cadre d'une procédure de détection précoce.

O.\_\_\_\_\_ s'est fait traiter à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_, où une imagerie par résonance magnétique de l'épaule droite a été pratiquée le 27 mars 2008 (rapport du 28 mars 2008 du docteur U.\_\_\_\_\_, radiologue). Se référant notamment à cet examen, le docteur K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de déchirure partielle du tendon du muscle sous-scapulaire de l'épaule droite et probable déchirure partielle de la face inférieure du tendon du muscle sus-épineux post-traumatique de la même épaule, dans un rapport du 11 avril 2008 adressé à la CNA. Le docteur M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatique, a opéré l'assuré le 2 mai 2008, pour une décompression sous-acromiale et acromio-claviculaire, avec suture à ciel ouvert (protocole opératoire du 5 mai 2008).

Le 28 mai 2008, O.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Invité à remplir un rapport médical par l'OAI, le docteur M.\_\_\_\_\_ lui a écrit, le 17 juin 2008, qu'il avait revu l'assuré la veille, que l'évolution était favorable et que le patient poursuivait un traitement de réhabilitation. L'affection de l'épaule était «normalisée». Pour sa part, le docteur K.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 23 juin 2008 à l'OAI, que l'assuré avait signalé la persistance

de douleurs post-opératoires, avec forte diminution des mouvements, lors de la dernière consultation le 20 juin 2008.

**B.** Depuis son enfance, O. \_\_\_\_\_ porte une prothèse oculaire à gauche. Dès le 6 juin 2008, il a présenté une inflammation, puis une infection de la poche lacrymale à gauche (dacryocystite), pour laquelle il a été hospitalisé pendant six jours à l'Hôpital R. \_\_\_\_\_. Le 13 août 2008, il a subi une intervention chirurgicale, en raison de l'obstruction de son nez et des poches lacrymales, liée à l'infection survenue en juin 2008. Le 23 septembre 2008, il s'est soumis à une nouvelle intervention pour la réfection du cul de sac palpébral (rapport du 9 janvier 2009 du docteur E. \_\_\_\_\_, ophtalmologue).

**C.** Parallèlement à cette dacryocystite, l'assuré a présenté une complication de déhiscence de la cicatrice post-opératoire à l'épaule droite. Le docteur M. \_\_\_\_\_ a cautérisé la plaie le 30 juin 2008. Dans un rapport du 19 août 2008, le docteur K. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale, à réévaluer dans un délai de six mois.

En raison de la persistance des douleurs et d'une impotence fonctionnelle de l'épaule droite, l'assuré a séjourné du 25 novembre au 24 décembre 2008 à la Clinique N. \_\_\_\_\_, à [...]. Des radiographies de contrôle pratiquées le 27 novembre 2008, ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique n'ont toutefois pas mis en évidence de signe d'abcès ou d'infiltration, ni de lésion de la coiffe des rotateurs ou du long chef du biceps. Les structures osseuses étaient normales. Finalement, seuls quelques artefacts dus au status post-opératoire, avec une légère atrophie du supra-épineux, ont été mis en évidence. Un consilium psychiatrique par le docteur J. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, n'a pas démontré d'atteinte à la santé psychique. Il a néanmoins révélé un sentiment d'insécurité chez un assuré considérant qu'il y avait encore un risque de récurrence de complications au niveau de son épaule. Les explications relatives au bon résultat de l'opération à laquelle il s'était soumis n'avaient pas permis de le rassurer. L'assuré avait été pris en charge en physiothérapie individuelle et en groupe. Il avait fait preuve de

ponctualité, mais aussi d'autolimitations. En fin de séjour, il déclarait n'avoir remarqué aucune amélioration de ses capacités physiques. Objectivement, il n'y avait pas eu de progrès fonctionnel de l'épaule droite et l'assuré présentait beaucoup d'incohérences (par exemple, la force à la sortie de la Clinique était moindre qu'à l'entrée pour les deux bras, ce qui ne pouvait être expliqué par des raisons objectives). Dans ce contexte, il n'y avait pas d'indication à la poursuite ambulatoire de la physiothérapie, mais des exercices à domicile avaient été proposés (rapport de sortie du 21 janvier 2009 des docteurs F.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologue; rapport du 5 janvier 2009 du docteur J.\_\_\_\_\_).

Le 17 mars 2009, le docteur A.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatique, a procédé à un examen clinique de l'assuré, lors duquel ce dernier lui a notamment fait part de douleurs persistantes à l'épaule droite, irradiant dans la nuque avec sensations d'énervement. Les symptômes étaient variables. Il souffrait notamment de douleurs insomniantes, la nuit, et de sensations de vertige lorsqu'il se couchait. Par ailleurs, il se plaignait de douleurs rétro-auriculaires gauches avec irradiation dans la nuque, ainsi que de douleurs de l'épaule gauche irradiant dans le bras. Objectivement, le docteur A.\_\_\_\_\_ a constaté que l'épaule droite était modérément démusclée ainsi que limitée en flexion, abduction, extension et dans les rotations. Par contre, la force de rotation externe active contre résistance était bien conservée, traduisant une bonne fonction de la coiffe. Les rotateurs internes paraissaient affaiblis. Il y avait une diminution de la force de serrage de la main droite, mais qui s'était nettement améliorée par rapport à l'examen pratiqué en septembre 2008. L'amyotrophie mesurée au bras et à l'avant-bras était très modérée. La situation était stabilisée d'un point de vue asséculo-logique. L'activité comme opérateur de constructions métalliques n'était plus exigible; en revanche, toute activité ne demandant pas de gestes au-dessus du niveau des épaules, d'effort, de mouvement répétitif ou en force des membres supérieurs était exigible sans limitation de temps ni de rendement. Finalement, le docteur A.\_\_\_\_\_ proposait de constater un taux d'atteinte

à l'intégrité de 15% correspondant à une épaule enraidie, conservant une mobilité jusqu'à l'horizontale (rapport du 17 mars 2009).

Le 23 septembre 2009, V. \_\_\_\_\_ SA a résilié le contrat de travail qui la liait à l'assuré, avec effet au 31 décembre 2009, au motif qu'elle ne pouvait pas lui procurer une activité adaptée à son état de santé.

Le 5 novembre 2009, O. \_\_\_\_\_ a consulté le docteur Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Ce médecin a notamment exposé ce qui suit, dans une lettre du 6 novembre 2009 au docteur H. \_\_\_\_\_, médecin praticien:

«[...]

Je ne reviendrai pas sur les détails du cas, que vous décrivez très bien dans votre courrier. En résumé, le patient a été opéré en janvier 2008 par le Dr M. \_\_\_\_\_ pour une rupture de coiffe de l'épaule D. Il s'en est suivi une infection qui a créé un problème, de ce que j'ai cru comprendre par le patient, un sepsis avec de multiples infections récurrentes par la suite. De façon plus localisée, l'épaule a continué à lui faire mal, et de plus, est limitée dans la fonction. Vous me l'adressez pour avis.

Le status local montre une épaule calme, par contre avec une limitation conséquente de la fonction articulaire, en particulier des mouvements combinés main-nuque main-lombe impossibles, et des tests de conflit positifs en abduction-rotation externe et rotation interne. Les Rx standards ne montrent rien de bien particulier, si ce n'est une petite calcification. L'IRM de décembre 2008 ne montre pas de nouvelle atteinte de la coiffe des rotateurs, ni de diminution de l'espace sous-acromial.

En résumé, je pense qu'il s'agit donc probablement d'un status adhérentiel en relation avec les problèmes septiques postopératoires, qui actuellement limitent la fonction articulaire, et occasionnent des douleurs.

En ce qui me concerne, j'avoue que compte tenu des problèmes infectieux, je n'oserais pas y retourner sur le plan chirurgical. Comme je l'ai expliqué au patient, je pense qu'il y a plus de risques de nouvelles complications que de chances de l'améliorer. On peut éventuellement adresser le patient à un service universitaire. Je suis malheureusement aux regrets de ne pas pouvoir vous aider dans la prise en charge de ce cas compliqué.

[...]»

A la suite de cet examen, le docteur Z.\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Centre Hospitalier D.\_\_\_\_\_, où le docteur Q.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie, l'a examiné le 7 janvier 2010, après avoir fait réaliser une arthro-IRM de l'épaule droite. Dans une lettre du 12 janvier 2010 à la mandataire de l'assuré à l'époque, Me Chappaz, il a exposé:

«Maître,

Le patient susmentionné a été opéré d'une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromioplastie et résection de la clavicule distale. Les suites opératoires ont été marquées par une infection profonde traitée par antibiothérapie. Le patient garde des douleurs chroniques de l'épaule droite qui l'empêche[nt] de faire des activités manuelles moyenne[s] à lourde[s]. Il est également dans l'impossibilité de pratiquer des activités nécessitant une mobilisation de son épaule au-dessus du buste ou nécessitant des mouvements répétitifs.

A l'examen arthro-IRM fait fin décembre 09 au Centre Hospitalier D.\_\_\_\_\_, on note une coiffe en continuité légèrement hétérogène, faisant évoquer une tendinopathie dégénérative et inflammatoire. Même si une récurrence d'infection ne peut être exclue à 100%, cette dernière me semble peu probable, compte tenu de l'absence de liquide à la ponction de l'épaule.

Dans cette situation, je ne retiens pas d'indication à une reprise chirurgicale et introduis un traitement de physiothérapie. [...]

Dans un rapport du même jour au docteur H.\_\_\_\_\_, le docteur Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de tendinopathie du sus-épineux sur status post réparation par arthrotomie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromio-plastie et résection de la clavicule distale, ainsi que de status post infection profonde post-opératoire traitée conservativement. Il a repris, pour l'essentiel, les constatations décrites dans sa lettre à Me Chappaz, en précisant que pour l'avenir, une activité professionnelle nécessitant une mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, des mouvements répétitifs ou des travaux d'intensité lourde à moyenne semblait compromise.

Dans un rapport du 15 mars 2010 à l'OAI, le docteur H.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales avec tendinopathie du sus-épineux droit sur status post réparation par

arthrotomie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromioplastie et résection de la clavicule distale, compliquée d'une infection post opératoire profonde traitée par antibiothérapie. L'assuré se plaignait de la persistance de douleurs scapulaires bilatérales surtout à droite, avec cervicalgies, céphalées, vertiges et bourdonnements d'oreilles, d'une baisse de la force musculaire avec sensation de brûlures aux membres supérieurs après un effort. Il faisait également état de douleurs intenses à la mobilisation des deux épaules surtout à droite, ainsi qu'au repos. Les douleurs étaient aussi bien nocturnes que mécaniques. Le docteur H. \_\_\_\_\_ décrivait les constatations suivantes:

«Au niveau de l'épaule droite: Amyotrophie de la ceinture scapulaire droite, limitation des mouvements combinés main droite - nuque et main droite - lombes. Abduction du MSD limitée à 60° et surélévation à 90°. Les mouvements de rotation externe et interne sont limités.»

Il a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité, au motif que l'assuré ne pouvait pas utiliser les membres supérieurs, «même dans une activité adaptée». Il a communiqué à l'OAI divers documents médicaux, dont un rapport du 26 février 2010 du docteur Q. \_\_\_\_\_, posant le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales avec tendinopathie du sus-épineux droit, et décrivant ce qui suit:

«[...]

#### **Éléments d'anamnèse:**

L'évolution est stagnante avec persistance de douleurs de l'épaule droite qui irradient ce jour au niveau de la colonne cervicale avec également des douleurs au niveau de l'épaule gauche. Les séances de physiothérapie combinées à sec et en piscine n'ont pas amené d'amélioration. Le patient se plaint de douleurs intenses à la mobilisation des 2 épaules prédominantes à droite, mais également au repos avec des douleurs nocturnes. Il présente également une impotence fonctionnelle.

#### **Examen clinique:**

Epaule droite: amyotrophie de la ceinture scapulaire droite globale. Mobilisation active flexion 90°, abduction 80°, rotation interne L1, rotation externe 60°. Test de Jobe non réalisable en raison des douleurs mais arrive à tenir l'abduction. Force symétrique en rotation externe. Belly-press test négatif. Pas de trouble neurologique.

### **Discussion:**

Le patient présente une évolution stagnante malgré un traitement de physiothérapie combiné à sec et en piscine, je demande un avis spécialisé par l'équipe de réhabilitation de l'Hôpital G.\_\_\_\_\_. J'organise un rendez-vous à la consultation du Dr I.\_\_\_\_\_ début mai 2010 pour évaluation et prise en charge. Dans l'intervalle, le patient continue son traitement antalgique instauré et reste à 100% d'arrêt de travail. Pour le futur, tout travail manuel lourd me semble contre-indiqué. Je n'ai pas prévu de revoir le patient à ma consultation.

[...]»

Le docteur I.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a examiné l'assuré le 4 mai 2010. Dans un rapport du même jour, il a exposé ce qui suit:

### **«Diagnostics:**

- Tendinopathie chronique du sus-épineux ddc.
- Status après réparation de la coiffe des rotateurs avec acromioplastie et résection de la clavicule distale le 02.05.2008, compliquée d'une infection profonde en post-opératoire.
- Déconditionnement musculaire.

Votre patient a été victime d'un traumatisme le 29.01.2008 avec une lésion de la coiffe des rotateurs qui sera traitée chirurgicalement le 02.05.2008. Malheureusement, environ 1 mois après, apparition d'un écoulement avec infection qui nécessitera 6 jours de prise en charge hospitalière à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_. Un traitement physiothérapeutique est effectué par la suite. Le patient a séjourné à la Clinique N.\_\_\_\_\_ fin 2008 où on aurait, selon ses dires, conclu qu'une nouvelle activité professionnelle devrait être envisagée et qu'il ne pourrait pas retourner à son ancienne activité. Un avis orthopédique est pris ici à l'Hôpital G.\_\_\_\_\_ en novembre 2009, vu la persistance des douleurs. Une arthro-IRM est effectuée faisant évoquer surtout une tendinopathie dégénérative et inflammatoire. Une ponction de l'épaule a eu lieu excluant une infection profonde. Un traitement physique est proposé fait en piscine à [...], mais le patient n'a pas noté de grand changement. Dans ce contexte, Monsieur O.\_\_\_\_\_ m'est adressé pour prise en charge.

### **Plaintes actuelles:**

Epaule droite: Persistance des douleurs avec impotence fonctionnelle. Tout travail au-dessus de l'horizontale est décrit comme impossible.

Décompensation au niveau cervico-scapulaire avec des douleurs irradiant au niveau de la nuque. Il signale aussi des mêmes gênes apparaissant maintenant à gauche avec une limitation fonctionnelle un peu moins importante.

### **Anamnèse socio-professionnelle:**

Patient d'origine de [...], en Suisse depuis 82. Il a travaillé comme aide mécanique dans la fabrication de tubes en inox et ceci depuis 1997. Il est en arrêt de travail depuis le 29.01.2008, licencié avec démarches AI en cours.

Il est marié, père de 3 enfants de 16, 18 et 23 ans.

Sur le plan médicamenteux, prise de Méfénacide, Voltaren, Dafalgan et un somnifère x.

### **A l'examen clinique:**

Patient pesant 84 kg pour une taille de 162 cm.

Enroulement et abaissement des épaules, mais symétrique. Discrète fonte du sus-épineux.

Augmentation de la cyphose avec les flèches suivantes: 13/7/0/5/0.

Au niveau cervical: Flexion/extension: 0/16 cm. Rotation droite/gauche: 50/0/50.

Au niveau des épaules: La mobilité en flexion est à 70° à droite contre 130° à gauche. Abduction à 70° à droite contre 110° à gauche. Rotation externe de 20° à droite et à gauche avec une rotation interne impossible à droite contre L3 à gauche. Toutefois la mobilité passive en flexion et en abduction de l'épaule gauche est quasi complète. Le testing de la coiffe des rotateurs montre des signes de conflit sous-acromial.

La palpation de l'angulaire de l'omoplate et des rhomboïdes est douloureuse et tendue ddc.

Le test UNLT déclenche des douleurs au niveau de l'épaule à droite à partir de 50° de flexion du coude.

### **Bilan radiologique:**

Radiographie de l'épaule droite et gauche du 19.11.2009: Présence d'un status après résection acromioclaviculaire à droite avec une petite calcification osseuse en regard de l'acromion montrant des signes indirects d'une tendinopathie au niveau du trochiter.

Au niveau de l'épaule gauche, présence d'un acromion crochu avec ici aussi des signes indirects d'une tendinopathie sous forme de kyste au niveau du trochiter.

Radiographie de la colonne cervicale face/profil + obliques 4.5.2010: montre des discopathies C3/C4, C5/C6 avec petit ostéophyte antérieur sur une arthrose facettaire C5/C6. Il n'y a aucune compression sur les obliques au niveau des foramens.

### **Appréciation:**

Votre patient présente donc des douleurs au niveau des épaules dans le contexte d'une tendinopathie chronique. Malheureusement à droite une infection avait compliqué l'intervention chez un patient présentant des faiblesses de la coiffe des rotateurs sans signe de capsulite actuellement.

Ici la poursuite du traitement conservateur devrait permettre d'améliorer un peu la fonction, mais je crains que nous intervenions un peu tard dans ce contexte pour obtenir un résultat mirobolant. L'échec à la Clinique N. \_\_\_\_\_ ne me laisse guère d'espoir à long terme en ce qui concerne la disparition de la symptomatologie. En effet, M. O. \_\_\_\_\_ reste très fixé sur ses douleurs.

Concernant l'épaule gauche qui présente une décompensation de la coiffe des rotateurs en raison d'un surmenage secondaire au problème droit, elle devrait aussi répondre à un traitement physique, mais cette fois-ci avec des exercices réguliers.»

Une imagerie par résonance magnétique de l'épaule gauche, pratiquée le 9 juin 2010 par le docteur P. \_\_\_\_\_, radiologue, a mis en évidence une discrète bursite sous-deltaïdienne en relation avec un conflit sous-acromial (bec sous-acromial antérieur, réalisant un acromion de type III), ainsi qu'une petite déchirure trans-tendineuse distale du sus-épineux, sans rétraction ni atrophie (rapport du 10 juin 2010 du docteur P. \_\_\_\_\_).

Dans un avis médical du 19 juillet 2010, le docteur T. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a considéré qu'un travail n'imposant pas d'activité avec les membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules, ni le port de charges, des mouvements répétitifs ou en force avec les membres supérieurs, et ne requérant pas une grande précision avec une vision binoculaire, était exigible à 100% depuis le mois de mars 2009.

