

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 décembre 2021

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Stève Kalbermatten,  
avocat à Clarens,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissant du Kosovo, D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), est né en [...]. Marié et père de quatre enfants (nés en [...], [...], [...] et [...]), il est arrivé en Suisse en [...]. Titulaire d'un permis « C », il travaillait, depuis le 28 avril 2014, en tant qu'aide-ferblantier pour le compte de la société B.\_\_\_\_\_ SA à [...]; son salaire annuel brut était de 62'739 fr. 30 (treizième salaire, vacances et jours fériés inclus) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (rapport de l'employeur complété le 23 novembre 2019). En arrêt de travail depuis un accident du 21 janvier 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 29 août 2019, sous la forme de mesures professionnelles et/ou d'une rente, en raison de « douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite ».

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris connaissance du dossier médical constitué par l'assureur-accidents de l'assuré (la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après : la CNA] qui servait ses prestations depuis le jour de l'accident). Il en ressort notamment les pièces suivantes :

- une déclaration de sinistre LAA du 24 janvier 2019 aux termes de laquelle l'employeur de l'assuré a décrit l'accident survenu le 21 janvier 2019 sur un chantier à [...] en ces termes : « Notre employé est tombé alors qu'il était entrain de démonter un support métallique de treille de vigne, il a chuté sur le sol, plus précisément sur son épaule droite ». Blessé à l'épaule droite (écrasement), l'assuré avait interrompu le travail depuis le jour de l'accident ;

- des rapports des 25 mars et 2 mai 2019 adressés au médecin-conseil de la CNA par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a opéré l'assuré le 28 février 2019 (arthroscopie d'épaule droite : réparation arthroscopique du sus-épineux droit) à l'Hôpital [...] ([...]) en assurant également le suivi post

opératoire (physiothérapie pour proprioception, mobilisation en actif-assisté selon les douleurs) ;

- un rapport de consultation ambulatoire du 14 juin 2019 des médecins du Service d'orthopédie et de traumatologie du [...] dont il ressort le diagnostic de status post réparation arthroscopique du sus-épineux à droite. Il est noté qu'une infiltration de l'espace sous-acromial à droite n'avait pas permis d'atténuer d'importantes douleurs limitant la rééducation de l'épaule ;

- un rapport d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite du 20 août 2019 signé par le Dr W.\_\_\_\_\_, radiologue, qui se termine comme suit :

"Conclusion

Tableau radiologique parlant pour une algodystrophie de l'épaule.  
Status post opératoire au niveau du sus-épineux calme.  
Arthrose acromio-claviculaire associée à une bursite sous-acromio-delhoïdienne." ;

- un rapport du 17 septembre 2019, consécutif à un séjour de l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion du 31 juillet au 20 août 2019, des Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et G.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, posant les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 21.01.2019 : traumatisme épaule droite, avec :  
- rupture du tendon du muscle supra-épineux et arthroplastie acromio-claviculaire (IRM du 01.02.2019)  
- capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule

Interventions :

- juin 2019 : infiltration de corticoïdes dans l'espace sous-acromial droit

- 28.02.2019 : réparation arthroscopique du tendon supra-épineux, bursectomie et résection d'un acromion crochu de stade III selon Bigliani de l'épaule droite

#### CO-MORBIDITES

- Obésité grade I (BMI [Body Mass Index] à 34.50 kg/m<sup>2</sup>).
- Tabagisme actif à 60 UPA.

#### ANTECEDENTS

- Aucun connu

#### ALLERGIES

- Aucune connue"

Les Drs F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré :

"A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs sur la face antérieure de l'épaule droite à type de brûlures, constantes et parfois insomniantes, au repos à 3/10, augmentant avec les mouvements de flexion et le port de charge, atteignant 5/10. Elles sont soulagées partiellement par le repos et la prise d'antalgie, et sont associées à un manque de mobilité de l'épaule. Le patient se déclare indépendant dans les activités de vie quotidienne. Le moral est déclaré comme moyen.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

[...]

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

**Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).**

Des facteurs contextuels peuvent influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment un catastrophisme, une sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles et une perception élevée du handicap fonctionnel, chez un patient anxieux qui reste centré sur les douleurs.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous :

- x physiothérapie
- x psychosomatique

Le traitement antalgique a été assuré par du Dafalgan 1 g 3 x/jour et du Brufen 400 mg en réserve. Ce traitement s'est avéré efficace pour contrôler ses douleurs au repos mais sans aucun effet notable à l'effort.

L'évolution subjective et objective n'est pas significative (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. M. D. \_\_\_\_\_ est présent en thérapie mais limité dans la collaboration en raison des douleurs.

Hormis le fait que le patient sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser et démontre des autolimitations en lien avec les douleurs, aucune incohérence n'a été relevée.

Au cours du séjour, une évaluation aux ateliers professionnels [a] été prévue. Le patient se présente, lors des deux séances programmées, en revendiquant violemment ne pas comprendre sa présence aux ateliers, ne pouvant de toute manière rien faire. Malgré les explications sur l'objectif de cette évaluation, le patient refuse de continuer la prise en charge aux ateliers.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues (limitation estimée à ce que le patient veut bien nous mont[r]er au vu d'une autolimitation importante) : le patient peut effectuer une activité légère à sédentaire principalement en position assise.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

La physiothérapie, n'ayant apporté aucune amélioration, n'est pas à poursuivre en attendant le prochain RDV [rendez-vous] chez son médecin ou orthopédiste traitant.

La date de la stabilisation médicale est difficile à évaluer dans une pathologie telle que la capsulite rétractile dont l'évolution peut être longue, associée en plus aux facteurs contextuels discutés ci-dessus. Actuellement, nous sommes à 8 mois d'évolution et la situation devra être réévaluée régulièrement pour juger de l'amélioration clinique.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité ainsi que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est actuellement défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et des facteurs non-médicaux discutés ci-dessus. [...]"

Dans le cadre de la phase d'intervention précoce liée au dépôt de la demande de prestations du 29 août 2019, l'assuré a bénéficié de la prise en charge par l'OAI d'une mesure comprenant trois modules prévue auprès d'A. \_\_\_\_\_ SA à [...], du 9 décembre 2019 au 29 mai 2020

(communication de l'OAI du 26 novembre 2019) ; cette mesure n'a pas été suivie d'effet en raison de la priorité de l'assuré qui consistait à « arrêter les douleurs » pour reprendre son dernier emploi de sorte que l'OAI a finalement clos la période d'intervention précoce le 14 février 2020 (rapport « MIP externalisée [...]» du 23 janvier 2020 ; document « IP - Proposition de DDP » du 14 février 2020).

Le 13 décembre 2019, la CNA a transmis à l'OAI en particulier un certificat médical du 21 novembre 2019 du Dr C.\_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 20 septembre au 21 décembre 2019.

Par communication du 17 février 2020, l'OAI a informé l'assuré que la mise en œuvre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'était pas envisageable compte tenu de sa situation médicale.

Les 12 mars et 13 juin 2020, l'OAI s'est vu communiquer, à sa demande, le dossier actualisé de la CNA. On en extrait en particulier les éléments suivants :

- un rapport du 21 février 2020 consécutif à un examen de l'assuré du 12 février 2020 effectué par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a constaté un état qui était complètement stagnant depuis plusieurs mois. Il n'y avait pas de stabilisation et des investigations étaient éventuellement nécessaires (consilium auprès d'un spécialiste de l'épaule) ;

- un rapport du 19 mai 2020 adressé au médecin-conseil de la CNA par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui, sur la base d'une arthro-IRM de l'épaule droite et infiltration intra-articulaire du 5 mai 2020, a diagnostiqué une lésion récidivante du tendon supra-épineux droit (status post réparation d'une lésion post traumatique du tendon supra-épineux droite le 28 février 2019

[Dr C.\_\_\_\_\_, [...]]) et une capsulite rétractile de l'épaule droite. Ce rapport se termine comme suit :

“Au vu du caractère récidivant de la lésion du tendon supra-épineux, avec une imagerie qui démontre un tendon très aminci, rétracté et une atrophie musculaire débutante, le résultat d'une nouvelle chirurgie est à haut risque d'être décevant. L'absence complète d'effet de l'infiltration intra-articulaire représente également un autre facteur de mauvais pronostic pour une reprise chirurgicale.

Je propose donc de poursuivre le traitement conservateur par du Dafalgan à la demande. Je n'ai pas d'indication à réintroduire une thérapie ciblée au vu de l'absence d'efficacité de la physiothérapie, ce que le patient approuve. Je n'ai pas prévu de nouveau contrôle mais reste à disposition pour toute éventualité.

Les douleurs au repos étant de mieux en mieux contrôlées, la problématique principale de M. D.\_\_\_\_\_ est représentée par son aptitude au travail. Au vu des séquelles liées à son accident, le pronostic de reprise de travail dans son activité de ferblantier est réservé de manière définitive.” ;

- un certificat du 24 juin 2020 aux termes duquel le Dr C.\_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travail de l'assuré du 21 janvier 2019 au 31 août 2020 ;

- un rapport du 29 juin 2020 relatif à un examen final de l'assuré effectué le 25 juin 2020 par le Dr V.\_\_\_\_\_, lequel a posé les diagnostics suivants :

- Lésion récidivante du tendon sus-épineux D [droit].
- Capsulite rétractile de l'épaule D.
- Réparation d'une lésion du sus-épineux D (le 28.02.2019).
- Obésité grade I.
- Tabagisme important.”

Lors de son examen clinique de l'assuré, le médecin d'arrondissement de la CNA a constaté ce qui suit :

“Assuré collaborant, parlant français, mais impression que le sens de toutes les questions n'est pas compris, les réponses sont toujours simplifiées au maximum, difficultés importantes à préciser par exemple le type de douleurs ressentie[s].  
Taille 165 cm. Poids 90 kg. BMI [Body Mass Index] à 34 kg/m<sup>2</sup>, ce qui représente une obésité.

La mesure des périmètres aux MS [membres supérieurs] montre une absence d'atrophie musculaire D [droite] avec bras max. 35 cm contre G [gauche] 34 cm ; avant-bras max. 30 cm D, 30 cm G.

La distance menton/sternum est de 0-22 cm.  
Flexion/extension 40-0-45°.  
Inclinaison latérale 40-0-40°.  
Rotation 70-0-70°.

Au niveau des MS :

Au niveau de l'épaule :

Élévation 50° à D, 180° à G.

Rotation externe 30° à D, 80° à G.

Rotation interne au niveau du grand trochanter à D, D3 à G.

En décubitus dorsal, rotation interne 80° ddc [des deux côtés].

A l'inspection, l'épaule D est clairement abaissée, la fosse sous-épineuse montre une amyotrophie consécutive ainsi que faisceaux moyen et postérieur du deltoïde.

Palpation des contours osseux diffusément douloureuse. L'acromio-claviculaire n'est plus sensible.

Le testing de la coiffe des rotateurs n'est pas réalisable, tous les tests montrent essentiellement une faiblesse liée aux douleurs.

Coudes sp [sans particularités].

Flexion/extension 150-0°

Les épicondyles ne sont pas douloureux.

La prosupination est libre ddc 90-0-90°.

Au niveau des poignets :

Flexion/extension 40-0-60°.

Inclinaison radio-ulnaire 20-0-30° ddc.

L'enroulement est complet, IPD [interphalangienne distale] en flexion et en extension.

Kapamdji à 10 ddc.

L'empan est de 22 cm ddc.

Mesure du Jamar™ : à D 14 kg, à G 36 kg."

Au moment d'apprécier le cas, le médecin d'arrondissement a émis les considérations suivantes (rapport p. 6 sv.) :

"Assuré de 55 ans qui chute sur un sol glissant avec réception sur son épaule D [droite] alors qu'il portait de la ferraille qu'il a tenté de retenir.

Consultation rapide en raison de douleurs de l'épaule D, qui n'a jamais été lésée ou traitée antérieurement, selon ses propos.

Mise en évidence d'une rupture du tendon sus-épineux qui est réparé chirurgicalement par arthroscopie le 28.02.2019, à un mois de son traumatisme. Protocole standard de rééducation, évolution vers une capsulite rétractile. Des douleurs de 5 à 6/10 que la médication antalgique n'arrive pas à soulager. Toutes les mesures de rééducation entreprises à la suite de l'intervention n'ont pas permis d'améliorer la situation. L'épaule reste extrêmement raide, douloureuse. Les douleurs sont centrées sur le moignon de l'épaule. Un séjour à la CRR a été réalisé durant l'été passé, ce séjour n'a pas permis de faire évoluer la situation. Examen à l'agence en février de

cette année avec proposition d'un consilium auprès d'un spécialiste de l'épaule qui conclut à une récurrence de la déchirure du sus-épineux, mais également rupture massive de la coiffe des rotateurs qui rend périlleuse toute nouvelle tentative de réparation chirurgicale de la coiffe des rotateurs.

Aucune proposition thérapeutique conservatrice, devant le fait que toutes les modalités thérapeutiques n'ont pas apporté d'amélioration.

Objectivement, raideur confirmée, sans évolution par rapport à l'examen du 12.02.2020. L'impression d'autolimitations liées à la peur de déclencher des douleurs est toujours présente. A l'inspection, l'attitude montre une épaule abaissée avec une musculature scapulo-thoracique qui n'est pas contrôlée.

Devant cette évolution malheureuse, l'état est stabilisé. Pas de proposition thérapeutique permettant d'améliorer la situation. Antalgie à la demande, avec Dafalgan® 1 gr par jour, 1 à 4 cp par jour, ibuprofène 600 3x/jour et Tramadol® gouttes en réserve.

L'exigibilité en tant que ferblantier ou toute activité lourde sollicitant le MSD [membre supérieur droit] n'est plus exigible. Les limitations fonctionnelles définitives sont : le patient peut effectuer une activité légère à sédentaire en position assise, coudes en appui. Dans cette position, des activités fines de la main D peuvent être réalisées même de manière répétitive. Le[s] port[s] de charge[s] même légère[s] en abduction du membre supérieur droit sont à proscrire. Le[s] port[s] de charge[s] légère[s] coude au corps sont possibles.

Sur le plan médical, toutes les activités respectant strictement les limitations fonctionnelles sont exigibles, sans limitation de temps ni de rendement, à 100 %.

L'estimation de l'atteinte à l'intégrité s'effectue sur pièce séparée.

Droit à la rechute." ;

- un rapport du 29 juin 2020 d'une estimation de l'atteinte à l'intégrité effectuée le 25 juin 2020 par le Dr V.\_\_\_\_\_ qui a constaté une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave, avec une mobilité extrêmement réduite, inférieure à l'horizontale, évaluant le taux d'atteinte à l'intégrité de 20 % ; il s'est référé à la table 1 « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA ».

Par projet de décision du 5 août 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> février 2020 au 30 septembre 2020 compte tenu du dépôt de la demande de prestations le 29 août 2019 seulement. Selon ses constatations, l'intéressé

présentait une incapacité de travail et de gain totale dans son activité professionnelle habituelle d'aide-ferblantier. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (*toute activité lourde sollicitant le membre supérieur droit n'est plus exigible ; une activité légère à sédentaire en position assise, coudes en appui, peut être effectué. Dans cette position, des activités fines de la main droite peuvent être réalisées même de manière répétitive. Le port de charges même légères en abduction du membre supérieur droit est à proscrire. Le port de charges légères coude au corps est possible*), sa capacité de travail était exigible à 100 % depuis le 25 juin 2020. Sur cette base, la comparaison entre le revenu de valide (63'053 fr.) et celui d'invalidé (61'601 fr. 43, après abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge) montrait un préjudice économique qui correspondait à un degré d'invalidité de 2,3 %. Partant, il y avait lieu de supprimer la rente de l'assuré à l'échéance du délai de trois mois suivant l'amélioration, soit au 30 septembre 2020.

Par décision du 4 novembre 2020, la CNA a pour sa part refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en l'absence de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident du 21 janvier 2019. La CNA lui a en revanche alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 29'640 fr. (taux de 20 %, sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2019). Cette décision n'a pas été contestée.

Malgré les objections formulées par l'assuré le 17 août 2020 et la remise par celui-ci d'un certificat médical du 12 octobre 2020 attestant de sa totale incapacité de travail depuis l'accident de janvier 2019, l'OAI a, par décision du 15 janvier 2021, confirmé la teneur de son projet de décision du 5 août 2020.

**B.** D.\_\_\_\_\_, représenté par Me Stève Kalbermatten, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 9 février 2021, complété le 16 mars 2021, en concluant à son annulation et au maintien de son droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup>

octobre 2020 et pour une durée indéterminée. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Le recourant a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical en se plaignant de la non-prise en compte de l'avis divergent de sa médecin traitant. Ce faisant, il a contesté la capacité de travail entière retenue dans une activité adaptée. Il a produit un certificat médical du 9 mars 2021 de la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, rédigé en ces termes :

“CERTIFICAT MEDICAL

Concerne : Monsieur D.\_\_\_\_\_, né(e) [...]  
Domicilié(e) [...], [...].

Ce patient, victime d'un traumatisme de l'épaule D [droite] en 2019 avec capsulite rétractile post-traumatique a pu bénéficier d'une rente AI du 01.02.2020 au 30.09.2020.

Actuellement, ce patient reste extrêmement handicapé et douloureux de cette épaule D. Son incapacité médicale de travail est toujours de 100%, même dans un travail adapté ! (Impotence fonctionnelle extrême dans tous les mouvements de l'épaule, moins de 40% d'abduction et rotation externe, l'antépulsion n'atteignant même pas 70°).

Il serait donc, dès lors, extrêmement important de prolonger le délai de l'AI [assurance-invalidité].”

Dans sa réponse du 19 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a estimé que les critiques du recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 15 juin 2021, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions ainsi que son offre de preuves en y ajoutant l'audition de ses médecins, le recourant a produit un rapport du 27 mai 2021, consécutif à une consultation du jour précédent, adressé à la Dre S.\_\_\_\_\_ par le Dr C.\_\_\_\_\_, et dont il ressort ce qui suit :

“Madame et Chère Consœur,

Voici des nouvelles de votre patient.

Anamnèse :

Il s'agit d'un patient que je n'[ai] pas revu depuis le mois d'août 2020 dans les suites d'une réparation du supra-épineux avec une évolution mauvaise puisque le patient n'arrive toujours pas à se servir de son membre supérieur droit en actif.

Examen clinique :

Il garde le bras ballant le long du corps et même la mobilisation reste très douloureuse avec une rotation externe coude au corps qui est bloquée aux alentours de 30-40° avant l'apparition de douleurs majeures. A noter que du côté controlatéral la rotation externe s'effectue jusqu'à 80° sans contrainte. L'élévation antérieure active n'est pas possible alors qu'en passif on parvient à un Gagey à 80°.

Attitude :

On a donc une situation stagnante complètement qui ne permet pas au patient de reprendre un travail manuel, ce qu'il exerçait auparavant. En ce qui concerne une éventuelle reconversion professionnelle, le patient maîtrise mal la langue française et il serait de fait difficile de lui trouver un poste purement administratif. On est donc contraint à se résoudre au fait que le patient ne pourra pas reprendre d'activité professionnelle à taux plein et sur le long terme voire même définitivement.

En restant à votre disposition pour toute information, je vous adresse, Madame et Chère Consœur, mes meilleures salutations."

Dans sa duplique du 6 juillet 2021, produisant un avis du 25 juin 2021 précédant de la Dre Q. \_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a estimé que les pièces médicales dont se prévalait le recourant à l'appui de ses écritures n'étaient pas susceptibles de modifier sa position. L'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2020, en particulier sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne

droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**d)** Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (VALTERIO, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 6 *ad* art. 31 LAI et réf. cit. p. 495). Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment de début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3068 et réf. cit. p. 833 s. ; cf. également TF 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

**e)** 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**f)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**g)** D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne

permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**h)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**4. a)** L'autorité intimée a alloué une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> février 2020 au 30 septembre 2020, au motif qu'après avoir présenté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-ferblantier et dans toute autre activité adaptée à compter de l'accident du 21 janvier 2019, le recourant avait retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« toute activité lourde sollicitant le membre supérieur droit n'est plus exigible ; une activité légère à sédentaire en position assise, coudes en appui peut être effectué. Dans cette position, des activités fines de la main droite peuvent être réalisées même de manière répétitive. Le port de charges même légères en abduction du membre supérieur droit est à proscrire. Le port de charges légères coude au corps est possible ») depuis le 25 juin 2020. Cette décision se base sur les conclusions du rapport du 29 juin 2020 relatif à l'examen final du recourant effectué le 25 juin 2020 par le médecin d'arrondissement de la CNA (le Dr V. \_\_\_\_\_) constatant que le cas était stabilisé au jour de son examen.

De son côté, le recourant conteste disposer d'une totale capacité de travail dans une activité adaptée telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il fait valoir que l'OAI n'a pas correctement pris en compte les rapports divergents de ses médecins, en alléguant avoir droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2020.

Il convient de relever d'emblée que le litige porte essentiellement sur la capacité de travail résiduelle du recourant, les diagnostics n'étant pas contestés.

**b)** A la suite de l'accident du 21 janvier 2019, l'assuré a présenté une lésion du tendon supra-épineux droit opérée le 28 février 2019 (arthroscopie) par le Dr C.\_\_\_\_\_, compliquée par une capsulite rétractile de l'épaule droite (avec une raideur et douleur dans l'articulation), et ensuite une lésion récidivante du tendon sus-épineux droit (arthro-IRM du 5 mai 2020 et rapport du 19 mai 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_).

Déjà au terme du séjour du 31 juillet au 20 août 2019 à la CRR, les Drs F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont noté des plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré à l'entrée sous la forme de douleurs sur la face antérieure de l'épaule droite à type de brûlures, constantes et parfois insomniantes, cotées au repos à trois sur dix, augmentant avec les mouvements de flexion ainsi que le port de charge jusqu'à cinq sur dix. Les médecins spécialistes de la CRR ont indiqué que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées et que des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'intéressé, notamment un catastrophisme, une sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles ainsi qu'une perception élevée du handicap fonctionnel chez un assuré anxieux qui restait centré sur les douleurs (rapport du 17 septembre 2019, p. 4).

Lors de son examen final du 25 juin 2020, le Dr V.\_\_\_\_\_ a noté des douleurs cotées de cinq à six sur dix que la médication

antalgique ne parvenait pas à soulager. Objectivement, le médecin de la CNA a constaté une raideur confirmée, sans évolution par rapport à l'examen de février 2020, et également les autolimitations liées à la peur de déclencher des douleurs qui était toujours présente. En présence d'un état de santé stabilisé, le Dr V.\_\_\_\_\_ a fixé les limitations fonctionnelles sur la base d'une analyse approfondie du cas ; son rapport remplit les réquisits pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ce rapport fait état des plaintes exprimées par le recourant (rapport du 29 juin 2020, p. 5), comporte la prise en compte de l'anamnèse sur l'ensemble des pièces médicales à disposition (rapport du 29 juin 2020, pp. 1 - 4), repose sur un examen clinique complet (rapport du 29 juin 2020, pp. 5 - 6), il contient une appréciation claire de la situation par un spécialiste et aboutit à des conclusions médicales dûment motivées et exemptes de contradictions.

Il est relevé que, dans son rapport du 19 mai 2020, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, réservait le pronostic de reprise dans l'activité habituelle et non pas dans une activité adaptée au handicap.

Au terme de son instruction du cas, la CNA a retenu qu'en raison de l'atteinte de l'épaule droite persistante depuis l'accident, l'assuré restait en mesure d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution son épaule droite, situation médicale qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (décision de la CNA du 4 novembre 2020). Même si, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549 consid. 6), il reste que l'estimation de la capacité de travail effectuée par la CNA rejoint l'appréciation faite par l'OAI.

**c)** Les pièces médicales établies postérieurement au rapport d'examen final du Dr V. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de celui-ci.

Outre le fait qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5), on relève que, dans son certificat médical du 9 mars 2021, la Dre S. \_\_\_\_\_ invoque des limitations fonctionnelles dans tous les mouvements de l'épaule droite, moins de 40° d'abduction et rotation externe, ainsi que l'antépulsion n'atteignant même pas 70°. Elle décrit une impotence « fonctionnelle extrême dans tous les mouvements » au niveau de l'épaule seulement et conclut à une incapacité de travail totale en toute activité mais sans la justifier sur la base d'éléments médicaux objectifs. Or les restrictions mentionnées ont été prises en compte pour déterminer la capacité de travail du recourant, étant observé que la médecin traitant n'explique pas pour quels motifs médicaux celui-ci ne serait pas en mesure d'exercer une activité adaptée à son état de santé. Dans ce contexte, l'appréciation de la médecin traitant n'est pas probante comparé aux constatations objectives des médecins spécialistes de la CRR ainsi que de celles du médecin d'arrondissement de l'assurance.

De son côté, le Dr C. \_\_\_\_\_, en mai 2021, constate une situation « stagnante complètement ». Il décrit un bras ballant le long du corps et que même la mobilisation passive demeure très douloureuse, avec une rotation externe coude au corps bloquée aux alentours de 30-40° avant l'apparition de douleurs majeures, contrairement au côté controlatéral où la rotation s'effectue jusqu'à 80° sans contrainte, ainsi qu'une élévation antérieure active impossible et en passif à un test d'hyperabduction de Gagey à 80°. Cette description de l'épaule droite du recourant n'est pas nouvelle. Ce médecin estime que la reprise de l'ancienne activité manuelle exercée par le recourant avant son accident n'est plus possible, élément qui va dans le sens de la décision attaquée, mais précise qu'« en ce qui concerne une éventuelle reconversion

professionnelle, le patient maîtrise mal la langue française et il serait de fait difficile de lui trouver un poste purement administratif ». Cet « empêchement » n'est pas de nature médicale et il ne saurait être pris en compte. En effet, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (VALTERIO, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 19 ad art. 4 LAI p. 39). De plus, une activité adaptée ne se situe pas forcément dans un poste purement administratif ; dans sa décision, l'OAI retient en effet un « travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement léger » alors que, de son côté, la CNA retient une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution l'épaule droite.

Dans son avis médical du 25 juin 2021, la Dre Q. \_\_\_\_\_, du SMR, s'est exprimée comme suit sur le cas du recourant :

“Assuré de 56 ans, en Suisse depuis [...], marié, 2 enfants, aide[-]ferblantier depuis 2014 à 100%.

IT [incapacité de travail] 100% depuis 21.01.2019 pour lésion à l'épaule droite.

Pour rappel il s'agit d'une lésion du tendon supra-épineux droit traité chirurgicalement par Dr C. \_\_\_\_\_ le 28.02.2019, compliquée par capsulite rétractile (raideur et douleur dans l'articulation) et ensuite avec récurrence d'une déchirure de coiffe des rotateur[s] selon la nouvelle IRM [imagerie par résonance magnétique] du 5.05.2020.

Il n'y a pas d'amélioration significative des douleurs et des amplitudes après le séjour à la CRR [Clinique romande de réadaptation] du 31.07 au 20.08.2019, des LF [limitations fonctionnelles] provisoires pour l'épaule sont retenues, « le patient peu[t] effectuer une activité légère à sédentaire principalement en position assise ». Selon le premier examen de médecin de la SUVA du 12.02.2020 Dr V. \_\_\_\_\_ chirurgie orthopédique « état stagnant depuis plusieurs mois », l'état n'est pas stabilisé, il propose un deuxième avis orthopédique. En date du 15.05.2020 Dr E. \_\_\_\_\_

confirme une suspicion clinique de ré-rupture de coiffe (nouvelle IRM) et privilégie une attitude conservateur.

Par décision du 15.01.2021 AI [assurance-invalidité] octroie une rente entière limitée dans le temps s'appuyant sur les conclusions d'examen final du 25.06.2020 de médecin d'arrondissement de la SUVA Lausanne Dr V.\_\_\_\_\_. En effet le médecin de la SUVA atteste un état comme stabilisé, ce que nous pouvons traduire de manière suivante : une amélioration de l'état de la santé et de la capacité de travail est peu probable même avec la poursuite de traitement. CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] 0%. CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] 100% dans les activités sans sollicitations du membre supérieur. Notre avis: Nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions des médecins de la SUVA.

En date du 23.03.2021 l'assuré **commence la procédure judiciaire** contre notre décision. Dans le cadre de cette procédure il produit un rapport médical du 27.05.2021 de Dr C.\_\_\_\_\_ son orthopédiste-traitant. Le spécialiste décrit la situation stagnante avec la persistance de douleur et limitation dans la mobilité active de l'épaule droite, confirme une CTAH nulle. Ces constatations vont dans le sens de l'avis de médecin d'arrondissement de la SUVA. Les arguments concernant une mauvaise maîtrise de français responsable d'une non reprise de l'activité professionnelle sortent du champ médical. Dans ce rapport il n'y a pas de nouvel élément objectif rattaché à la période jusqu'à décision susceptible de modifier notre position.

Dans le certificat du 9.03.2021 Dr S.\_\_\_\_\_ médecin traitant atteste une incapacité de travail 100% dans toutes activités et propose de prolonger la rente AI, l'assuré a toujours des douleurs et limitations dans la mobilité de l'épaule. Ce certificat mentionne des LF de l'épaule droite déjà prises dans la considération par les médecins de la SUVA lors de l'examen final et par l'OAI lors de la décision. Dans ce certificat il n'y a pas de nouvel élément objectif rattaché à la période jusqu'à décision susceptible de modifier notre position."

En juin 2021, la Dre Q.\_\_\_\_\_ confirme ainsi les constatations et conclusions de l'examen final du 25 juin 2020 du médecin de la CNA, étant d'avis que les rapports médicaux produits par le recourant (à savoir, celui du 9 mars 2021 de la Dre S.\_\_\_\_\_ ainsi que du 27 mai 2021 du Dr C.\_\_\_\_\_) ne sont pas étayés objectivement sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée et qu'ils ne démontrent pas de nouvel élément médical qui n'aurait pas déjà été pris en compte.

**d)** Les moyens soulevés par le recourant à l'appui de sa cause sont infondés. On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées du Dr V.\_\_\_\_\_, dont le rapport d'examen du 29 juin 2020 remplit les réquisits pour se voir accorder pleine valeur

probante (cf. consid. 4b supra). Ce rapport du médecin de l'assurance-accidents n'est pas sérieusement remis en question par ceux postérieurs des médecins traitants du recourant, de sorte qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de ses conclusions. Les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA peuvent donc être suivies.

De ce rapport d'examen final effectué par le médecin de l'assurance, il convient de retenir qu'après avoir présenté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-ferblantier et dans toute autre activité à compter de l'accident du 21 janvier 2019, le recourant dispose, malgré les atteintes à la santé qu'il présente sur le plan physique, d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues depuis le 25 juin 2020.

**e)** Finalement, à la date de la décision litigieuse, la modification de l'état de santé du recourant depuis le mois de juin 2020 ne justifiait pas l'octroi d'une rente en sa faveur au-delà du 30 septembre 2020 (art. 88a RAI) compte tenu d'un degré d'invalidité de 2,3 % inférieur au seuil minimal fixé à 40 % ouvrant le droit à cette prestation (art. 28 al. 2 LAI).

**5.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir, la réalisation d'une expertise médicale judiciaire ainsi que l'audition de ses médecins en tant que témoins - doivent dès lors être rejetées. Notamment les médecins traitants se sont exprimés par le biais de rapports médicaux écrits, ce qui est suffisant, sans qu'il ne soit nécessaire de les entendre oralement. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

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

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (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 15 janvier 2021 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 D.\_\_\_\_\_.
- 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 Stève Kalbermatten (pour D. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :