

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 août 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Dessaux et Berberat, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

Z._____, à Vevey, intimé.

Art. 6 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** U. _____ (ci-après : le recourant ou l'assuré), né en 1964, était engagé en qualité de maçon auprès de l'entreprise [...] depuis 2003.

Le 31 octobre 2013, alors actif sur un chantier à Pully, l'assuré a glissé et est tombé sur un talus avec réception sur son épaule gauche. Il a directement été adressé à la Permanence de la [...]. L'assuré étant depuis lors en incapacité de travail, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

A l'occasion d'un rapport médical du 28 novembre 2013, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu une rupture transfixiante du tendon sous-scapulaire, une lésion partielle intra-articulaire du tendon sus-épineux ainsi qu'une luxation antérieure du long chef du biceps (LCB) de l'épaule gauche. Ce médecin indiquait que l'intéressé avait chuté d'une hauteur d'environ un mètre sur un talus avec réception directe sur le moignon de l'épaule gauche.

U. _____ a subi une intervention chirurgicale à l'épaule gauche en date du 20 janvier 2014, consistant en une arthroscopie de l'épaule gauche, une suture du tendon sous-scapulaire, une ténodèse LCB ainsi qu'une mobilisation sous anesthésie, pratiquée par le Dr F. _____. Ce dernier remarquait une mauvaise qualité tendineuse chez l'intéressé.

Le 2 juin 2014, l'assuré a repris son activité de maçon à 100%, son rendement étant cependant limité à 50%.

Le 1^{er} décembre 2014, le Dr F. _____ s'est prononcé sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Confirmant les diagnostics précédemment posés, il a relevé ce qui suit :

« Comme déjà préconisé lors des dernières consultations, j'ai l'impression que la suture du sous-scapulaire a, au moins partiellement, lâché. Le patient garde une épaule fragile à toutes

contraintes, je ne vois pas une augmentation du rendement dans le proche futur. Néanmoins, nous ne pouvons pas encore jeter l'éponge, pas avant d'avoir passé les 18 - 24 mois post-op. Il y a donc encore une chance de récupérer, même partiellement, une meilleure fonction et une stabilisation au niveau des douleurs, même en cas de ré-rupture. Ceci par mécanismes de compensation, qui peuvent s'installer, mais nécessitent plus de temps.

Par contre il y a le danger que cette épaule décompense à nouveau à mi- long terme, c'est-à-dire avant sa retraite. Par cela son métier reste un facteur de danger pour l'évolution.

Les tendons montraient des signes de tendinopathie, la qualité tendineuse du sous-scapulaire mauvaise, il n'est donc pas exclu, que le patient développe des problèmes de son épaule droite.

En principe, une réorientation professionnelle serait indiquée, mais par manque de CFC et le fait que le patient n'a pas effectué un autre métier depuis ses 20 ans, compliquent la situation socio-professionnelle future.

Nous avons, aujourd'hui, discutés en détail ces faits, le patient comprend la complexité et avoue déjà s'avoir fait des pensées équivalentes pour le futur.

Pour l'instant il nous reste qu'à attendre l'évolution tant que la situation ne s'empire pas et montre du potentiel de récupération.

Il garde une réduction du rendement de 50%, éventuellement à définir de manière plus adéquate par une médecine d'arrondissement de la SUVA. Je laisse à la SUVA la décision si et quand elle désire convoquer M. U._____. »

b) Le 11 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par rapport médical du 13 mars 2015 adressé à l'OAI, le Dr F._____ a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une rupture transfixiante rétractée du tendon sous-scapulaire, une lésion partielle du tendon susépineux gauche avec s/p suture du tendon sous-scapulaire et ténodèse du LCB. Ce médecin estimait que l'assuré garderait à vie un manque de force pour les rotations internes, comme par exemple appliquer une pression avec la main vers l'intérieur. La continuation de son activité habituelle dans les chantiers risquait d'accélérer le processus naturel de rupture des tendons sus- et sous-épineux. En effet, les travaux lourds de chantier n'étaient plus exigibles pour le bras gauche.

c) U._____ a ainsi été adressé au service de réadaptation de la [...] (ci-après : la [...]). Il y a séjourné du 31 mars au 5 mai 2015.