Le 20 juillet 2010, le docteur I. \_\_\_\_\_ a écrit au docteur H. \_\_\_\_\_ pour l'informer d'une situation stationnaire, malgré la physiothérapie. Il a précisé:

«On a beau expliquer à M. O. \_\_\_\_\_ l'absence de dangerosité, ceci ne change rien. Le patient est convaincu que le problème est ailleurs. Dans ce contexte, je ne vois pas l'utilité de poursuivre le traitement physique actuellement. Peut-être qu'on peut l'aider avec des anti-inflammatoires, plutôt retard, et le patient viendra chez vous pour en discuter. Nous terminons ici notre prise en charge, mais une nouvelle prise en charge pourrait être envisagée d'ici 3 mois.»

Le 18 août 2010, l'OAI a notifié à l'assuré un préavis par lequel il l'a informé de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité

limitée à la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2009. O.\_\_\_\_\_ a contesté ce préavis.

Le 29 septembre 2010, le docteur H.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical à l'OAI, dans lequel il résume l'évolution de la situation depuis l'accident. Il a notamment indiqué:

«[...]

Parallèlement et depuis février 2010, le patient présente des douleurs de l'épaule gauche avec des signes de conflit sous-acromial. L'IRM de l'épaule gauche, en date du 09.06.2010, a montré une discrète bursite sous deltoïdienne en relation avec un conflit sous-acromial (bec sous-acromial antérieur réalisant un acromion de type III et une petite déchirure trans-tendineuse du sus-épineux). Des séances de physiothérapie n'ont pas eu l'effet escompté.

Aussi, le patient est adressé au Professeur L.\_\_\_\_\_ à l'Hôpital G.\_\_\_\_\_ de [...]. Le rendez-vous est pris pour le 23.11.2010.

A l'examen des épaules, la flexion est limitée à 90° à droite contre 180° à gauche, abduction limitée à 40° à droite contre 70° à gauche. Rotation externe à 0° à droite contre 50° à gauche, avec une rotation interne impossible à droite.

En conclusion, le patient présente des douleurs de l'épaule droite post-traumatiques et un conflit sous-acromial de l'épaule gauche.

[...].»

Le 18 octobre 2010, le docteur T.\_\_\_\_\_ a maintenu son point de vue relatif à l'exigibilité d'une activité adaptée.

Par décision du 26 octobre 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2009.

**D.** Par acte du 25 novembre 2010, O.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision. En substance, il conclut au maintien du droit à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 juin 2009, sous suite de frais et dépens. Il requiert préalablement un complément d'instruction par le Tribunal, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et psychiatrique).

Le 10 décembre 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire du canton de Vaud a désigné Me Marie-Laure Chappaz pour assumer la défense d'office du recourant, avec effet dès le 23 novembre 2010.

Le 10 janvier 2011, l'intimé s'est déterminé sur le recours en concluant à son rejet. La réponse a été communiquée à Me Chappaz, qui n'a pas déposé de nouvelle détermination.

Le 9 mars 2011, le Tribunal a informé les parties du fait que la cause paraissait en l'état d'être jugée, de sorte qu'un jugement serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

Le 12 avril 2011, Me Chappaz a demandé à être relevée de son mandat d'office, en informant le Tribunal du fait que le recourant avait consulté Me Neeman, à [...]. Le 5 mai 2011, par ailleurs, Me Neeman a demandé au Tribunal de le désigner d'office. Le 3 mai 2011, le Tribunal a levé le mandat d'office de Me Chappaz et désigné Me Neeman pour la remplacer. Par décision séparée du même jour, il a fixé à 1'900 fr. l'indemnité de Me Chappaz pour l'exercice de son mandat.

**E.** Le 19 avril 2011, O.\_\_\_\_\_ a déposé un recours contre une décision sur opposition rendue le 25 mars 2011 par la CNA, qui lui allouait une rente fondée sur un taux d'invalidité de 11% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 15%. La CNA n'a pas pris en considération les atteintes à l'épaule gauche du recourant pour fixer le droit aux prestations, au motif qu'elles n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 29 janvier 2008. O.\_\_\_\_\_ conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 17%, compte tenu notamment des atteintes aux deux épaules dont il souffre.

Ce recours fait l'objet d'un jugement séparé rendu ce jour dans la cause AA 47/11.

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

**1.**           **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

**2.**           Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement pour la période postérieure au 30 juin 2009. Pour la période antérieure, le droit à la rente a été admis par l'intimé et ne prête pas véritablement à discussion, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

**3.**           **a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

**b)** L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3.1 p. 345 ss). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7 p. 228 ss). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 sv.).

**c)** 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, 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 (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

**4.** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 sv.). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin

traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**5. a)** En l'espèce, il est établi que le recourant a subi une rupture de la coiffe des rotateurs en projection du sous-scapulaire et du sus-épineux, à droite. En raison de cette atteinte, il s'est soumis à une intervention chirurgicale le 2 mai 2008 (décompression sous-acromiale, acromio-claviculaire et suture à ciel ouvert; cf. protocole opératoire du 5 mai 2008, établi par le docteur M.\_\_\_\_\_). Par la suite, il a subi une complication sous la forme d'une déhiscence de la cicatrice post-opératoire, en juin 2008. Le docteur M.\_\_\_\_\_ a cautérisé la plaie le 30 juin 2008. Le recourant se plaint depuis lors d'une persistance des douleurs et présente une impotence fonctionnelle de l'épaule droite. Des radiographies de contrôle pratiquées le 27 novembre 2008 à la Clinique N.\_\_\_\_\_, ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique, n'ont toutefois pas mis en évidence de signe d'abcès ou d'infiltration, ni de lésion de la coiffe des rotateurs ou du long chef du biceps (rapport de sortie de la Clinique N.\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2009). Une arthro-IRM réalisée à la fin du mois de décembre 2009 au Centre Hospitalier D.\_\_\_\_\_ n'a pas confirmé une suspicion de récurrence de rupture du tendon sus-épineux et a mis en évidence une coiffe des rotateurs en continuité, légèrement hétérogène, faisant penser à une tendinopathie dégénérative ou inflammatoire (lettre du docteur Q.\_\_\_\_\_ à Me Chappaz du 12 janvier 2010; cf. également le rapport du 12 janvier 2010 adressé par le docteur Q.\_\_\_\_\_ au docteur H.\_\_\_\_\_). En ce qui concerne l'épaule gauche, une radiographie pratiquée le 19 novembre 2009 a permis de constater un acromion crochu avec des signes indirects d'une tendinopathie, sous forme de kyste au niveau du trochiter (rapport du 4 mai 2010 du docteur I.\_\_\_\_\_ au docteur H.\_\_\_\_\_). Le 9 juin 2010, une imagerie par résonance magnétique de l'épaule gauche a conduit le docteur P.\_\_\_\_\_ à poser le diagnostic de discrète bursite sous-deltaïdienne en relation avec un conflit sous-acromial, ainsi qu'une petite

déchirure trans-tendineuse du sus-épineux, sans rétraction ni atrophie (rapport du 10 juin 2010). Enfin, le recourant, qui était porteur d'une prothèse oculaire à gauche, a souffert d'une dacryocystite qui a nécessité six jours d'hospitalisation en juin 2008, puis deux interventions chirurgicales les 13 août et 23 septembre 2008.

**b)** L'ensemble des médecins consultés reconnaît au recourant une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, qui ne prête pas à discussion entre les parties, à juste titre. En revanche, l'intimé considère que si les atteintes des membres supérieurs empêchent le recourant de travailler avec les bras au-dessus de la ligne des épaules, de porter des charges ou d'effectuer des mouvements répétitifs ou en force avec les bras, il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ces limitations. Par ailleurs, la vision monoculaire l'empêche de reprendre un métier requérant une vision très précise ou binoculaire, mais n'entraîne pas d'autre restriction de la capacité de travail.

Le recourant conteste disposer d'une telle capacité de travail et soutient que l'instruction menée par l'intimé est insuffisante. Les douleurs de l'épaule gauche, avec des irradiations dans la nuque, auraient été négligées par les médecins dans un premier temps, ou se seraient aggravées dans le courant de l'année 2010, ce que l'intimé n'aurait pas suffisamment pris en considération. Enfin, l'intimé ne se serait pas penché, à tort, sur les conséquences que pourraient avoir les douleurs du recourant sur son état de santé psychique.

**c)** Il ressort de l'ensemble des pièces médicales au dossier que les douleurs dont s'est plaint le recourant ont concerné, dans les premiers temps après l'accident du 29 janvier 2008, exclusivement l'épaule droite. Les premières mentions de plaintes relatives à l'épaule gauche datent du séjour à la Clinique N. \_\_\_\_\_ du 25 novembre au 24 décembre 2008, mais les douleurs de l'épaule droite restaient très nettement prédominantes. Le rapport de physiothérapie établi le 23 décembre 2008 dans cette clinique précise ainsi que l'assuré avait fait état d'une

impossibilité à effectuer des loisirs (foot) en raison de l'épaule droite, et ne mentionne sur ce point qu'une «difficulté modérée hypothétique de l'autre côté»; l'assuré voyait son sommeil perturbé par la douleur, avec des douleurs insomniantes à droite et aux changements de position à gauche, et ne pouvait pas travailler avec le bras droit au-dessus du cou, ou avec le bras gauche au-dessus de la tête. Dans le même sens, la force mesurée avec le dynamomètre en abduction était de 1,4 kg à droite et 2,3 kg à gauche (contre 2,3 kg à droite et 4,8 kg à gauche à l'entrée).

Par la suite, lors de l'examen médical qu'il a pratiqué le 17 mars 2009, le docteur A. \_\_\_\_\_ a noté que l'assuré lui faisait part de douleurs à l'épaule droite irradiant dans la nuque avec sensations d'énervement, ainsi que de douleurs rétro-auriculaires gauches avec irradiation dans la nuque. Concernant l'épaule droite, l'assuré avait décrit une importante limitation qui semblait être améliorée par la physiothérapie, mais les mouvements actifs n'étaient toujours pas possibles au-dessus de l'horizontale. L'examen clinique pratiqué par le docteur A. \_\_\_\_\_ a concerné, systématiquement, les deux côtés et la description des clichés radiographiques réalisés le 27 novembre 2008 au Centre Hospitalier D. \_\_\_\_\_ porte également sur les deux épaules, étant précisé que les clichés de l'épaule gauche étaient normaux. Dans ces circonstances, rien ne permet de conclure que le docteur A. \_\_\_\_\_ aurait négligé de prendre en considération des atteintes à l'épaule gauche au moment d'apprécier la capacité résiduelle de travail du recourant. Selon son appréciation, cette capacité était entière, à l'époque de l'expertise, dans toute activité ne demandant pas de geste au-dessus du niveau des épaules, d'effort, de mouvement répétitif ou en force des membres supérieurs. Il n'y a aucune raison de s'écarter de ce constat. En effet, le rapport a été établi en connaissance du dossier médical et de l'anamnèse; le docteur A. \_\_\_\_\_ prend dûment en considération les plaintes de l'assuré et il décrit ses constatations cliniques; l'appréciation de la capacité de travail est claire et bien motivée.

En ce qui concerne l'évolution de l'état de santé du recourant depuis l'examen du 27 mars 2009 par le docteur A. \_\_\_\_\_, les douleurs

de l'épaule gauche se sont progressivement aggravées, nécessitant un nouvel examen radiographique le 19 novembre 2009. Celui-ci a permis de constater un acromion crochu avec des signes indirects d'une tendinopathie, sous forme de kyste au niveau du trochiter. Dans un rapport du 15 mars 2010 à l'OAI, le docteur H.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales et le docteur P.\_\_\_\_\_ a finalement diagnostiqué une discrète bursite sous-deltaïdienne en relation avec un conflit sous-acromial, ainsi qu'une petite déchirure trans-tendineuse du sus-épineux, sans rétraction ni atrophie, sur la base d'une IRM réalisée en juin 2010. On ne saurait toutefois constater une évolution telle qu'elle limiterait désormais la capacité de travail dans une activité adaptée, comme décrite par le docteur A.\_\_\_\_\_ en mars 2009. Les douleurs de l'épaule gauche, malgré l'aggravation constatée entre 2009 et 2010, sont restées en deçà de celles de l'épaule droite, comme en témoignent les nombreux rapports médicaux établis entre novembre et avril 2010 et traitant essentiellement de la problématique de l'épaule droite. Dans ce sens également, le docteur I.\_\_\_\_\_ indiquait une décompensation au niveau cervico-scapulaire avec des douleurs irradiant au niveau de la nuque, ainsi que des «gênes apparaissant maintenant à gauche avec une limitation fonctionnelle un peu moins importante» (rapport du 4 mai 2010). L'aggravation est par ailleurs relative si l'on compare la mobilité active des deux épaules lors de l'examen clinique par le docteur A.\_\_\_\_\_ en mars 2009 (flexion: à droite, 95° améliorable à 130°, à gauche 170°; abduction: 85° à droite et 170° à gauche; rotation externe: 10 à 15° à droite, 30° à gauche) et par le docteur I.\_\_\_\_\_ en juillet 2010 (flexion à 90° à droite contre 180° à gauche, abduction à 90° à droite contre 180° à gauche, rotation externe de 0° à droite contre 50° à gauche; rapport du 20 juillet 2010 au docteur H.\_\_\_\_\_). L'intimé pouvait donc en connaissance de cause considérer que les atteintes à l'épaule gauche du recourant n'entraînaient pas de limitation supplémentaire, en 2010, par rapport à celles déjà constatées par le docteur A.\_\_\_\_\_ en mars 2009 pour l'utilisation de ses deux bras, comme l'attestaient d'ailleurs les avis émis les 19 juillet et 18 octobre 2010 par son Service médical régional (docteur T.\_\_\_\_\_). Un complément d'instruction sur ce point n'est pas nécessaire et n'apporterait pas, selon toute vraisemblance, d'élément

nouveau pouvant avoir une importance pour le droit à la rente litigieux, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. également consid. 6 in fine, ci-après).

Le recourant demande, enfin, qu'une expertise psychiatrique soit réalisée en vue d'établir d'hypothétiques troubles psychiques invalidants. Il se limite toutefois à exiger ce complément d'instruction sans étayer d'aucune manière les raisons pour lesquelles cette mesure serait nécessaire. Il n'allègue pas avoir consulté un psychiatre ou un psychologue en raison de troubles psychiques et aucun des avis médicaux figurant au dossier ne mentionne un diagnostic psychiatrique ni ne suggère la consultation d'un spécialiste en la matière. Un consilium psychiatrique à la Clinique N.\_\_\_\_\_, en novembre 2008, n'avait pas conduit à un diagnostic psychiatrique ni à une prise en charge spécifique. Partant, l'intimé pouvait à bon droit statuer sans compléter l'instruction par un rapport d'examen psychiatrique et la mesure d'instruction requise sur ce point en instance de recours doit être rejetée également. Il n'y a pas lieu de constater une incapacité de travail du recourant en raison d'une atteinte à sa santé psychique.

**6.** L'intimé a considéré que sans atteinte à la santé, le recourant aurait réalisé en 2009 un revenu annuel de 56'030 francs. Se référant aux données publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ESS 2008), il a également considéré que le recourant aurait pu gagner un salaire de l'ordre de 55'250 fr. (montant arrondi) dans une activité adaptée à son état de santé, dans un marché du travail équilibré. Il a pris en compte un revenu de 4'806 fr. par mois dans une activité simple et répétitive (niveau 4) exercée dans le secteur privé, toutes branches économiques confondues, et a procédé aux adaptations requises pour tenir compte de la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises en 2008, de l'évolution des salaires nominaux entre 2008 et 2009 et d'une déduction de 10% en raison des circonstances propres à la personne du recourant (limitations fonctionnelles et âge notamment), conformément aux exigences posées par la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75). Le recourant ne

soulève aucun grief contre ce calcul, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de préciser ici si l'un ou l'autre des termes de la comparaison de revenus aurait dû être calculé légèrement différemment; après une vérification d'office, on précisera que cela ne conduirait de toute façon pas à la reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 40%, nécessaire au maintien du droit à une rente d'invalidité pour la période litigieuse. Dans ce contexte, on observera d'ailleurs que dans la procédure de recours en matière d'assurance-accidents obligatoire, le recourant conclut lui-même à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 17% - insuffisant pour l'ouverture du droit à une rente de l'assurance-invalidité - pour des atteintes à la santé identiques à celles constatées dans le présent jugement.

**7.** Vu ce qui précède, l'intimé a retenu à bon droit que le droit à la rente prenait fin le 30 juin 2009, soit trois mois après que le docteur A.\_\_\_\_\_ a constaté que le recourant avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Les conclusions du recourant tendant au maintien de cette rente pour la période postérieure ne sont pas fondées et sont rejetées, de sorte qu'il ne peut prétendre de dépens à la charge de l'intimé. Par ailleurs, la procédure est onéreuse, le recourant devant en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ce qui entraîne la prise en charge provisoire de ces frais par l'Etat. Une indemnité a d'ores et déjà été allouée à Me Chappaz pour son mandat d'office, par ordonnance du 3 mai 2011. Elle doit être complétée par une indemnité à Me Neeman, qui a repris ce mandat. Me Neeman a produit une liste non détaillée de ses opérations, dont il ressort qu'il a consacré 11 heures et 5 minutes à la défense des intérêts de O.\_\_\_\_\_ dans les deux causes AI 404/10 et AA 47/11, le montant de ses débours étant de 117 fr. 40 (TVA comprise). Cela lui ouvre droit, en principe, à une indemnité de 2'154 fr. 60 et à des débours de 117 fr. 40 (art. 2 al. 1 let. a et art. 3 al. 1 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]), soit 2'272 fr. pour l'ensemble de son activité d'office dans les deux procédures AI 404/10 et AA 47/11. Dans la mesure où il n'a adressé aucun acte de procédure au Tribunal dans le présent litige en matière

d'assurance-invalidité, on fixera l'indemnité pour cette procédure à 200 fr., débours et TVA compris. Ce montant est complété par l'indemnité allouée dans la cause AA 47/11.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 26 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Neeman, conseil du recourant, est arrêtée à 200 fr. (deux cents francs).
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Neeman (pour O.\_\_\_\_\_),
- 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 :