

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 février 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 43 LPG.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, marié et père de famille, a exercé diverses activités lucratives non qualifiées depuis son arrivée en Suisse en 2001. Il a été engagé à plein temps, en qualité de monteur en chauffage, par C._____SA à compter du 1^{er} janvier 2015.

En date du 14 juillet 2016, il a été victime d'une chute sur son lieu de travail, alors qu'il était en train de déplacer une palette. Blessé au dos et à l'épaule droite, il a été pris en charge aux urgences de l'Hôpital [...], où a été prononcée une incapacité totale de travail. Il a été suivi pour les douleurs au rachis au sein du Centre hospitalier D._____ et traité pour les problèmes rencontrés à l'épaule droite par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. La Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (CNA) a servi ses prestations des suites de cet événement.

Sur incitation de cet assureur, B._____ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle de prestations, déposée le 24 mars 2017, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli le dossier constitué par la CNA, ainsi que des renseignements médicaux et professionnels.

Le Dr F._____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 12 avril 2017, mentionnant les diagnostics incapacitants de lésion traumatique transfixiante du tendon supra-épineux avec lésion du labrum antérieur de l'épaule, consécutive à une fracture impaction du trochiter droit avec lésion partielle du tendon supra-épineux le 14 juillet 2016, ainsi que de décompensation post-traumatique d'une hernie discale L4-L5. L'état de santé n'était pas encore stabilisé. Une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs et du labrum de l'épaule droite était planifiée

pour le 3 mai 2017. L'incapacité de travail demeurait totale, tandis que le pronostic d'une reprise de l'activité de monteur en chauffage était réservé.

C. _____ SA a fait parvenir un rapport d'employeur à l'OAI le 17 mai 2017, indiquant que l'assuré réalisait un revenu annuel de 74'100 fr. depuis le 1^{er} janvier 2015.

Par rapport du 19 mai 2017, le Centre d'antalgie du Centre hospitalier D. _____ a fait état des diagnostics de syndrome irritatif S1 droit sur hernie discale L5-S1 depuis 2010, de rupture de la coiffe des rotateurs et cervicalgies sur inflammation facettaire, avec une péjoration invalidante depuis juillet 2016. La capacité de travail devait être évaluée après la chirurgie de l'épaule.

Le Dr F. _____ a rapporté à la CNA, le 14 juin 2017, que la réparation arthroscopique du tendon supra-épineux droit avait eu lieu le 3 mai 2017. Sur la base du pronostic de récupération de l'épaule droite, chez un patient également connu pour des lombalgies chroniques, une reconversion professionnelle lui paraissait nécessaire, dans une activité sans effort (2 à 5 kg au maximum), sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste, sans position statique prolongée, assise ou debout, ni marche prolongée.

L'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'intervention précoce par communications des 20 juin et 22 août 2017, à savoir d'un bilan de compétences et d'une orientation professionnelle, diligentés du 30 mai au 11 octobre 2017.

Dans l'intervalle, le Dr E. _____, médecin généraliste traitant, a communiqué un rapport à l'OAI le 4 juillet 2017, retenant les diagnostics de décompensation post-traumatique de lombalgies invalidantes sur hernie discale L4-L5-S1 et d'omalgies droites sur fracture impaction du trochiter droit avec lésion partielle du tendon du supra-épineux.

L'incapacité totale de travail se poursuivait, à son avis, pour une durée indéterminée.

A l'issue d'un examen du 22 août 2017, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé. Il envisageait un séjour au sein de la Clinique J._____.

Ce séjour s'est déroulé du 30 mai au 4 juillet 2018, aux fins de rééducation et d'évaluation professionnelle. Les Drs H._____, cheffe de clinique, et G._____, médecin assistant, ont rédigé le rapport corrélatif le 19 juillet 2018. Ils ont mis en évidence des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite, des suites de la fracture impaction de la grande tubérosité de l'humérus droit avec lésion partielle du tendon du supra-épineux du 14 juillet 2016 et de l'arthroscopie du 3 mai 2017 (bursectomie, synovectomie, acromioplastie et réparation du supra-épineux). Des comorbidités étaient relevées, à savoir notamment une lombosciatalgie S1 sur hernie discale L5-S1 et une obésité de grade I. L'évolution à la sortie était favorable, avec une amélioration des douleurs, de la force, de l'endurance et des amplitudes de l'épaule droite, ainsi qu'une amélioration de la mobilité du rachis. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important et influençaient défavorablement un retour au travail, soit une auto-limitation, une kinésiophobie et une sous-estimation des capacités fonctionnelles. Les restrictions objectives portaient sur les mouvements répétitifs et le port de charges au-dessus de 90° de flexion avec le membre supérieur droit (le port de charges en dessous étant limité à 15 kg à partir de 7,5 kg). Aucune limitation n'était constatée pour les travaux fins. La situation serait stabilisée à l'échéance de six semaines. Le pronostic de réinsertion était défavorable dans l'ancienne activité, au contraire d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

Le 31 octobre 2018, le Dr F._____ a indiqué à l'OAI qu'au vu des séquelles présentées par l'assuré à son épaule droite et au rachis, il

convenait d'envisager une activité sans effort, sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni mobilisation excessive de l'épaule au-dessus du buste, ainsi que sans position debout ou assise prolongée.

Le Dr L._____ a procédé à un examen médical final de l'assuré le 18 septembre 2018, retenant que celui-ci présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles énoncées par la Clinique J._____.

La CNA a annoncé le terme du versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2018, par correspondance à l'assuré du 19 septembre 2018.

En date du 8 novembre 2018, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, mettant à jour un degré d'invalidité de 9,56 %, sur la base de l'exigibilité prise en compte par la CNA.

Par projet de décision du 11 février 2019, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de lui allouer une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1^{er} septembre 2017 au 31 décembre 2018. La capacité de travail étant entière dès le 18 septembre 2018 et le degré d'invalidité ramené à 9,56 %, le droit à la rente s'éteignait le 31 décembre 2018. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée non qualifiée. Une mesure d'aide au placement était toutefois accordée par communication séparée du même jour.

A l'issue d'un rapport à la CNA du 12 février 2019, le Dr F._____ a fait état d'une évolution marquée par des douleurs persistantes de l'épaule droite, pour lesquelles des séances de physiothérapie à but de reconditionnement à l'effort étaient prescrites. Les limitations fonctionnelles demeuraient inchangées.

B. B._____, assisté de Me Corinne Monnard Séchaud, a contesté le projet de décision de l'OAI du 11 février 2019, par correspondance du 8 mars 2019, concluant à la reprise d'instruction de son dossier, en particulier sur le plan médical. Il a fait grief à l'OAI d'avoir apprécié sa capacité résiduelle de travail uniquement sur la base des conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA. Ce dernier se prononçait toutefois en lien exclusivement avec la symptomatologie de l'épaule droite. Or, l'assuré souffrait également de problèmes du rachis, soit des lombosciatalgie, lombalgie chronique et hernie discale. Il incombait dès lors à l'OAI de procéder à une appréciation globale de sa capacité de travail, en prenant en considération l'intégralité des atteintes à la santé diagnostiquées dans son cas. Il suggérait un complément d'instruction, par exemple sous forme d'une expertise médicale.

Par décision du 23 avril 2019, la CNA a alloué une rente d'invalidité à l'assuré, fondée sur un degré d'invalidité de 14 %, à compter du 1^{er} novembre 2018, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

Sur recommandation du Service médical régional (SMR), l'OAI a interrogé le Dr F._____ en lien avec les lombalgies affectant son patient, par pli du 7 juin 2019. Ce spécialiste a répondu le 24 juin 2019, confirmant une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées précédemment, précisant que le port de charges devait être restreint à 5 kg.

Après consultation du SMR, l'OAI a indiqué à l'assuré, par correspondance du 26 septembre 2019, que sa contestation du 8 mars 2019 ne justifiait pas de douter du bien-fondé du projet de décision du 11 février 2019.

En date du 3 octobre 2019, l'assuré a persisté à contester la position de l'OAI, estimant que sa capacité globale de travail dans une activité adaptée n'excédait pas 50 %. Etaient produits deux rapports d'expertise privée, établis respectivement les 28 août 2019 par le Dr

M._____ et 29 août 2019 par le Dr K._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le Dr M._____ a conclu à une capacité de travail restreinte à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule et du dos, soit sans port de charges supérieures à 5 kg, sans porte-à-faux, sans mouvement de rotation du tronc et favorisant des changements de position fréquents. Quant au Dr K._____, il a considéré que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule, sans port de charges supérieures à 5 kg, ni mouvement au-delà de l'horizontale.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé, le 30 janvier 2020, que les rapports d'expertise susmentionnés n'amenaient aucun élément nouveau, de sorte que l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à 100 % devait être maintenue.

L'OAI a dès lors rendu sa décision, datée du 5 juin 2020, reprenant les termes de son projet de décision du 11 février 2019. Il a ainsi octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} septembre 2017 au 31 décembre 2018.

C. B._____, représentée par Me Monnard Séchaud, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 8 juillet 2020. Il a conclu, principalement, à sa réforme en ce sens que lui soit octroyée une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2018, sur la base d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée et, à titre subsidiaire, à son annulation sous suite du renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Il a, pour l'essentiel, fait valoir la valeur probante des rapports d'expertise privée des Drs M._____ et K._____, reprochant à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé affectant sa capacité de travail. Celle-ci n'avait, à son avis, été estimée qu'en fonction de l'atteinte de l'épaule droite, sans considération pour les pathologies du rachis, lesquelles avaient en revanche été analysées par le Dr M._____.

Une expertise judiciaire s'avérait indispensable, puisque l'instruction conduite par l'OAI était lacunaire. A défaut, le renvoi de la cause à l'administration se justifiait.

L'OAI a répondu au recours le 8 septembre 2020 et conclu à son rejet, se référant aux pièces médicales ressortant de son dossier et de celui de la CNA, ainsi qu'aux rapports émanant du Dr F._____.

Par réplique du 14 octobre 2020, l'assuré a maintenu ses conclusions et réitéré qu'une expertise judiciaire, confiée à des spécialistes en orthopédie (rachis et épaule), lui apparaissait pertinente pour déterminer sa capacité résiduelle de travail et ses limitations fonctionnelles, compte tenu de son état de santé global.

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).

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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 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 ; 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) En l'espèce, le recours formé le 8 juillet 2020 contre la décision de l'intimé du 5 juin 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte 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 l'aspect médical du cas du recourant, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant estime que son dossier est en l'état incomplet. A son avis, une expertise orthopédique, destinée à fixer le taux d'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, est nécessaire pour statuer, au vu notamment des conclusions communiquées par le Dr M. _____ dans son rapport d'expertise privée du 28 août 2019.

3. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la

contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

b) La décision querellée met le recourant au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} septembre 2017 au 31 décembre 2018, et supprime cette prestation dès cette date, compte tenu d'un degré d'invalidité réduit à 9,56 %. Il n'y a en l'occurrence pas lieu de revenir sur le bien-fondé de l'octroi de la rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2017, alors que l'état de santé du recourant justifiait une incapacité totale de travail pour toutes activités, selon les constats de la CNA, repris à bon droit par l'intimé. Seule est donc litigieuse la période postérieure au 18 septembre 2018, correspondant à la date de l'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA, où la capacité de travail du recourant a été considérée comme entière dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles.

4. 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 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon 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.

c) A teneur de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

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).

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).

c) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

6. a) En l'espèce, il est incontesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de monteur en chauffage depuis l'accident survenu le 14 juillet 2016, au cours duquel il s'est blessé à l'épaule droite et au dos. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée et de ses limitations fonctionnelles, il apparaît que les avis médicaux recueillis par l'intimé sont quasiment unanimes sur ces questions.

b) Il ressort des pièces communiquées par la CNA à l'intimé que le recourant a fait l'objet de plusieurs évaluations spécialisées. On peut mettre en évidence les conclusions retenues au sein de la Clinique J._____, dont le rapport du 19 juillet 2018 fait état des éléments suivants :

« [...] A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs à l'épaule droites, continues à 5/10, insomniantes, avec dérouillage matinal de plus de 1 heure. Les douleurs sont péjorées lors du port de charges légères ainsi que lors du port de son enfant de 17 mois.

De plus, il se plaint de douleurs continues au niveau lombaire à 8/10 lors de la position statique prolongée et du port de charges. Le patient est soulagé en décubitus dorsal et présente occasionnellement des lombosciatalgies non-déficitaires à droite.

[...]

Examens radiologiques avant l'hospitalisation :

24.08.2016 - CT colonne lombaire : absence de lésion osseuse traumatique.

05.10.2016 - IRM épaule droite : signes pour fracture-impaction de la grande tubérosité de l'humérus. Tendinopathie d'insertion du sus-épineux avec une discrète lame de liquide dans la bourse. Le sous-scapulaire est en place, sans lésion. Pas de lésion au niveau du biceps.

23.03.2017 - Arthro-IRM épaule droite : status post-réparation de la coiffe des rotateurs, avec deux artéfacts au niveau de la tête humérale, en rapport avec du matériel chirurgical. Persistance d'une lésion partielle non transfixiante de la partie superficielle du sus-épineux avec un tendon en continuité. Le biceps est en place dans la gouttière. Pas de lésion du sous-épineux ni du sous-scapulaire. Excellente trophicité de ces 2 muscles.

Pendant l'hospitalisation :

08.06.2018 - RX épaule droite : encoche au niveau de la grande tubérosité dans le contexte post-fracture. Légère ascension de la tête humérale.

15.06.2018 - RX colonne lombaire : morphologie et hauteur des corps vertébraux conservée, sans perte de hauteur des espaces inter-somatiques. Remaniements dégénératifs de la moitié inférieure des articulations sacro-iliaques ddc [réd. : des deux côtés], à prédominance droite.

26.06.2018 - IRM épaule droite : status post-réparation de la coiffe des rotateurs, avec deux artéfacts au niveau de la tête humérale, en rapport avec du matériel chirurgical. Lésion de la partie postérieure du tendon supra-épineux avec des fibres intègres postérieures à cette lésion et une partie antérieure intègre également, sans rétraction tendineuse.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

[...]

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues (limitations estimées à ce que le patient veut bien nous montrer au vu d'une autolimitation importante) : mouvements répétitifs avec le MSD [réd. : membre supérieur droit], port de charges au-dessus de 90° de flexion avec le MSD, port de charges en-dessous limité à 15 kg, pas de restriction en-dessous de 7.5 kg. Pas de limitation dans les travaux fins.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical.

Une stabilisation est attendue dans un délai de 6 semaines.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie ambulatoire à visée d'amélioration de l'endurance et de la force du patient pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie du patient ; en revanche, les limitations fonctionnelles ne vont plus changer de manière significative. [...] »

Le recourant a ultérieurement été examiné par le Dr L. _____, lequel a communiqué son rapport d'examen final à la CNA le 18 septembre 2018, concluant notamment en ces termes :

« [...] Objectivement, l'épaule D [réd. : droite] est souple, beaucoup moins douloureuse qu'auparavant, avec des signes de conflit qui restent discrètement positifs. Le Jobe est tenu. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel. La

mobilité a beaucoup progressé. Globalement, l'épaule D, qui a conservé une bonne musculature, a une bonne force. La sensibilité est préservée.

L'IRM de contrôle du 26.06.2018 montre une coiffe des rotateurs en continuité.

Pour moi, il s'agit d'un bon résultat objectif après réinsertion du sus-épineux et je ne vois pas quelle mesure thérapeutique serait susceptible d'améliorer notablement la situation.

Malheureusement, je n'ai pas le sentiment que M. B. _____ soit dans une démarche de recherche d'emploi et la Suva devrait clore le cas pour ce qui la concerne puisqu'il dit souffrir toujours passablement du dos et être en traitement pour cela.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du séjour à la Clinique J. _____.

Dans une activité adaptée, il est clair que la capacité de travail est entière. [...] »

On peut certes constater, à l'instar du recourant, que l'appréciation du Dr L. _____ a trait exclusivement à la symptomatologie de l'épaule droite. Tel n'est en revanche pas le cas de l'évaluation opérée au terme du séjour à la Clinique J. _____. Les spécialistes de dite clinique ont en effet investigué tant la problématique de l'épaule, que celle du rachis, avant d'énoncer des limitations fonctionnelles en accord avec l'état de santé global du recourant.

c) Il en va d'ailleurs de même du spécialiste traitant du recourant, _____ le Dr F. _____, en charge de son cas depuis l'accident du 14 juillet 2016. Ce dernier a notamment indiqué ce qui suit à la CNA dans son rapport du 14 juin 2017 :

« [...] Sur la base du pronostic de récupération de son épaule droite, chez un patient également connu pour des lombalgies chroniques, une reconversion professionnelle sera nécessaire, dans une activité sans effort (maximum 2-5 kg), sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni de mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste. A ceci viennent s'ajouter des limitations fonctionnelles du rachis lombaire, le patient ne pouvant rester en position assise ou debout, ni marcher de manière prolongée. [...] »

Ultérieurement, dans un rapport à l'intimé du 31 octobre 2018, le Dr F. _____ a une nouvelle fois souligné les limitations fonctionnelles globales du recourant en ces termes :

« [...] Les douleurs au repos étant sous contrôle, la problématique principale de Monsieur B._____ est son aptitude au travail. Au vu des séquelles liées à son épaule mais également au rachis, il est préférable d'envisager une activité sans effort, sans mobilisation répétitive du membre supérieur ni mobilisation de l'épaule au-dessus du buste. A ceci, viennent s'ajouter les limitations liées au rachis, à savoir pas de position debout ou assise prolongées. [...] »

Sur question de l'intimé, ce spécialiste a fourni la réponse sans équivoque ci-après le 24 juin 2019 :

« 1. Pouvons-nous retenir que dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétitifs et/ou de port de charges au-dessus de 90° avec le membre supérieur droit, pas d'activité répétée avec ce bras au-dessus de l'horizontal, pas de port de charge de plus de 15 kg, pas de position debout ou assise prolongée), la capacité de travail est entière ?

Oui, en tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière.

La limitation liée à la charge est de maximum 5 kg. [...] »

d) Compte tenu de l'appréciation communiquée par le spécialiste traitant susmentionné et de l'évaluation exhaustive du cas effectuée au sein de la Clinique J._____, il s'agit d'écarter les griefs du recourant, en ce qu'il considère que l'estimation de sa capacité résiduelle de travail, sur laquelle se fonde l'intimé, ne retiendrait qu'une partie des atteintes à la santé l'affectant. Ainsi qu'il ressort des documents cités ci-dessus, tout particulièrement de la réponse communiquée par le Dr F._____ le 24 juin 2019, il apparaît au contraire que la symptomatologie présentée au rachis a été prise en considération, en lien avec les risques impliqués par une position statique prolongée, mais également par le port de charges excédant 5 kg.

7. a) Reste à déterminer si les rapports d'expertise privée, produits par le recourant auprès de l'intimé au stade de la procédure d'audition, font état d'éléments supplémentaires ou déterminants, de nature à remettre en question les conclusions de la Clinique J._____ et de son médecin spécialiste traitant.

b) Dans son rapport du 28 août 2019 au mandataire du
recourant, le
Dr M. _____ mentionne les éléments suivants :

« [...] Je vois M. B. _____ à ma consultation sur votre demande concernant une expertise de son état de santé actuel. Le patient est venu au rendez-vous sans son dossier et sans imagerie. Cette consultation est faite avec l'anamnèse du patient, des documents présents sur le serveur de la Clinique [...] et certains documents que j'ai fait venir du Centre hospitalier D. _____, ainsi que la Rx de la colonne cervicale du 5.7.19 que le patient m'a apporté par la suite. Le patient est connu pour deux accidents ; un en 2003 ayant laissé des séquelles au niveau lombaire et un il y a trois ans au niveau de l'épaule droite avec une rupture du sus-épineux et une fracture de l'humérus proximal droit.

[...]

Ce jour, M. B. _____ décrit des douleurs lombaires basses, qui se trouvaient au début à droite mais qui irradient actuellement en ceinture des deux côtés. Les douleurs peuvent irradier dans la jambe gauche jusqu'à la face latérale de la cheville gauche et dans la jambe droite irradiant sur la face latérale et postérieure de la cuisse, de la cheville et du mollet. Il a l'impression que sa jambe droite est endormie. Depuis l'accident, il dit manquer de force dans les genoux. Il n'arrive pas à se lever d'une chaise ; il est obligé de s'appuyer sur les bras pour se lever de sa chaise. Le passage de la position assise à la position debout doit se faire à l'aide des bras. Les douleurs sont présentes dans toutes les positions. Il dit devoir sans arrêt changer de position et doit souvent se coucher pendant la journée. S'il est couché, il doit se mettre sur le côté gauche pour se soulager, mais il dit avoir tout de même de plus en plus de peine à trouver sa position antalgique. Il me dit également que lorsqu'il a très froid, il a de la peine à bouger.

[...]

Monsieur B. _____ présente une double pathologie, un accident récent provoquant des séquelles au niveau de l'épaule droite. Cette problématique est documentée dans le courrier du Dr K. _____ ; il conclut à une capacité de travail à 100 % dans un travail adapté avec un port de charge limité à 5 kg.

En ce qui concerne le problème lombaire, le patient ne présente pas de séquelles radiologiques d'un accident à proprement parler. Dans son histoire et son dossier, le patient présente des douleurs lombaires déclenchées suites à un accident, mais radiologiquement il présente des troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1, avec une ancienne hernie L5-S1 droite diagnostiquée il y a plus de 10 ans. La question ici n'est pas de savoir si ce problème lombaire est lié à un accident ou pas. Le patient est fortement gêné par ce problème. Pendant plusieurs années, le patient a travaillé en tant que chauffagiste avec la prise d'Oxycontin®. Nous pouvons dire qu'il a fourni un effort important pendant ces années pour garder une activité professionnelle dans un travail lourd.

Actuellement, le patient n'a pas de limitation fonctionnelle à proprement parler au niveau de la fonction de la colonne, mais une limitation liée aux douleurs chroniques ressenties par M. B. _____.

Il a actuellement des douleurs lombaires depuis 16 ans avec la nécessité de prendre des antalgiques type morphiniques depuis une

dizaine d'années. Il est clair que dans cet équilibre, le nouvel accident, même s'il n'est pas directement lié à la colonne, a aggravé la situation. Il me semble illusoire de prétendre que le patient ne présente que 14 % d'incapacité de gain. Aucune prise en charge chirurgicale ne pourrait améliorer cette situation actuellement. Je pense qu'en l'état actuel, avec des lombalgies chroniques depuis plus de 16 ans qui n'ont jamais réellement été améliorées par une prise en charge conservatrice (infiltrations de différents type, hospitalisation URR), les chances d'espérer une amélioration dans le futur sont minimales.

Selon moi, le patient a une capacité de travail limitée à maximum 50 % dans un travail adapté avec un port de charge limité à 5 kg (épaule et dos) sans porte-à-faux et pas de mouvement de rotation du tronc. Il faudrait favoriser des changements de positions fréquents. [...] »

On ne peut que constater que les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr M. _____ rejoignent pour l'essentiel celles retenues tant par la Clinique J. _____ que par le Dr F. _____. En particulier, les restrictions liées au port de charges supérieures à 5 kg et aux positions statiques prolongées ont été expressément énoncées par ces derniers. Quant aux limitations relatives au porte-à-faux et aux mouvements en rotation du tronc, on ne voit pas que celles-ci soient susceptibles d'influer sensiblement sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité légère à plein temps. S'agissant de l'estimation d'une capacité de travail partielle à hauteur de 50 %, le Dr M. _____ ne relate aucun constat objectif nouveau qui permettrait d'expliquer une telle restriction. Au contraire, ce praticien justifie son appréciation exclusivement sur la base de l'anamnèse et les plaintes douloureuses alléguées par le recourant. Par ailleurs, il admet expressément que « le patient ne présente pas de limitation fonctionnelle à proprement parler au niveau de la fonction de la colonne », de sorte que son avis ne permet pas d'écarter l'appréciation motivée et réitérée du Dr F. _____, ni les observations consignées au sein de la Clinique J. _____. On ajoutera que ses doutes quant à l'incapacité de gain fixée par la CNA sortent manifestement de son champ de compétences. Il s'agit donc de déduire que le Dr M. _____ n'a fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui justifierait son avis isolé portant sur une capacité de travail restreinte dans une activité adaptée.

c) Quant au Dr K._____, il a communiqué les conclusions suivantes en lien avec son examen de l'épaule droite du recourant, dans son rapport du 29 août 2019 :

« [...] Concernant l'épaule droite, le patient montre des signes de bursite sous-acromiale avec également une tendinopathie du long chef du biceps. Il est suivi par le Dr F._____ qui va évaluer la suite de prise en charge à sa prochaine consultation.

Au sujet de la répercussion sur le travail, le patient est, à mon avis, apte à un travail adapté avec port de charge inférieur à 5 kg et interdiction de mouvement au-delà de l'horizontale avec un rendement de 100 % si le travail est adapté. [...] »

Ce praticien s'étant rallié aux autres avis médicaux en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles, il n'est ainsi d'aucun secours au recourant.

d) Sur le vu de ce qui précède, force est de rejeter la conclusion du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise, éventuellement judiciaire, de son cas. En l'absence de tout constat médical nouveau ou ignoré de l'intimé à la date de la décision litigieuse, on ne voit en effet pas qu'une nouvelle évaluation médicale permettrait de fournir un éclairage différent de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative légère à plein temps et plein rendement, ainsi que des limitations fonctionnelles liées à la symptomatologie de l'épaule et au rachis.

8. 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 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 128 V 29 consid. 1).

b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

9. a) En l'espèce, le recourant ne fait valoir aucun grief à l'encontre de l'évaluation de son degré d'invalidité, fixé à 9,56 %, singulièrement des revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé.

Le revenu sans invalidité a en l'occurrence été fixé sur la base du rapport d'employeur fourni par C._____SA le 17 mai 2017, tandis que le revenu d'invalidité résulte des statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Les chiffres concernés ne prêtent effectivement pas flanc à la critique, étant souligné que l'intimé

s'est conformé aux exigences de la jurisprudence fédérale à cet égard (cf. consid. 8a supra).

b) Le taux d'invalidité pris en considération par la CNA, dans sa décision du 23 avril 2019, s'avère toutefois légèrement plus élevé, à hauteur de 14 %, que celui mis en évidence par l'intimé. Cette différence s'explique par un abattement de 5 %, opéré par la CNA sur le revenu statistique d'invalidé pour une activité adaptée exercée à 100 % (cf. concernant l'abattement sur le salaire statistique : ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Dans le cas particulier, même s'il fallait tenir compte d'un tel abattement et partant, du degré d'invalidité mis en évidence par la CNA, cela demeurerait sans incidence sur le droit aux prestations du recourant.

c) Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrant pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI), l'intimé était fondé à mettre fin au versement de cette prestation à l'issue du délai de trois mois suivant la date de l'examen médical final réalisé par le médecin d'arrondissement de la CNA (cf. art. 88a al. 1 RAI).

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision de l'intimé du 5 juin 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'AI 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) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 juin 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 :

- Me Corinne Monnard Séchaud, à Lausanne (pour B. _____),
- 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 :