Par rapport du 20 mai 2015, les médecins de la [...], soit les Drs D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et X._____, médecin-assistant, ont retenu en tant que diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule gauche. Les diagnostics supplémentaires suivants ont été mentionnés : une rupture itérative du sous-scapulaire gauche à la jonction myo-tendineuse (arthro-CT scan du 09.02.2015), une arthroscopie de l'épaule gauche le 20.01.2014 avec suture du tendon sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et mobilisation sous anesthésie pour une capsulite rétractile, une chute sur l'épaule gauche le 31.10.2013 avec rupture complète transfixiante du tendon sous-scapulaire avec subluxation antérieure du long chef du biceps, lésion fissuraire entre les sus- et sous-épineux, lésion partielle du pilier antérieur du sus-épineux (arthro-IRM du 20.11.2013). L'assuré souffrait également d'arthrodèse de l'IPP (articulation interphalangienne proximale) du pouce droit en 2004, de troubles cognitifs légers de type MCI multi-domaine non-évolutifs et de lombalgies récurrentes. Ces médecins ont confirmé l'absence de force au niveau de l'épaule gauche malgré une évolution satisfaisante sur le plan algique. La situation étant stabilisée, les limitations fonctionnelles suivantes ont été mises en évidence ; impossibilité d'exercer des activités nécessitant le maintien des membres supérieurs au-delà du plan des épaules ainsi que le port répété de charges supérieures à 10-15 kilos. Pour les Drs D._____ et X._____, l'assuré était totalement incapable de travailler dans une activité de maçon. Il conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Du 10 août 2015 au 4 septembre 2015, l'assuré a suivi une mesure d'évaluation des capacités professionnelles au sein de la [...]. Dans leur rapport du 4 septembre 2015, les spécialistes en réadaptation ont retenu qu'une activité simple et répétitive respectant les limitations fonctionnelles, ne nécessitant pas la maîtrise du français écrit ou une capacité de calcul, serait plus adaptée. Dans un tel cadre, soit un poste dans une activité comportant des gestes simples et des contraintes physiques peu importantes, l'assuré serait à même de fournir un travail tout à fait adéquat après une période d'apprentissage.

d) Le 28 janvier 2016, l'assuré a obtenu son permis de cariste. Durant le mois de février 2016, il a entamé un stage de cariste au sein de [...] à [...]. Dès le 8 mars, l'assuré a ressenti des douleurs au bras gauche. Son taux d'activité a ainsi dû être adapté, passant de 100% à 50%.

e) A l'occasion d'un rapport final établi le 30 mars 2016, après avoir comparé le revenu sans invalidité (74'832 fr.) et celui avec invalidité (59'542 fr. 57) de l'intéressé, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis en évidence un degré d'invalidité de 20%. L'office relevait un retour très positif de la part de la Migros concernant le stage effectué par l'intéressé. Poursuivant les efforts de réinsertion professionnelle, une aide au placement a été octroyée dès le 7 avril 2016.

f) Dans le cadre de la procédure engagée en assurance-accidents, le cas de l'assuré a été soumis au médecin d'arrondissement en vue d'un examen final. Dans son rapport du 18 août 2016, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu les éléments suivants :

Subjectivement, l'assuré se dit toujours dérangé par des douleurs variables de l'épaule G apparaissant lors d'efforts répétés mais également suivant la position la nuit.

Objectivement, on note une légère amyotrophie résiduelle du bras G malgré le relief augmenté du biceps après ténodèse. L'élévation au-dessus de 120° déclenche également des douleurs.

Sur le plan médical, la situation peut être à présent considérée comme stabilisée et ne nécessite, dans l'état, plus de traitement particulier.

Sur le plan professionnel, la mise en valeur d'une capacité dans une activité de maçon n'est plus exigible. En revanche, une pleine capacité peut être mise en valeur dans une activité adaptée n'exigeant pas de sollicitation du membre supérieur gauche (côté non dominant) au-dessus de l'horizontale ni le port répété de charges de plus de 15 kg.

g) Le 8 avril 2016, l'assuré s'est annoncé aux organes de l'assurance-chômage. Un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert du 8 avril 2016 au 7 avril 2018.

Entre le 1^{er} août 2016 et le 31 octobre 2016, l'assuré a effectué un stage en tant que chauffeur-livreur au sein de l'entreprise [...] Sàrl. Ce stage a abouti à un contrat de durée indéterminée, U. _____ ayant été engagé à 50% dès le 1^{er} novembre 2016.

L'assuré a été licencié pour le 31 mai 2018 pour des raisons économiques. Le 1^{er} juin 2018, il s'est annoncé aux organes de l'assurance-chômage en tant que demandeur d'emploi à 100%.

Le 3 juillet 2018, le Dr V. _____, médecin, a attesté d'un arrêt de travail à 50% du 13 février 2018 au 8 juillet 2018, en raison d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec un status post réparation du sous-scapulaire gauche et une ténodèse du LCB à gauche. Devant la persistance de la symptomatologie douloureuse, ce médecin a proposé la réalisation d'une nouvelle IRM. Une prescription de physiothérapie a également été délivrée.

Le 5 juillet 2018, la Dre N. _____, médecin d'arrondissement auprès de l'assurance-accidents, s'est prononcée sur le rapport médical précité. Elle a nié toute aggravation objective de l'état de santé de l'assuré. Ainsi, la capacité de travail restait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, comme décrites dans l'examen final réalisé par le Dr L. _____ le 18 août 2016.

h) Par projet de décision du 6 décembre 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. L'office retenait un degré d'invalidité de 20,43%, insuffisant afin d'ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dès le 6 mai 2015, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant l'interdiction de toute sollicitation du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale et le port de charge supérieur à 15 kilos.

L'assuré s'est déterminé en date du 18 février 2019 sur le projet de décision précité. Il contestait disposer d'une capacité de travail

entière dans une activité adaptée, cette dernière devant être fixée à 50% en raison de douleurs persistantes à l'épaule gauche. Par ailleurs, l'abattement effectué par l'OAI sur le salaire d'invalidé, en l'occurrence à hauteur de 10%, apparaissait trop faible.

A l'appui de ses déterminations, l'assuré a produit un rapport médical établi le 4 février 2019 par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr C._____, médecin. Ils constataient que l'élévation du bras gauche de l'assuré contre résistance était toujours douloureuse. Une capacité de travail résiduelle existait chez l'intéressé si aucune force n'était utilisée au niveau du bras gauche. Les Drs M._____ et C._____ ne pouvaient cependant pas se prononcer sur la capacité résiduelle de travail exacte de l'assuré, renvoyant à ce propos aux médecins de la [...].

A la suite de la production des éléments médicaux précités, l'office AI a consulté son service médical qui, sous la plume de la Dre H._____, a pris position comme suit (avis médical SMR du 15 avril 2019) :

« L'assuré conteste le projet de décision du 6.12.2018 rejetant la demande (20 % degré d'invalidité), soutenu par son avocat et un rapport médical du 4.02.2019 de Dr V._____ [...], service de l'appareil locomoteur. Ce rapport annonce que l'assuré présente une persistance des douleurs à l'épaule gauche, raison de sa première consultation chez ce médecin en février 2018, une nouvelle IRM de mars 2018 retrouve des lésions déjà connues, il existe une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles pour l'épaule gauche sans précision. En résumé, ce rapport n'amène pas de nouveaux éléments objectifs susceptibles de modifier notre position.

Conclusion : Le rapport du 4.02.2019 n'amène aucun élément objectif pour valider une aggravation de l'état de la santé physique. »

Le 18 avril 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.

B. a) Par acte du 24 mai 2019, U._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Flore Primault, a déféré la décision du 18 avril 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son

annulation ainsi qu'à l'allocation d'une rente de l'assurance-invalidité. Il invoquait préalablement une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où l'OAI n'avait pas transmis l'ensemble des pièces sur lesquelles sa décision était fondée. Il soutenait ensuite disposer uniquement d'une capacité de travail de 50% et que, dans le cadre du calcul du degré de l'invalidité, un abattement de 25% devait lui être appliqué.

b) Dans sa réponse du 13 août 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, n'ayant aucune raison pertinente de retenir l'aptitude au travail que le recourant souhaiterait voir admettre. Concernant le défaut de motivation relatif à la décision, l'OAI rappelait que le dossier de l'intéressé avait pu être consulté en tout temps. En relation avec la réduction opérée à titre d'abattement sur le revenu d'invalidité, il soulignait avoir tenu compte des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré, en sus de son âge.

c) Par réplique du 2 décembre 2019, l'assuré a réitéré ses arguments concernant la violation de son droit d'être entendu, sa capacité de travail et le calcul d'invalidité opéré par l'OAI. Il qualifiait également l'instruction de lacunaire, dans la mesure où l'OAI n'avait pas cherché les raisons pour lesquelles il avait été licencié de son poste au sein de [...] Sàrl. Il contestait disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, faisant valoir que les auteurs du rapport médical du 4 février 2019 avaient clairement mis en doute sa capacité de travail de 100%. Il indiquait également être suivi par le Dr J._____, spécialiste en médecine interne, ce dernier ayant attesté le 4 septembre 2019 d'une capacité de travail limitée à 50% entre le 28 août 2019 au 12 février 2020 en raison de ses troubles à l'épaule gauche. Compte tenu des avis médicaux précités, mettant clairement en doute la position du SMR (avis médical SMR du 15 avril 2019), l'assuré a requis l'établissement d'une expertise médicale.

d) Dupliquant en date du 6 janvier 2020, l'OAI a retenu que le rapport du Dr J._____ ne permettait pas de modifier sa position quant à la capacité de travail de l'intéressé.

e) A l'occasion de déterminations supplémentaires du 12 mars 2020, l'assuré a intégralement persisté dans sa conclusion visant à la mise en place d'une expertise, compte tenu des avis médicaux contradictoires figurant au dossier.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé contre la décision du 18 avril 2019 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

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

3. Il convient en premier lieu d'examiner le grief formel soulevé par le recourant, selon lequel l'OAI n'aurait pas transmis l'ensemble des pièces sur lesquelles la décision attaquée était fondée.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la

décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

c) En l'espèce, la décision attaquée est motivée et indique les principaux éléments qui la fondent, conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Elle ne reprend certes pas toutes les pièces au dossier mais indique les éléments de fait pertinents et le résultat de l'instruction. Sur le plan médical, elle contient la description des limitations fonctionnelles retenues et se prononce sur la capacité dans l'activité habituelle du recourant et dans une activité adaptée. Sur le plan économique ensuite, le raisonnement entrepris est correctement décrit, notamment le calcul effectué afin de retenir un degré d'invalidité de 20,43%. En outre, on constate effectivement que l'accès au dossier a été garanti en tout temps durant l'instruction, y compris concernant l'avis médical SMR du 15 avril 2019.

d) Au vu de ce qui précède, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu est rejeté.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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 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).

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie 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 (art. 28 al. 2 LAI).

5. a) Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. Le recourant conteste disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, une telle capacité de travail devait être limitée à 50%.

a) En l'espèce, la capacité de travail dans une activité adaptée a été fixée à l'occasion d'un rapport médical du 20 mai 2015 établi par les Drs D. _____ et X. _____ à la suite d'un séjour à la [...]. Ces médecins

ont retenu des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule gauche ainsi qu'une rupture itérative du sous-scapulaire gauche à la jonction myo-tendineuse (arthro-CT scan du 09.02.2015), une arthroscopie de l'épaule gauche le 20 janvier 2014 avec suture du tendon sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et mobilisation sous anesthésie pour une capsulite rétractile, une chute sur l'épaule gauche le 31 octobre 2013 avec rupture complète transfixiante du tendon sous-scapulaire avec subluxation antérieure du long chef du biceps, lésion fissuraire entre les sus- et sous-épineux, lésion partielle du pilier antérieur du sus-épineux (arthro-IRM du 20.11.2013), une arthrodèse de l'IPP du pouce droit en 2004, des troubles cognitifs légers de type MCI multi-domaine non-évolutifs et des lombalgies récurrentes. Les Drs D._____ et X._____ ont estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler dans une activité de maçon, l'intéressé conservant dès le 6 mai 2015 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Cette position a été confirmée respectivement par le Dr L._____, médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents, à l'occasion de l'examen final réalisé le 18 août 2016, par la Dre N._____, également médecin d'arrondissement auprès de la CNA, le 5 juillet 2018 et par le SMR en date du 15 avril 2019.

b) En l'occurrence, les conclusions du rapport d'évaluation réalisé par les médecins de la [...] peuvent être suivies. Il aborde de manière circonstanciée les différents points litigieux du cas d'espèce et se fonde sur un examen complet de la situation médicale du recourant, prenant en compte les plaintes de l'intéressé concernant les douleurs ressenties au niveau du membre supérieur gauche. Le recourant s'est soumis à une évaluation de ses capacités fonctionnelles. Le score réalisé, soit de 100 points, traduit l'appréciation de l'intéressé de pouvoir réaliser des activités un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Des tests de charges ont également été effectués afin de déterminer avec précision l'étendue des limitations fonctionnelles du recourant. Les conclusions qui en résultent sont claires, détaillées et emportent conviction. Ainsi, et dans la mesure où l'atteinte à l'épaule gauche de

l'assuré n'est pas son épaule dominante, une capacité de travail entière dans une activité adaptée apparaît pleinement envisageable.

c) Si le rapport des médecins de la [...] date effectivement de 2015, aucun élément au dossier ne laisse entrevoir une évolution significative de l'état de santé de l'assuré, contrairement à ce qu'il soutient.

aa) Le Dr V._____, dans son rapport du 3 juillet 2018, admet certes un arrêt de travail de 50% sur 100% sur la base des plaintes du recourant. On ne distingue cependant pas les implications concrètes de la symptomatologie douloureuse sur la capacité de travail de l'intéressé, le Dr V._____ n'indiquant pas de nouvelles limitations fonctionnelles. Le raisonnement de ce dernier apparaît au surplus centré sur l'activité de chauffeur-livreur et n'indique pas une éventuelle diminution de la capacité de travail dans une autre activité, mieux adaptée à la symptomatologie de l'intéressé.

bb) Le rapport du 4 février 2019 établi par les Drs M._____ et C._____, succinct, ne laisse quant à lui pas entrevoir de changement substantiel de la situation de l'assuré. Ces médecins se contentent de relater la persistance de la symptomatologie douloureuse à l'épaule gauche, cette dernière ayant été préalablement documentée. On remarque également que ces médecins s'abstiennent de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et confirment au surplus les limitations fonctionnelles à l'épaule gauche. Ils ne sauraient ainsi amener suffisamment d'éléments concrets afin de mettre en doute les conclusions des médecins de la CRR, respectivement afin de conclure en une modification sensible de l'état de santé de l'intéressé.

cc) Quant au rapport établi par le Dr J._____, dans la mesure où ce dernier atteste d'une incapacité de travail postérieure à la décision litigieuse et qu'il s'abstient de définir quelles seraient les limitations qui auraient empêché le recourant de travailler à plus de 50%

temporairement, il ne saurait se voir accorder une quelconque valeur probante.

dd) Au surplus, on constate que les conclusions des Drs D._____ et X._____ s'inscrivent dans la continuité des constatations du Dr F._____. Ainsi, la situation médicale apparaît comme claire depuis le début de l'instruction, aucun élément ne laissant présumer une péjoration significative de l'état de santé de l'assuré. Les conclusions des médecins de la CRR conservent ainsi toute leur pertinence.

7. Le recourant conteste également l'avis du SMR du 15 avril 2019, ce dernier ne pouvant être suivi au vu des rapports médicaux contradictoires versés au dossier.

a) L'avis du SMR du 15 avril 2019 constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a 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'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGGA) 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 rapports 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. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

b) En l'espèce, l'avis SMR du 15 avril 2019 se fonde sur l'ensemble du dossier afin de conclure en une capacité de travail entière dans une activité adaptée et ce dès le 6 mai 2015. Le SMR reprend en particulier le rapport complet, circonstancié et probant établi le 20 mai 2015 par les médecins de la [...]. Par ailleurs, ces constatations ont été confirmées tant par les différents stages, ateliers, évaluations auxquels s'est soumis le recourant que par plusieurs éléments médicaux versés au dossier. Au vu de ce qui précède, l'avis du SMR établi par la Dre H. _____ permet d'apprécier de manière appropriée la situation médicale de l'assuré, spécialement si une modification sensible des circonstances est intervenue. L'avis précité peut ainsi être suivi.

8. Le recourant soutient ensuite que la résiliation de son contrat de travail auprès de [...] Sàrl et son engagement à taux partiel (50%) confirment une capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée.

En l'espèce, on voit mal quel argument le recourant entend tirer de la résiliation de ses rapports de travail. En effet, l'employeur a indiqué le motif de la résiliation, soit des raisons économiques liées à la perte d'une tournée journalière et, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a aucune raison d'en douter. Concernant le taux d'activité, le recourant a été engagé à 50%, non pas en raison d'une capacité de travail limitée, mais bel et bien parce que le poste en question était proposé à taux partiel. Ayant été dûment informé des conséquences d'un engagement à temps partiel (cf. courrier du 30 janvier établi par l'OAI et adressé au recourant, pièce n°102), le recourant s'est annoncé aux organes de l'assurance-chômage dans l'optique d'obtenir un second emploi à 50%, afin de mettre pleinement à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, une fois son licenciement intervenu et parvenant au terme de son premier délai-cadre d'indemnisation (cf. art. 9 LACi ; loi sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, RS 837.0), le recourant s'est annoncé en tant que demandeur d'emploi à 100%. Ainsi, les arguments du recourant

ayant trait à son licenciement, respectivement à son engagement à 50%, peuvent raisonnablement être écartés.

9. a) Afin de déterminer le degré d'invalidité du recourant, l'intimé a utilisé la méthode de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30). L'utilisation de cette méthode n'est pas remise en cause par le recourant. Il conteste cependant l'abattement de 10% appliqué au revenu d'invalidé, soutenant l'application d'un abattement supérieur afin de tenir compte de sa capacité limitée dans l'exercice d'une activité légère.

b) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques (enquête suisse sur la structure des salaires ; ESS) doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Une telle réduction n'est cependant pas automatique (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s ; TF 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid 5.1).

c) Dans le cadre de la comparaison des revenus, l'intimé a fixé le revenu sans atteinte à la santé à 74'832 fr., celui avec atteinte à la santé à 59'542 fr. 57, et ce pour l'année 2015, soit au moment de la naissance du droit à la rente (cf ATF 129 V 222 consid. 4.2). Correctement déduits des informations fournies par l'ancien employeur de l'assuré et des salaires statistiques, ces montants peuvent être confirmés. Une perte de 15'289 fr. 43 en résulte, correspondant à un degré d'invalidité de 20,43%.

d) En l'espèce, la déduction de 10% opérée par l'intimé sur le revenu d'invalidé apparaît adéquate. Elle prend en compte de manière satisfaisante les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré ainsi que son âge, péjorant la mise à profit de la capacité résiduelle du

recourant sur le marché du travail. L'argument selon lequel, avec une activité légère, le recourant perçoit un salaire plus bas qu'avec une activité lourde, n'est en l'occurrence pas pertinent. En effet, à l'occasion de la comparaison des revenus, il est déjà tenu compte de la différence de revenus entre sa précédente activité et sa nouvelle activité exigible. Il en résulte que, dans le cas du recourant, un abattement de 10% est admissible.

10. Les circonstances de la cause ne justifient pas la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, dès lors que la Cour est en mesure de statuer (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

11. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 18 avril 2019 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 mis à la charge de U. _____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Primault, pour le recourant,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :