

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 octobre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Riesen et Bosson, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à
Fribourg,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) Z._____, né en 1959, marié et père de trois enfants adultes, au bénéfice d'un diplôme serbe d'électro-monteur, travaillait à 100% en qualité de monteur de plafonds suspendus auprès de B._____Sarl à [...] lorsque le 17 décembre 2015, il a chuté d'une échelle à hauteur d'1m50 sur un chantier. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) qui a versé les prestations légales.

L'assuré a essentiellement présenté une lésion de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps, ainsi qu'une déchirure transfixiante de la partie antérieure du sus-épineux, ce qui a nécessité une arthroscopie de l'épaule gauche pratiquée le 24 mars 2016 avec ténodèse du long chef du biceps, débridement, réparation de la coiffe des rotateurs, bursectomie et décompression sous-acromiale. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une capsulite rétractile au niveau de l'épaule gauche.

Dans un rapport de la Clinique S._____ (Clinique S._____) du 22 août 2017, établi à l'issue d'un séjour de l'assuré dans cette institution du 11 juillet au 8 août 2017 qui visait à effectuer des thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgie gauche, il a été retenu que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Toutefois, des facteurs contextuels mis en évidence pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré notamment en raison d'une catastrophisation et d'une focalisation sur la douleur qui étaient élevées. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues au niveau de l'épaule gauche : pas d'activité prolongée et/ou répétitive au-dessus du plan des épaules, pas d'activité prolongée et/ou répétitive avec le membre supérieur gauche (MSG) en porte-à-faux, pas de port de charges lourdes répétitif maximum 15 kg sol taille et 7,5 kg taille tête. Une infiltration sous-acromiale a été effectuée pour l'épaule, sur proposition du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. La poursuite du traitement de physiothérapie a été préconisée avec

stabilisation attendue de l'état de santé dans les 1 à 3 mois. Aucune psychopathologie n'a été retenue sur le plan psychiatrique. Outre les atteintes à l'épaule, il était mentionné, à titre de comorbidités, une hypertension artérielle ainsi qu'une obésité grade II. En définitive, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de poseur de plafonds était défavorable vu les facteurs médicaux retenus alors que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites était favorable. Une pleine capacité de travail pouvait être envisageable dans une telle activité.

Le 25 janvier 2018, l'assuré a subi une nouvelle arthroscopie de l'épaule gauche avec débridement et acromioplastie/ablation de l'ostéophyte.

Dans un rapport d'examen final du 20 juin 2018 de la Dre H. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, on y lit ce qui suit :

« (...).

Sur le plan médical, nous pouvons considérer que la situation est stabilisée. En effet, il n'y a plus de traitement chirurgical ou médical à proposer, hormis la poursuite de la physiothérapie pour une durée de 3 mois environ.

On notera que nous sommes frappés par la discordance entre les valeurs mesurées par le Dr F. _____ et celles mesurées lors de notre examen de ce jour. Ceci peut certainement être expliqué par une certaine accentuation des plaintes de l'assuré qui veut nous montrer qu'il n'est pas capable d'utiliser son bras G [gauche]. Ceci est favorisé par des facteurs extra-médicaux, tels qu'une absence de formation, la non-maîtrise du français écrit, l'âge (l'assuré aura bientôt 59 ans), le fait qu'il n'ait effectué qu'une activité au cours de sa vie comme poseur de plafond et également le fait que l'évènement du 17.12.2015 soit survenu durant son activité professionnelle. À cela s'ajoute que son épouse présente une fibromyalgie et qu'elle reçoit 1/2 rente de la caisse de pension de l'état de [...]. Ces facteurs sont toutefois des facteurs dont nous ne pouvons pas tenir compte puisqu'ils sont extra-médicaux et sans relation aucune avec l'évènement du 17.12.2015.

Dès lors, nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes, qui sont définitives, à savoir :

- Pas de mouvement répété du MSG au-dessus de l'horizontale,
- Pas de mouvement répété du bras G en porte-à-faux,
- Pas de port de charges à 2 mains supérieures à 15 kg du sol à la taille, de plus de 10 kg de la taille aux épaules et de plus de 5 kg au-dessus des épaules.

Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus, la capacité de travail est entière, sans diminution de rendement.

L'activité habituelle de poseur de plafond n'est plus une activité exigible et l'incapacité de travail reste totale dans toute activité lourde ».

Il résulte d'une note d'entretien téléphonique, datée également du 20 juin 2018, entre la Dre H. _____ et le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que ce dernier partageait l'analyse du médecin de la CNA concernant les limitations fonctionnelles à prendre en compte et la capacité de travail, tout en étant bien conscient qu'un retour au travail même dans une activité adaptée risquait d'être difficile du fait de facteurs non-médicaux.

Le Dr F. _____ a, dans un rapport du 7 septembre 2018 adressé au Dr G. _____, mentionné qu'il subsistait une diminution de la force à l'épaule gauche du patient et qu'à l'examen clinique, la mobilité était relativement bonne. Il a proposé la poursuite d'un traitement d'antalgiques et d'anti-inflammatoires et a prolongé son arrêt de travail jusqu'au 31 décembre 2018.

Dans un rapport du 16 mai 2019 à la Dre U. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, le Dr F. _____ a indiqué que l'assuré relatait toujours des douleurs, principalement présentes dans la partie antéro-latérale de l'épaule et lors d'efforts physiques. Aucune autre proposition, sur le plan orthopédique, ne pouvait améliorer le confort lors d'activités physiques et d'un travail de force si ce n'est un suivi de physiothérapie qu'il effectuait alors.

Par décision du 27 juin 2019, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 14% dès le 1^{er} mai 2019, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5% ascendant à 6'300 francs.

b) Dans l'intervalle, soit le 13 juillet 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité

pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de l'atteinte à l'épaule gauche.

Par communication du 30 novembre 2017, l'OAI a fait savoir à l'intéressé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation d'ordre professionnel, dès lors qu'il allait subir une intervention chirurgicale dans le courant du mois de janvier 2018, avec la précision qu'un programme de réadaptation serait déterminé une fois la convalescence terminée.

Le 22 juin 2018, un mandat a été confié au service de réadaptation (le service REA) de l'OAI pour la mise en place de mesures.

Dans un rapport initial du 23 juillet 2018, le service REA a conclu à la nécessité d'une orientation professionnelle/reclassement de l'assuré et a contacté pour ce faire l'Orif (Organisation romande de formation et d'intégration professionnelle).

L'assuré a tout d'abord effectué un stage d'orientation professionnelle du 3 septembre 2018 au 6 janvier 2019 auprès du Centre Orif de [...], notamment comme électricien, puis une mesure d'observation professionnelle au Copai de l'Orif de [...] du 7 janvier au 1^{er} février 2019.

Selon le rapport de l'Orif du 25 février 2019 relatif à cette dernière mesure, l'assuré avait manifestement des capacités d'habileté, de précision et de remise d'un travail de qualité. Concentré, motivé, doté d'un bon niveau de compréhension, ayant à cœur de remettre un travail de qualité et capable d'utiliser des outils variés, l'assuré avait toutefois eu un rendement faible. Celui-ci était capable de réaliser des tâches simples et répétitives comme celles requises pour un travail en électricité de type industriel. Il a été conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée avec un rendement de 50%.

Pendant toute la durée des mesures d'ordre professionnel précitées, l'assuré a été mis au bénéfice d'indemnités journalières (cf. décisions de l'OAI des 19 septembre, 22 et 23 novembre 2018).

Par communication du 11 février 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une formation et des stages dans le domaine de l'électricité industrielle effectués auprès de l'Orif de [...] du 11 février au 12 mai 2019 avec le versement d'indemnités journalières, y compris durant le délai d'attente du 2 au 10 février 2019 (cf. décision du 13 février 2019).

Dans un rapport final du 10 mai 2019, le service REA a mentionné qu'il avait pris note, lors d'une synthèse du 9 mai 2019, que, malgré son investissement, son assiduité, son savoir-faire et son savoir-être, l'assuré ne parvenait pas à réaliser des tâches, mêmes simples, dans un temps imparti raisonnable. Son rendement était extrêmement faible (de l'ordre de 30%). Il ressortait en outre que l'assuré ne pouvait être autonome, qu'il était nécessaire d'être constamment à sa proximité afin de l'aider à comprendre les données et que sa fatigue due à ses douleurs l'empêchait de se concentrer, altérant ses fonctions cognitives. De plus, ses problèmes de vision lui provoquaient une perte d'énergie (fatigue), même après avoir rencontré un ophtalmologue. Ainsi, l'assuré ne pouvait rejoindre l'économie en raison de ses atteintes à la santé, mais aussi en raison de ses difficultés d'apprentissage liées à son âge et à ses compétences. En se référant au rapport d'évaluation de l'Orif, le service REA a relevé que seul un atelier protégé pourrait accueillir l'assuré. Il a conclu à une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 27 mars 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, soit du 1^{er} janvier au 30 septembre 2018, dans la mesure où il avait recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis le 3 septembre 2018, date à laquelle les mesures de réadaptation avaient été instaurées.

Le 6 mai 2021, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté le projet précité et produit plusieurs rapports médicaux, dont :

- un rapport de la Dre U._____ du 18 mai 2020 qui a retenu, en sus des problèmes à l'épaule gauche, des lombalgies chroniques, un syndrome d'apnée du sommeil, ainsi qu'un syndrome métabolique (obésité, diabète de type II et hypertension artérielle) et comme limitation fonctionnelle, la possibilité de changer fréquemment de position ;
- un rapport du 3 septembre 2019 du Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, consulté en raison d'une exacerbation des douleurs lombaires, dans lequel ce médecin a posé le diagnostic de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de troubles dégénératifs de la colonne lombaire avec discopathie sévère L4-L5 ainsi qu'une arthrose postérieure, objectivée lors d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] du 20 mai 2020 ;
- un rapport du 5 avril 2019 du Dr P._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui a retenu la présence d'une presbyacousie légère à sévère bilatérale avec acouphène neurosensoriel d'accompagnement pouvant être en lien avec le déficit auditif physiologique et/ou avec l'hypertension artérielle.

Par avis du 3 novembre 2020, la Dre B._____ du Service médical régional AI (SMR) a considéré qu'il fallait interroger le Dr V._____ en lien avec les lombalgies chroniques qui pouvaient justifier des limitations fonctionnelles. Elle a relevé, pour le surplus, que la presbyacousie et les troubles visuels dont se plaignait l'assuré étaient physiologiques, relatifs à son âge.

Répondant le 15 décembre 2020 à un questionnaire de l'OAI, le Dr V._____ a indiqué comme limitations fonctionnelles d'éviter le port de charges lourdes et répétitives de plus de 10 kg, d'éviter les positions

statiques prolongées debout et assis, de privilégier l'alternance de ces positions et d'éviter les positions en porte-à-faux. Il a précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites était *a priori* de 100%.

Dans un avis SMR du 7 janvier 2021, la Dre B._____ a mentionné que l'absence de capacité de travail de l'assuré exploitable dans l'économie libre retenue au terme des mesures de réadaptation n'était pas justifiée par des raisons médicales.

Par décision du 15 janvier 2021 confirmant le projet du 27 mars 2020, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1^{er} janvier au 30 septembre 2018, dès lors que celui-ci avait recouvré une capacité de travail de 100% à compter du 3 septembre 2018, date à laquelle des mesures de réadaptation, qui mettaient un terme au versement de la rente au profit d'indemnités journalières, avaient été mises en oeuvre.

B. Par acte du 11 février 2021, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à l'échéance du délai d'attente et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire, notamment sous l'angle psychiatrique. Il conteste l'évaluation de l'invalidité faite par l'OAI et considère qu'étant incapable de travailler dans quelle qu'activité que ce soit, il a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2018. Il estime par ailleurs que l'OAI a violé son devoir d'instruction dès lors qu'il n'a pas instruit le dossier sur le plan psychiatrique.

Par réponse du 25 mars 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours, en relevant qu'en l'absence d'éléments objectifs pouvant expliquer les constatations de rendement si faible durant les observations professionnelles et le comportement de l'assuré, il fallait en conclure que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée, rejoignant

les avis du médecin d'arrondissement de la CNA et du Dr F._____. De plus, une part importante des difficultés que rencontrait le recourant était sans lien avec une éventuelle atteinte à la santé.

Répliquant le 26 avril 2021, le recourant a soutenu que l'atteinte à la santé représentait l'élément déterminant de ses difficultés à retrouver un emploi, en plus des facteurs liés au manque de formation et à l'âge, si bien qu'il appartenait à l'intimé de lui accorder une rente entière d'invalidité.

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 des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 septembre 2018, étant précisé que des indemnités journalières ont par la suite été versées - jusqu'au 11 mai 2019 - mettant fin au versement de la rente.

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut

être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

c) 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).

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).

Fondés sur l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

d) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une

nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2)

4. En l'espèce, le droit du recourant à une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2018 n'est pas contesté. Seule la persistance de ce droit à compter du 1^{er} octobre 2018, respectivement du 12 mai 2019 (à l'issue du versement des indemnités journalières) fait l'objet du présent litige. Il convient ainsi de déterminer si le recourant a présenté une atteinte à la santé invalidante au-delà de cette date, respectivement si le taux d'invalidité de 20.58% peut être confirmé.

L'OAI a fondé sa décision du 15 janvier 2021, essentiellement sur le rapport d'examen final du 20 juin 2018 de la CNA ainsi que sur les mesures de réadaptation mises en place à partir du 3 septembre 2018, pour retenir que le recourant avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée à partir de cette date. Considérant que, sur le plan médical, la situation était stabilisée lors du rapport d'examen final de la CNA, les limitations fonctionnelles définitives suivantes ont été posées : pas de mouvement répété du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de mouvement répété du bras gauche en porte-à-faux, pas de port de charges, à deux mains, supérieur à 15 kg du sol à la taille, de plus de 10 kg de la taille aux épaules et de plus de 5 kg au-dessus des épaules. Ces limitations fonctionnelles tiennent compte uniquement du problème que rencontre le recourant à l'épaule gauche. Or il est apparu, lors de la procédure d'opposition au projet de l'OAI du 27 mars 2020, que le recourant souffrait d'autres atteintes que celles de l'épaule, en particulier de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles

dégénératifs de la colonne lombaire avec discopathie sévère L4-L5, d'une arthrose postérieure ainsi que de presbyacousie légère à sévère bilatérale avec acouphène neurosensoriel d'accompagnement, auxquelles s'ajoutaient des comorbidités (hypertension artérielle traitée par inhibiteur d'enzyme de conversion, diabète de type II traitée par Metformine et obésité de grade II). La CNA n'avait pas à se prononcer quant à ces atteintes et comorbidités, pour certaines déjà connues au moment où le médecin d'arrondissement a rendu son rapport final en 2018, faute de lien de causalité avec l'évènement survenu le 17 décembre 2015. Par ailleurs, le but du séjour à la Clinique S. _____ en 2017 était la mise en place de thérapies physiques et fonctionnelles en raison de l'omalgie gauche ; la consultation orthopédique du 4 août 2017 du Dr D. _____ s'est limitée à l'examen de l'atteinte à l'épaule. Force est ainsi de constater que l'OAI n'a procédé à aucune instruction médicale, respectivement n'a sollicité aucun rapport médical notamment auprès de la médecin traitante, la Dr U. _____, ni auprès des autres spécialistes, à l'exception du Dr V. _____ qui a, en date du 15 décembre 2020, retenu des limitations fonctionnelles supplémentaires en raison des lombalgies chroniques, à savoir éviter les positions statiques prolongées debout et assis et privilégier l'alternance des positions, de même qu'éviter les positions en porte-à-faux. Le Dr V. _____ a certes indiqué une capacité de travail totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites mais sans tenir compte des limitations fonctionnelles précédemment retenues pour l'atteinte à l'épaule gauche. Faute d'évaluation globale de l'état de santé de recourant, le dossier, en l'état, ne permet pas de déterminer si les atteintes présentées par le recourant autres que celle à l'épaule gauche sont incapacitantes et entraînent des limitations fonctionnelles justifiant un abattement plus important, voire une diminution de rendement comme l'a relevé l'Orif qui l'a évalué à 50%. A cet égard, l'appréciation du SMR du 3 novembre 2020 - ultérieure au dépôt de la contestation - , ne permet pas de suppléer à l'absence d'instruction sur le plan médical, notamment s'agissant de l'interaction des pathologies présentées par le recourant en sus des comorbidités, l'intéressé présentant au demeurant une fatigue importante qui ralentit la vitesse d'exécution des tâches et qui, en l'état du dossier, ne trouve pas

d'explication (addition de médicaments, syndrome d'apnées du sommeil, troubles cognitifs ?). Certes, il y a des facteurs extra-médicaux. Toutefois, il convient de relever que le recourant maîtrise le français à l'oral et que ses difficultés apparaissent à la lecture et à l'écrit uniquement. Par ailleurs, celui-ci a indiqué qu'il limitait les visites médicales en raison de ses difficultés financières. A cela s'ajoute que le service REA a conclu à une incapacité de travail totale dans une activité adaptée (cf. rapport du 10 mai 2019), ce qui va à l'encontre des conclusions retenues par l'OAI dans sa décision du 15 janvier 2021. Dans ce contexte, l'examen de l'exigibilité n'est pas possible.

Au vu de ce qui précède, le dossier n'étant pas complet quant au volet somatique, l'intimé n'était pas fondé à statuer sur le droit aux prestations sans procéder à l'instruction du dossier sur le plan médical, les rapports produits par la CNA, de même que l'examen final de son médecin d'arrondissement, n'étant pas suffisants pour rendre une décision à satisfaction de droit du point de vue de l'assurance-invalidité. En revanche, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'apparaît pas nécessaire de procéder à une instruction sur le plan psychiatrique, aucun médecin n'ayant fait état d'une pathologie sur ce plan-là (cf. notamment rapport de la Clinique S. _____ du 22 août 2017 qui n'avait retenu aucune psychopathologie).

En définitive, il convient de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) pour qu'il procède à un complément d'instruction en sollicitant des rapports médicaux auprès de la Dre U. _____, médecin traitante, du Dr P. _____ (oto-rhino-laryngologue), du Dr V. _____, du Dr F. _____ et de l'ophtalmologue (examen à l'hôpital ophtalmique) s'agissant de l'évolution des pathologies présentées par le recourant dès 2017 et leur éventuelle influence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il appartiendra à l'intimé de rendre ensuite une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant au-delà du 12 mai 2019 et, notamment, de procéder au calcul du revenu avec invalidité en tenant compte d'une

activité adaptée. La cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction, il est prématuré de se prononcer sur la rente d'invalidité réclamée.

5. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 15 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ le montant de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :