

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 novembre 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 8, 16 LPGA ; art. 8, 17 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, est entré en Suisse en 1980 et a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de peintre en automobiles en 1988. Il a depuis lors travaillé à plein temps en cette qualité, notamment au sein de la Carrosserie A. _____ à partir du 1^{er} janvier 2008.

Victime d'un accident sur son lieu de travail le 3 mars 2008, dont les suites ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (CNA), l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 6 novembre 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Ce dernier a requis les pièces du dossier constitué par la CNA. Il en ressortait que l'assuré avait chuté sur le côté droit dans des escaliers, ce qui avait entraîné une déchirure du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et nécessité une réinsertion de ce tendon, ainsi qu'une acromioplastie, réalisées en décembre 2008. Une incapacité totale de travail avait été prononcée dès le 3 mars 2008. Le médecin d'arrondissement de la CNA avait estimé le 7 décembre 2009 que l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, soit respectant les limitations fonctionnelles de l'épaule droite (cf. rapport d'examen du médecin d'arrondissement de la CNA du 5 juin 2009 et procès-verbal de la réunion du case team de la CNA du 4 décembre 2009).

Fondé sur ces éléments, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, fixés respectivement à 60'788 fr. sur la base des salaires statistiques et 66'891 fr. selon un rapport d'employeur complété le 18 novembre 2008 par la Carrosserie A. _____. Il a ainsi mis à jour un degré d'invalidité de 18, 21 %.

Par décision du 30 août 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} mai 2009 au 28 février 2010. Le droit à la rente était supprimé dès cette date, vu le degré d'invalidité de 18 %, tandis que le droit à des mesures professionnelles était nié, sous réserve d'une aide au placement. Ladite décision est entrée en force.

B. En date du 15 décembre 2016, B._____ a fait parvenir une seconde demande de prestations à l'OAI, indiquant être en arrêt total de travail depuis le 14 mars 2016 au motif de douleurs au dos, à la nuque, aux hanches, aux bras et aux genoux.

L'OAI a recueilli des rapports des médecins traitants de l'assuré, les Drs G._____, généraliste, et D._____, médecin cheffe du Département d'anesthésie et du Centre d'antalgie de l'Hôpital F._____. Était joint un rapport de consultation, rédigé le 22 avril 2016 par le Dr N._____, chef de clinique au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier P._____. Des diagnostics de polyarthralgies et de lombalgies bilatérales étaient évoqués, sous suite d'incapacité totale de travail depuis mars 2016. Les arrêts de travail avaient été prononcés par le Dr G._____ (cf. rapports des Drs G._____ du 17 janvier 2017 et D._____ du 18 janvier 2017). Le Dr N._____ avait, pour sa part, retenu des lombalgies subaiguës non spécifiques, épisodiques, dans le contexte d'un déconditionnement global et focal avec dysbalances musculaires sur hypoextensibilité de la musculature posturale et affaiblissement de la musculature phasique, une probable microinstabilité segmentaire lombaire basse avec syndrome de Maigne, ainsi qu'une raideur musculaire généralisée. Ces diagnostics justifiaient une rééducation active globale en vue d'un reconditionnement musculaire (cf. rapport du Dr N._____ du 22 avril 2016).

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR), sous la plume du Dr H._____, s'est référé, le 8 mars 2017, à l'appréciation du Dr N._____, en ce sens que l'assuré présentait une « modification fonctionnelle de la musculature, sans compromission ostéoarticulaire

significative durable, ni lésion structurelle radiologiquement décelable ». En sus des restrictions fonctionnelles liées à l'épaule droite, il lui était recommandé d'éviter les mouvements en porte-à-faux et le port fréquent de lourdes charges. L'exercice d'une activité adaptée, respectant ces limitations, demeurait exigible à plein temps.

L'OAI a réévalué le degré d'invalidité de l'assuré sur la base de ces conclusions médicales. Il a effectué une comparaison des revenus avec et sans invalidité, chiffrés respectivement à 60'467 fr. et 67'185 fr. au moyen des salaires statistiques, et mis en évidence un taux d'invalidité de 10 % à l'issue d'un rapport du 8 mai 2017.

Par projet de décision du 16 mai 2017, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de nier son droit à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 10 %. Il lui octroyait une mesure d'aide au placement par communication du même jour, que l'assuré a toutefois refusée, en contestant l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

En dépit des griefs formulés par l'assuré à l'encontre du projet susmentionné, l'OAI en a repris les termes dans une décision du 25 août 2017, laquelle est entrée en force.

C. B._____ a complété une troisième demande de prestations à l'adresse de l'OAI le 20 février 2019, laquelle a été transmise à ce dernier le 12 mars 2019 par J._____SA, assureur perte de gain maladie. Selon les données communiquées par cet assureur, l'assuré avait été engagé à plein temps en tant que peintre en carrosserie par L._____ dès le 1^{er} juin 2017. Souffrant d'un problème à l'épaule gauche, il avait été en incapacité de travail à 100 % du 10 septembre 2018 au 18 novembre 2018, à 50 % jusqu'au 21 décembre 2018 et à nouveau à 100 % jusqu'au 31 janvier 2019. L'incapacité de travail se poursuivait à 50 % depuis le 1^{er} février 2019.

Sur questions de l'OAI, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin traitant

de l'assuré, a indiqué le 3 mai 2019 que son patient présentait une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Il soulignait la persistance des douleurs accompagnées d'une diminution des amplitudes articulaires. L'incapacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle, tandis que l'assuré était susceptible d'exercer à 100 % un « travail administratif ».

Par rapport d'employeur du 29 mai 2019, L._____ a signalé que l'assuré avait été engagé à plein temps dès le 1^{er} juin 2017 pour un salaire annuel de 75'600 fr. (valeur juillet 2018).

Sur mandat de J._____SA, l'assuré a été reçu en expertise le 28 mai 2019 par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le rapport corrélatif a été rédigé le 1^{er} juillet 2019. Le Dr M._____ a retenu les diagnostics incapacitants d'ancienne rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de tendinopathie partiellement rompue du tendon du sus-épineux, du sous-scapulaire et discrète tendinopathie du long chef du biceps à gauche, ainsi que de capsulite rétractile de l'épaule gauche en décours. La prise en charge thérapeutique pouvait être optimisée avec de la physiothérapie et une infiltration cortisonique. La capacité de travail dans l'activité de peintre en carrosserie était de 100 % avec un rendement de 50 %, avec probable amélioration dans les deux mois suivants pour atteindre un rendement complet. L'assuré était doté, au jour de l'expertise, d'une capacité de travail entière dans une activité sans travail avec les bras au-dessus de l'horizontale et sans port de lourdes charges.

Le 10 juillet 2019, le Dr K._____ a fait état, à l'attention de l'OAI, d'une évolution lente, mais favorable. Il a maintenu que l'assuré était susceptible de déployer une activité adaptée aux restrictions du membre supérieur gauche à plein temps, rappelant que ce dernier était également « connu pour des problèmes de dos ».

Le Dr K._____ a relaté l'évolution de l'état de son patient le 10 septembre 2019, annonçant une incapacité totale de travail, y compris dans une activité adaptée, depuis août 2019, en raison de l'augmentation

des douleurs de l'épaule gauche. Ce constat était consécutif à une infiltration réalisée en juillet 2019. Il a joint un rapport de sa consultation du 26 août 2019 détaillant la situation.

Sur requête de J. _____ SA, le Dr M. _____ s'est prononcé sur cette évolution défavorable le 16 octobre 2019. Il a finalement considéré que seule une activité adaptée était possible à 100 %, selon les critères définis dans son rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2019.

Par rapport du 9 décembre 2019, l'OAI a procédé à une nouvelle évaluation de l'invalidité de l'assuré sur la base d'une comparaison des revenus, à savoir compte tenu d'un revenu sans invalidité de 75'600 fr. selon les données communiquées par L. _____ et d'un revenu d'invalidité de 67'743 fr. fondé sur les salaires statistiques. Le degré d'invalidité mis en évidence s'élevant à 10 %, l'OAI a établi, le même jour, un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Il a adressé sa décision, conforme audit projet, le 4 février 2020.

D. B. _____ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 3 mars 2020, contestant l'appréciation médicale de sa situation. Sa santé s'était dégradée au point de justifier de l'aide pour se vêtir et se laver. Il avait néanmoins repris son activité habituelle à 50 %, malgré un rendement restreint et un salaire diminué. Il requérait le réexamen de son dossier et produisait, au titre de justificatifs, des rapports et attestations de ses suivis thérapeutiques. Un courriel non daté du Dr T. _____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, attestait des difficultés à stabiliser un diabète de type II insulino-dépendant. Un rapport du Dr R. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, du 5 février 2020, relatait une mobilité stagnante en élévation de l'épaule gauche et une situation stationnaire, en dépit d'une disparition des douleurs au repos. Le physiothérapeute S. _____ indiquait, pour sa part, une mobilité améliorée de l'épaule, mais la reprise de vives douleurs en cas d'activité du membre supérieur gauche, dans un rapport du 21 février 2020.

L'OAI a répondu au recours le 25 mai 2020 et a proposé son rejet, mettant en exergue les conclusions du rapport d'expertise du Dr M._____. Était également produit un avis du SMR du 11 mai 2020, dans lequel le Dr H._____ se ralliait aux observations - jugées convaincantes - de ce spécialiste. Le Dr H._____ observait au surplus que les documents produits par l'assuré devant la Cour de céans faisaient état d'une situation stationnaire, voire améliorée sur le plan clinique. Il confirmait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de peintre en carrosserie et de 100 % dans une activité sans travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, sans port de charges lourdes et fréquentes, ni mouvements en porte-à-faux.

Par réplique du 29 juin 2020, l'assuré a rappelé ses différents problèmes de santé. Il a contesté les conclusions du Dr M._____, vu les résultats négatifs de l'infiltration de cortisone. Se considérant inapte à l'exercice d'une quelconque activité, même adaptée, il a conclu à la « réparation de sa perte financière ».

Dupliquant le 7 août 2020, l'OAI a maintenu ses conclusions.

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 (art. 1 al. 1 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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) Le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent. Il satisfait globalement aux autres conditions de forme prévues par la loi, dans la mesure où l'on peut déduire des écritures du recourant qu'il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD). Le recours est par conséquent recevable.

2. Le litige a pour objet le degré d'invalidité du recourant, singulièrement la capacité de travail retenue par l'intimé. Ce litige s'inscrit dans le cadre de la troisième demande de prestations complétée par le recourant le 20 février 2019.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201)).

b) Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015

du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, 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 (al. 1).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail, 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 (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. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré, dans une mesure susceptible d'entraver sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, depuis la précédente décision au fond, soit celle du 25 août 2017.

a) A cette date, il était établi que le recourant souffrait des séquelles d'une déchirure du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, consécutive à l'accident du 3 mars 2008, et de lombalgies dans le cadre d'un déconditionnement musculaire global observé dès mars 2016. Il avait été retenu que sa capacité de travail était nulle dans son activité de peintre en carrosserie, mais entière dans une activité adaptée sans travail avec les bras au-dessus de l'horizontale (soit un travail à hauteur de table ou d'établi), sans mouvements en porte-à-faux, ni port fréquent de lourdes charges. Le SMR précisait retenir « les conclusions de la première demande AI en 2010 », sans mentionner d'incapacité de travail à partir de mars 2016 dans le contexte d'une activité respectant les restrictions précitées (cf. rapport de la réunion du case team de la CNA du 4 décembre 2009 et avis SMR du 8 mars 2017).

b) A la date de la décision entreprise du 4 février 2020, il n'est pas contesté que le recourant présente désormais une tendinopathie du tendon du sus-épineux, du sous-scapulaire, du long chef du biceps, ainsi qu'une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Cette problématique a fait l'objet d'une investigation clinique minutieuse par l'expert mandaté par J._____SA, le Dr M._____, le 28 mai 2019. Il a fait part de ses observations notamment en ces termes par rapport du 1^{er} juillet 2019 :

« [...] En date de l'expertise, je constate un assuré en bon état général, répondant précisément aux questions. Je n'ai pas constaté d'incohérence lors du status, il n'y a pas une sous-utilisation du bras gauche, ni une exagération des signes ou des symptômes, il y a une certaine appréhension à la mobilisation liées aux douleurs déclenchées. Il y a par contre une bonne utilisation de la main et du coude à gauche le bras au corps. Il y a une utilisation du bras gauche dans les secteurs d'amplitudes décrit dans le status pour s'habiller et se déshabiller.

J'ai constaté un tannage des deux paumes avec des callosités témoignant clairement de l'utilisation des deux mains.

Cliniquement, je constate une absence d'amyotrophie musculaire du membre supérieur gauche et de la ceinture scapulaire gauche, mais compte tenu d'un status postopératoire de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec amyotrophie du sus-épineux, on peut se demander s'il existe une amyotrophie relative du sus et du sous-épineux gauche passant inaperçue.

J'ai donc demandé deux IRM natives des deux épaules afin de visualiser d'éventuelles tendinopathies de la coiffe des rotateurs des deux côtés, d'objectiver l'amyotrophie de la coiffe à droite et enfin d'objectiver une éventuelle amyotrophie relative du côté gauche. L'assuré n'a pas voulu pratiquer l'IRM native du côté droit mais uniquement à gauche et celle-ci a montré les tendinopathies partiellement rompues du sus-épineux, du sous-scapulaire et du long chef du biceps. Pas d'épaississement capsulaire.

Au vu des facteurs de risques de l'assuré, soit :

- Un diabète,
- Une hypercholestérolémie,
- Un ancien très important tabagisme,

Ces lésions semblent presque « normales ».

En date de l'expertise, je pense que l'on peut clairement optimiser la prise en charge, qui est insuffisante, avec une physiothérapie à sec, en piscine et une infiltration cortisonique sous contrôle soigneux de son diabète. On pourra éventuellement optimiser l'antalgie par de la Novalgine ponctuellement avant ou après la physiothérapie.

[...]

Je pense qu'il existe un potentiel d'amélioration de l'épaule gauche chez cet assuré droitier.

Sur le plan de la capacité de travail, en date de l'expertise, je laisserais l'assuré à une capacité de travail à 100 % avec un rendement de 50 %. S'il n'y avait pas d'amélioration dans un délai de deux mois après l'infiltration cortisonique du 11 juillet 2019, permettant une reprise du travail à temps complet, soit à 100 % avec un rendement à 100 %, ce à une année du début de l'arrêt de travail, un recyclage professionnel devra être envisagé.

En date de l'expertise, dans un travail adapté, c'est-à-dire ne comprenant pas d'activité avec les bras au-dessus de l'horizontale et des ports de charges systématiques de 5 kg, occasionnels de 10 kg et exceptionnels de plus de 15 kg, la capacité de travail est totale. »

Le Dr M. _____ s'est par ailleurs exprimé sur le rapport du Dr K. _____ du 29 août 2019 comme suit :

« [...] J'ai pris connaissance des documents précités et du résultat plutôt défavorable de l'infiltration cortisonique sous acromiale, programmée par le Dr. K. _____ avant mon expertise du 28 mai 2019.

Compte tenu de l'ensemble des éléments, je pense que la reprise de son activité de peintre en carrosserie est fortement compromise et que seule une activité adaptée est possible. Je pense qu'en date de ce courrier, l'assuré présente une capacité de travail totale dans un travail adapté, activité que j'avais clairement définie dans mon rapport d'expertise du 28 mai 2018, page 13, et que les mesures de reclassement professionnel doivent être entreprises. »

Quant au SMR, le Dr H. _____ a communiqué les observations suivantes par avis du 11 mai 2020 :

« [...] A l'issue des 2 précédentes demandes, le SMR a admis les limitations visant à épargner les épaules et le rachis [...]. L'expertise orthopédique de mai 2019 est convaincante. Elle précise les LF [réd. : limitations fonctionnelles] d'épargne des épaules [...]. Jusqu'en août 2019, le Dr K. _____ estime la CTAA [réd. : capacité de travail dans une activité adaptée] à 100 % (RM [réd. : rapport médical] 3.5.19, 7.7.19). Par la suite, le Dr K. _____ indique 2 appréciations différentes de la CTAA : 50 % le 29.8.19 dans son courrier au Dr G. _____, médecin traitant, ou 0 % quelques jours plus tard dans son courrier à l'AI du 4.9.19. Le Dr K. _____ ne décrit pas de nouvelles atteintes, ni de nouvelles limitations fonctionnelles. Dans son RM du 29.8.19, il précise que ce changement d'appréciation est motivé par « une augmentation des douleurs (de l'épaule gauche) » déclarée par l'assuré suite à l'infiltration du 11.7.19. Or, les douleurs décrites par le Dr K. _____ dans son RM du 29.8.19 (douleurs nocturnes, pas de douleurs en journée sauf pour certains mouvements) sont comparables à celles rapportées par l'assuré lors de l'expertise [...]. »

c) En l'occurrence, on peut se rallier aux conclusions du médecin du SMR et retenir les conclusions étayées et motivées du Dr M. _____. Ainsi que l'a relevé le Dr H. _____, le Dr M. _____ a exposé à satisfaction ses constats cliniques objectifs en lien avec la problématique de l'épaule gauche. Il a également clarifié les limitations fonctionnelles permettant d'épargner les épaules. Ces limitations sont superposables à celles mentionnées pour l'épaule droite à l'occasion de la précédente décision du 25 août 2017, ainsi d'ailleurs qu'à celles retenues à l'issue de la décision du 30 août 2010. L'examen de l'expert a par ailleurs été complet en dépit du refus du recourant de se soumettre à une seconde IRM. Il fournit ainsi une vision cohérente et exhaustive de la situation. On ajoutera, à l'instar du Dr H. _____ du SMR, que les observations communiquées le 29 août 2019 par le Dr K. _____ apparaissent contradictoires eu égard aux précédents avis de ce praticien. Elles sont à tout le moins insuffisantes pour faire douter de l'appréciation du Dr M. _____. Elles s'avèrent en effet fondées essentiellement sur la symptomatologie douloureuse alléguée par le recourant, en l'absence de tout nouveau diagnostic.

d) On observe que les pièces produites par le recourant auprès de la Cour de céans ne font pas davantage état de nouveaux éléments qui auraient été méconnus du Dr M._____ ou de pathologie objective non investiguée. En particulier, tant le Dr R._____ que le physiothérapeute S._____ ont rapporté une situation stationnaire, malgré une mobilité de l'épaule relativement préservée. La persistance des douleurs, exprimées par le recourant en cas de sollicitation du membre supérieur gauche, a au surplus été également relatée par le Dr M._____ (cf. rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2019, p.11). Le Dr H._____ a eu l'occasion d'examiner ces documents et s'est prononcé ainsi le 11 mai 2020 :

« [...] Le Dr R._____ confirme que l'assuré n'a plus de douleurs au repos. Il indique que les douleurs persistent pour certains mouvements au-dessus de 90° d'élévation (soit au-dessus du plan des épaules). De plus, le Dr R._____ a pu tester les muscles de la coiffe des rotateurs gauche, ce qui était impossible lors de l'expertise en raison des douleurs [...]. Enfin, si l'on compare les amplitudes de l'épaule gauche décrites dans son status, nous relevons une progression de celles-ci depuis l'expertise. Le rapport de M. S._____, physiothérapeute, relate les plaintes douloureuses de l'assuré. Toutefois, sur un plan objectif, il confirme l'amélioration de la mobilité de cette épaule gauche. [...] »

Enfin, le diabète de type II et ses conséquences, affectant le recourant dans la mesure signalée par le Dr T._____, est un diagnostic connu de longue date, lequel n'a pas été mentionné au titre des diagnostics incapacitants (cf. p. ex. : rapport du Dr G._____ du 17 janvier 2017 et avis SMR du 8 mars 2017).

e) Etant donné ce qui précède, on peut donc s'en tenir à l'évaluation du SMR pour considérer que le recourant demeure doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations des épaules et du rachis. En dépit de la nouvelle atteinte à l'épaule gauche, son état de santé ne s'est donc pas modifié dans une mesure substantielle, au sens entendu par l'art. 17 LPGA, depuis la précédente décision du 25 août 2017.

7. a) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des

possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2).

8. En l'espèce, en l'absence de modification significative de la situation du recourant, lequel conserve une capacité de travail préservée dans une activité adaptée, l'intimé pouvait se référer à l'évaluation de l'invalidité opérée dans sa décision du 25 août 2017 et maintenir le degré d'invalidité de 10 % qui avait été dégagé sans effectuer une nouvelle comparaison des revenus. Ce taux peut de toute façon être ici confirmé, sans plus ample examen, le recourant ne soulevant aucun grief spécifique à l'encontre des calculs effectués par l'intimé.

On ajoutera qu'il est établi depuis 2009 que l'activité habituelle du recourant, telle que déployée depuis le 1^{er} juin 2017 au sein de L._____, n'est pas adaptée à son état de santé (cf. décision du 30 août 2010). L'intimé a mis en évidence une liste d'activités accessibles au recourant sans formation professionnelle, telles que des activités de montage, de contrôle ou de surveillance, d'ouvrier sériel à l'établi ou dans le conditionnement, ou encore d'opérateur sur machines (cf. rapports du service de réadaptation de l'intimé des 8 mai 2017 et 9 décembre 2019). Il a au surplus proposé une mesure d'aide au placement en faveur du recourant par communication du 16 mai 2017, que ce dernier a refusée. Vu ces éléments, le recourant ne peut se prévaloir de ses difficultés à poursuivre l'exercice de son activité de peintre en carrosserie, alors qu'il est encore concrètement en mesure d'exploiter une pleine capacité de travail sur le marché ordinaire du travail dans toute une palette d'emplois en adéquation avec son état de santé.

9. a) Etant donné les considérants qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 4 février 2020 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. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

c) N'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représenté, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 4 février 2020 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 portés à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :