

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 novembre 2023

Composition : M. NEU, président
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Dutoit

Cause pendante entre :

Q. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], sans formation professionnelle, a effectué des missions temporaires en qualité de manœuvre dans la construction, puis a travaillé comme monteur-électricien.

Le 22 août 2011, l'assuré a reçu un panneau de coffrage sur la tête et a chuté de 1,5 mètres, se réceptionnant sur des fers à béton. Il a souffert d'un traumatisme crânio-cérébral léger, ainsi que de contusions à la fesse et au mollet droits, qui ont fait l'objet d'une évaluation interdisciplinaire à la L. _____ du 14 au 16 novembre 2011. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), laquelle a mis fin au versement de ses prestations au 1^{er} mars 2012.

Le 4 avril 2012, l'assuré a fait une chute dans les escaliers alors qu'il était sans emploi, subissant des contusions au genou droit et au poignet gauche (cf. rapport du Dr C. _____, médecin assistant au N. _____, du 10 octobre 2012). Il a ensuite souffert d'une lésion de type SLAP [lésion antéropostérieure du labrum supérieur] à gauche réparée le 9 avril 2013 par arthroscopie, dont l'évolution était objectivement et subjectivement favorable, avec une reprise du travail probable quatre à six mois après l'intervention (cf. rapport du Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 13 juin 2013).

Le 30 juin 2013, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 15 juin 2012.

Par rapport du 24 novembre 2014, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a

exposé que ce patient pratiquait le body-building, le kick-boxing, et la course à pied et rapportait des douleurs à l'épaule et au poignet gauche, ainsi que des douleurs remontant « le long des veines ». Il estimait que l'assuré ne pouvait plus poursuivre son activité habituelle de manœuvre, mais que de nombreuses autres activités moins lourdes s'offraient à lui.

Par projet de décision du 6 février 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de mesure de reclassement et de rente, au motif qu'une activité avec port de charges moyennes et sans mouvements répétés du bras au-dessus de l'horizontale des épaules était devenue exigible en janvier 2014, sans que ne subsiste de préjudice économique.

Par décision du 18 mars 2015, l'OAI, confirmant son projet du 6 février 2015, a refusé l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité.

B. Dans un rapport du 4 juin 2015, le Prof. Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que l'artho-IRM de l'épaule gauche réalisée le 19 mai précédent mettait en évidence une omarthrose débutante avec disparition pratiquement complète du cartilage en partie postérieure et inférieure, un ostéophyte débutant à la partie inférieure de la tête humérale, ainsi qu'une lésion dégénérative du labrum postérieur. Par ailleurs, il relevait que les douleurs et la légère raideur étaient liées à l'omarthrose.

Par déclaration de sinistre du 9 septembre 2015 adressée à la CNA, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute des suites de l'accident survenu le 4 avril 2012. Il précisait que l'intéressé travaillait depuis le 13 avril 2015 comme ouvrier sur des chantiers et qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 3 août 2015.

Le 29 juin 2016, l'assuré a subi une réparation arthroscopique du tendon sous-scapulaire et une ténodèse du long chef du biceps (cf. protocole opératoire établi le 30 juin 2016 par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 20 septembre 2016, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant un nouvel accident à l'épaule gauche, une nouvelle opération et des douleurs en augmentation.

L'assuré a effectué un deuxième séjour à la L._____, du 25 janvier au 7 février 2017. Dans un rapport final établi le 27 février 2017, les médecins ont constaté une omarthrose post-traumatique débutante à gauche, tandis qu'aucun diagnostic n'était retenu sur le plan psychiatrique et neurologique. La poursuite de la physiothérapie n'était pas proposée, au vu du manque de résultats. Il n'y avait aucune proposition chirurgicale. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'intéressé était défavorable en raison de facteurs non médicaux. Le patient présentait une kinésiophobie, une catastrophisation et une sous-estimation de ses propres capacités. Les limitations fonctionnelles provisoirement retenues, avec stabilisation attendue dans un délai d'un mois, concernaient les mouvements répétitifs, le port de charges au-dessus de 90 degrés de flexion avec l'épaule gauche. S'agissant du port de charges en-dessous de 90 degrés et les travaux fins, les médecins ont fait état d'une absence de limitation.

Par projet de décision du 21 avril 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente d'invalidité. Il retenait que l'incapacité de travail avait durée moins d'un an et que les activités dans le domaine de la construction étaient toujours largement contre-indiquées. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges et les mouvements répétés avec les bras au-dessus de la hauteur des épaules. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée et ce depuis toujours, sans que ne subsiste de préjudice économique.

Le 1^{er} mai 2017, l'assuré a fait valoir ses objections à l'encontre du projet précité. Il a exposé que n'ayant aucune formation professionnelle, il lui était difficile de trouver un emploi à salaire

équivalent dans un domaine autre que la construction. En outre, il a sollicité une mesure de reclassement.

Par décision du 19 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision et a nié le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

C. Le 20 mai 2019, l'assuré, travaillant en qualité de monteur-électricien depuis le 1^{er} novembre 2018, a consulté aux urgences de J._____. A l'occasion d'un exercice de musculation, lors d'une poussée vers le haut, il avait senti un craquement accompagné de fortes douleurs à l'épaule gauche, décrivant une luxation gléno-humérale qu'il avait réduite lui-même. L'examen radiologique ne montrait aucune fracture et un diagnostic d'altération dégénérative gléno-humérale, de synovite et d'épanchement intra-articulaire était retenu. Une incapacité de travail totale à compter du même jour a été attestée (cf. rapport du Dr U._____, médecin assistant, du 10 juillet 2019, et déclaration de sinistre de l'employeur du 27 mai 2019).

Le 26 octobre 2019, l'assuré a consulté aux urgences du N._____. La veille au soir, il avait subi un accident de voiture, son véhicule ayant été percuté par l'arrière alors qu'il était arrêté à un feu rouge. Il rapportait un coup du lapin, une perte de connaissance de quelques minutes et des douleurs cervicales intenses. Il avait ensuite souffert de vertiges, de céphalées, d'un flou visuel et de nausées. Le CT-scan montrait une absence de saignement intracrânien, de thrombose veineuse, de zone d'ischémie, de fracture et de dissection des vaisseaux pré-cérébraux (cf. rapport du Dr D._____, médecin assistant, rédigé le 29 octobre 2019).

Dans un rapport du 28 octobre 2019, le Prof. Z._____ a constaté qu'il ressortait d'une arthro-IRM réalisée le 19 juin précédent, chez ce patient pratiquant intensivement le fitness et anciennement les sports de combat, une omarthrose gauche décompensée et en progression, avec développement d'une couronne ostéophyttaire au niveau de la partie inférieure de la tête humérale et une chondropathie de stade

IV dans la partie postérieure de la glène. En outre, il a estimé qu'à terme, l'assuré serait vraisemblablement candidat pour la mise en place d'une prothèse de l'épaule.

Le 29 mai 2020, le Dr P._____, médecin généraliste traitant, a revu l'assuré à l'occasion d'une consultation de suivi en lien avec l'accident du 9 novembre 2019 [recte : 25 octobre 2019]. Il a indiqué dans une appréciation du 4 juin 2020 que l'intéressé rapportait des douleurs permanentes au dos et une incapacité à suivre un traitement physiothérapeutique, au motif qu'il était « bloqué de partout ».

L'assuré a effectué un troisième séjour à la L._____, du 13 au 15 juillet 2020, dans le but d'apprécier les conséquences de l'accident du 25 octobre 2019. Les médecins ont retenu dans une évaluation finale du 17 juillet 2020 que l'évènement n'avait pas occasionné de lésion traumatique ni de séquelle psychologique. Le pronostic de retour au travail dans une activité de monteur-électricien était influencé défavorablement par une auto-perception d'un handicap sévère qui n'était pas en adéquation avec les constatations radiologiques et cliniques.

La Dre M._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 15 septembre 2020. Dans un rapport final du 17 septembre 2020, elle a retenu des limitations fonctionnelles identiques à celles constatées notamment lors du séjour à la L._____ du 25 janvier au 7 février 2017 en lien avec l'omarthrose débutante de l'épaule gauche. Les activités nécessitant des mouvements répétitifs et le port de charges au-dessus de 90 degrés de flexion avec cette épaule étaient contre-indiquées. Elle constatait en revanche une absence de limitation s'agissant du port de charges en-dessous de 90 degrés, dans les travaux fins et à hauteur d'établi. Les facteurs contextuels pouvaient toujours péjorer le pronostic de réinsertion professionnelle de l'intéressé dans une activité adaptée. Les activités de manœuvre sur les chantiers, de monteur-électricien et de chef d'équipe n'étaient plus exigibles. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

Le 14 octobre 2020, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, au motif qu'il présentait une omarthrose depuis 2012 et une cervicodorsalgie depuis 2019.

Le 2 décembre 2020, l'assuré a consulté aux urgences du N._____. Il rapportait avoir subi un accident de voiture la veille, son véhicule ayant été percuté par l'arrière lors d'un freinage sur l'autoroute. Dans son rapport du 3 décembre 2020, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de contusion cervico-dorso-lombaire.

L'assuré a fait un quatrième séjour à la L._____, du 22 au 24 février 2021. A l'occasion du volet psychiatrique de l'évaluation, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que ce patient présentait des plaintes dans le registre anxieux, associées à des comportements d'évitement, en lien avec son dernier accident, sans toutefois présenter un tableau complet d'état de stress post-traumatique. Pour tenir compte de cette symptomatologie, un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse pouvait être retenu, diagnostic qui pouvait être pertinent jusqu'à six mois après l'accident. Etant donné l'aspect limité de la symptomatologie, quelques séances d'EMDR [désensibilisation et retraitement des informations avec l'aide de mouvements oculaires] couplées à une approche comportementale devait suffire pour obtenir un pronostic favorable (cf. rapport du 24 février 2021). Dans une évaluation finale du 25 février 2021, les médecins ont retenu que le coup du lapin subi lors de l'accident de la circulation routière du 1^{er} décembre 2020 avait causé un traumatisme cervical indirect correspondant à un degré II selon la classification QTF. En outre, ils ont indiqué ce qui suit :

« Dans ce contexte, le dernier accident en date (1^{er} décembre 2020) apparaît comme un épiphénomène. Il n'a nécessité qu'une consultation médicale différée sans que les médecins ne retiennent d'indication à une imagerie complémentaire. Du propre aveu du patient, ce nouvel accident n'a rien changé à son état en-dehors d'une intensité un peu augmentée de sa douleur aux sites préalablement connus (rachis cervical et épaule gauche), d'épisodes d'épistaxis et de la perte d'un morceau d'émail sur une incisive (non signalés lors de la consultation initiale au N._____).

La seule atteinte objective démontrée est une omarthrose gauche, ancienne, sans modification depuis le bilan L. _____ précédent et justifiant, dans la perspective d'un retour au travail, les limitations fonctionnelles maintes fois décrites dans le dossier : pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur gauche et pas d'activité au-dessus de 90° de flexion avec l'épaule gauche. On ne retient pas de limitation dans les ports de charges en-dessous, ni dans les travaux fins.

Il existe une certaine fragilité psychique caractérisée par un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse, qui n'explique cependant pas le tableau et sa persistance. M. Q. _____ semble trouver son salut dans des traitements qui ne lui amènent pas de bénéfice et dont le risque de iatrogénicité est élevé, puis dans une fuite en avant asséurologique avec l'acquisition au fil des ans d'un rôle d'invalidé à la mesure de son renoncement à toute implication professionnelle.

Dans ce contexte, nous n'avons pas de proposition proprement médicale à vous soumettre. Toutes les mesures utiles ont déjà été tentées et il est déraisonnable d'envisager actuellement la mise en place d'une prothèse d'épaule. La capacité d'adhésion à une thérapie d'inspiration cognitivo-comportementale ou à de l'EMDR semble douteuse, même si M. Q. _____ ne s'y montre pas opposé.

Dans tous les cas, il n'y a pas de contre-indication à ce que M. Q. _____ s'investisse dans une activité rémunérée adaptée aux limitations de l'épaule gauche. »

Le 1^{er} mars 2021, la Dre M. _____ a pris connaissance du rapport final de réadaptation précité et a considéré que l'évènement du 1^{er} décembre 2020 n'avait pas causé de lésions structurelles. Elle a estimé en outre que, pour les seules suites somatiques de cet évènement, la capacité de travail était entière dès la sortie de la L. _____.

Dans un rapport final de réadaptation et une fiche de calcul du salaire exigible du 9 mars 2021, l'OAI a retenu, sur la base du dossier de la CNA, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de monteur-électricien et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le revenu sans invalidité a été calculé sur la base du salaire réalisé dans l'activité de monteur-électricien, soit un montant annuel de 70'850 francs. Le revenu avec invalidité a été évalué au moyen des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative. Un montant de 68'991 fr. 96 a été retenu, pour un taux d'invalidité de 2,62 %. Un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, au contrôle ou à la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ou comme

ouvrier dans le conditionnement, était exigible, tout comme une activité d'aide-administratif ou un travail simple dans la vente.

Par projet de décision du 19 avril 2021, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de reclassement professionnel et de rente. Il a retenu que l'activité de monteur-électricien n'était plus adaptée à l'état de santé de l'intéressé, mais que dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière dès le 15 septembre 2020.

Le 19 mai 2021, par l'intermédiaire de ses mandataires, Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, l'assuré a déposé ses objections à l'encontre du projet de décision précité, faisant valoir que les multiples fractures et accidents dont il avait été victime ces dernières années avaient laissé d'importantes séquelles qui rendaient illusoire la reprise d'une activité professionnelle. Il ajoutait que son état de santé s'était considérablement dégradé à la suite d'un accident de la circulation routière survenu le 1^{er} décembre 2020, lequel n'avait pas été pris en compte par l'OAI.

Dans son complément d'objection du 31 août 2021, toujours sous la plume de ses mandataires, l'assuré a fait valoir qu'une activité répétitive n'est pas exigible, considérant qu'à l'occasion d'une décision sur opposition du 10 décembre 2020 rendue par la CNA, la Dre M._____, avait relevé que les activités impliquant des mouvements répétitifs étaient à éviter en raison de l'omarthrose moyenne diagnostiquée et qu'une incapacité de gain durable avait été constatée.

Par avis du 14 octobre 2021, la Dre F._____, médecin auprès du le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a constaté que l'assuré n'avait apporté aucun élément susceptible de remettre en question les évaluations du 15 septembre 2020 [recte : 17 septembre 2020] et du 1^{er} mars 2021 rédigées par la Dre M._____, sur lesquelles le projet de décision était fondé, ou suggérant que son état de santé s'était aggravé depuis lors.

Par décision du 2 février 2022, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente de l'assuré.

D. Par acte du 4 mars 2022, Q._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est versée à compter du 15 octobre 2020, subsidiairement à son annulation et à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'un reclassement professionnel, plus subsidiairement encore à son annulation et au renvoi à l'intimé pour nouvelle instruction.

Dans un premier moyen le recourant a reproché à l'OAI une appréciation incomplète de sa situation médicale. Il estimait que l'état de son épaule rendait illusoire la reprise d'une activité professionnelle dans une activité adaptée, comme cela ressortait de l'avis du Prof. Z._____, qui préconisait la mise en place d'une prothèse. Il ajoutait que les deux accidents de la circulation routière subis avaient entraîné des répercussions au niveau cervical et que les conséquences du trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse mis en évidence par les médecins de la L._____ n'avaient pas été examinées par l'Office. Il relevait que les limitations fonctionnelles retenues n'avaient pas été clairement exposées. En conséquence, le recourant a sollicité, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise.

Dans un second moyen, le recourant a critiqué l'application de la méthode de la comparaison des revenus pour évaluer son invalidité, laquelle était discriminatoire envers les travailleurs pauvres. S'agissant du calcul du revenu avec invalidité, il soutenait que, ne maîtrisant qu'une seule langue nationale, sa situation justifiait un abattement de 25 % au maximum sur le montant retenu. En outre, l'évaluation de son taux d'invalidité n'avait pas été effectuée avec suffisamment de précision. Des statistiques cantonales et non fédérales auraient dû être utilisées.

Dans sa réponse du 14 avril 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours.

A l'appui de sa réplique du 20 mai 2022, le recourant a produit un rapport rédigé par le Prof. Z._____ le 25 avril 2022, lequel constatait qu'une radiographie de l'épaule gauche réalisée le 22 mars précédent mettait en évidence une omarthrose avec couronne ostéophytaire, principalement dans la partie inférieure de la tête humérale, et une densification de l'os sous-chondral, en particulier au niveau de la glène à la partie inférieure. Ce médecin a réitéré son appréciation (cf. rapport du 28 octobre 2019), estimant qu'à terme, le patient serait vraisemblablement candidat pour une prothèse de l'épaule. Il a ajouté qu'actuellement, la poursuite du traitement conservateur avec adaptation des activités sportives et mesures professionnelles paraissait l'option à privilégier. S'agissant de la problématique asséculoologique, il retenait qu'une expertise médicale par un médecin neutre, non traitant et indépendant de l'assurance, était souhaitable.

Par duplique du 8 juin 2022, l'OAI a considéré que le rapport du Prof. Z._____ précité faisait état d'une situation médicale qui avait déjà été prise en compte lors de l'analyse effectuée par le SMR le 14 octobre 2021 et a maintenu ses conclusions.

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. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le point de savoir si son état de santé s'est aggravé de manière à influencer sa capacité de travail entre le 19 juin 2017, date de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et le 2 février 2022, date de la décision litigieuse.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 2 février 2022, fait suite à une demande de prestations déposée le 14 octobre 2020. Dans la mesure où le droit hypothétique à la rente prend naissance six mois après le dépôt de la demande (art. 29 LAI), l'ancien droit est applicable.

4. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une

constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

5. a) Pour 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).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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).

d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 RAI). 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. Il est admissible de se fonder 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).

e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. En l'espèce, il est constant que l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée le 14 octobre 2020 par le recourant. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 19 juin 2017, consécutive à la deuxième demande, et la décision litigieuse du 2 février 2022, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Dans le cadre de la deuxième demande de prestations, qui était motivée par une rechute des suites de l'accident survenu le 4 avril 2012, l'intimé avait retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée, sans que ne subsiste de préjudice économique. A l'instar des médecins de la L._____, l'intimé avait retenu des limitations fonctionnelles concernant le port de charges et les mouvements répétés avec les bras au-dessus de la hauteur des épaules (cf. rapport du 27 février 2017). Cette appréciation n'a pas été contestée et la décision rendue par l'intimé le 19 juin 2017 est entrée en force.

b) Pour statuer sur les prétentions du recourant dans le cadre de sa troisième demande de prestations, l'intimé s'est fondé principalement sur les évaluations de la médecin d'arrondissement de la CNA, établissant la synthèse des informations médicales recueillies à l'occasion des différents séjours effectués à la L._____ et auprès des différents médecins consultés par l'intéressé (cf. avis SMR du 14 octobre 2021). En particulier, les médecins de la L._____ ont retenu des limitations fonctionnelles superposables à celles constatées à l'occasion de la précédente demande de prestations de l'assurance-invalidité (cf. rapport du 25 février 2021). L'intimé en a déduit que l'activité habituelle n'est plus adaptée à l'état de santé du recourant, mais que dans une

activité respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est entière dès le 15 septembre 2020. Ce dernier peut, par exemple, effectuer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, comme ouvrier dans le conditionnement, comme aide-administratif ou travailler dans la vente.

aa) Sur le plan somatique, il ressort des constatations du Dr U._____ que le recourant s'est blessé une nouvelle fois à l'épaule gauche en faisant un exercice de musculation (cf. rapport du 10 juillet 2019). Sur le plan diagnostic, le Prof. Z._____ retient, dans un rapport du 25 avril 2022 dont l'intéressé se prévaut, que les différentes IRM mettent en évidence une omarthrose gauche décompensée en progression. Cependant, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, à cet égard, force est de constater que ce médecin ne fait état d'aucune aggravation des limitations fonctionnelles. Il relève uniquement que si le patient sera, à terme, vraisemblablement candidat pour une prothèse de l'épaule, la poursuite du traitement conservateur avec adaptation des activités sportives et mesures professionnelles paraît l'option à privilégier. Il n'appuie pas le recourant qui, lui, soutient que l'état de son épaule exige la mise en place d'une prothèse et rend illusoire la reprise d'une activité professionnelle, même dans une activité adaptée.

S'agissant des accidents de la circulation routière, ils ont fait l'objet d'un examen circonstancié de la part de l'assureur-accident. En effet, un troisième séjour à la L._____ a été mis en place dans le but d'évaluer les conséquences de l'évènement du 25 octobre 2019. Si le recourant soutient que ces évènements auraient entraîné des conséquences sur le plan cervical, les médecins retiennent que le premier accident n'a pas occasionné de lésion traumatique ni de séquelle psychologique (cf. rapport du 17 juillet 2020). Quant à l'évènement du 1^{er} décembre 2020, les médecins ont constaté, à l'occasion du quatrième séjour à la L._____, qu'il s'agissait d'un épiphénomène qui n'a rien

changé à l'état du patient, en-dehors d'une intensité de sa douleur un peu augmentée (cf. rapport du 25 février 2021).

bb) Sur le plan psychiatrique, les médecins ont retenu, toujours à l'occasion du quatrième séjour à la L._____, que l'assuré présentait une certaine fragilité psychique caractérisée par un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse. C'est à tort que le recourant soutient que les conséquences de cette atteinte psychique n'ont pas été examinées. En particulier, le Dr V._____ a estimé que quelques séances d'EMDR devaient suffire à ce patient pour lui permettre de recouvrer ses compétences, écartant ainsi le caractère invalidant de l'atteinte. Dès lors, les médecins de la L._____ ont conclu que ce diagnostic n'expliquait pas le tableau et sa persistance et que de celui-ci ne résultait aucune limitation supplémentaire.

c) Il sied de retenir que si la décision attaquée se fonde sur un dossier essentiellement bâti par l'assureur-accident, aucun examen clinique ni expertise indépendante n'ayant été diligentés par le SMR, les constatations des médecins de la L._____ et de la Dre M._____ sont complètes, claires et motivées. La décision litigieuse n'explicite certes pas les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Toutefois, elle détaille les activités qui peuvent être exercées. Ces constatations ne sont mises en doute par aucun élément au dossier. Les rapports et avis du Prof. Z._____ échouent à démontrer une aggravation de l'état de santé du recourant et, singulièrement, une péjoration de ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, ce Professeur retient que l'omarthrose peut faire l'objet de mesures thérapeutiques, lesquelles ont été énoncées, explicitées et envisagées.

d) Pour le surplus, en l'absence d'une aggravation de l'état de santé du recourant, ses critiques envers l'application de la méthode de la comparaison des revenus à l'évaluation de son invalidité sont sans pertinence. En tout état de cause, l'argument de l'intéressé selon lequel l'application de l'ESS le discriminerait de par sa condition de travailleur pauvre apparaît sans fondement dans la mesure où on ne voit pas que sa

situation aurait fait l'objet d'un traitement différent de celle de tout autre assuré. Si le recourant se prévaut de l'arrêt rendu le 2 février 2016 par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) dans l'affaire Di Trizio c. Suisse (requête n° 7186/09), il appert que cette jurisprudence concerne l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, ce qui ne correspond pas à sa situation. A cela s'ajoute qu'un abattement concernant la détermination du revenu avec invalidité n'est envisageable que dans la mesure où les perspectives salariales sont réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Or, on ne voit pas en quoi la maîtrise d'une seule langue nationale influence les perspectives salariales de l'intéressé dans les activités décrites par l'intimé dans sa décision du 2 février 2022. Enfin, ce dernier fait valoir que des bases statistiques cantonales devaient être privilégiées pour apprécier son revenu avec invalidité, lesquelles donneraient des résultats plus proches de la réalité économique que les statistiques fédérales. Quoique soutienne le recourant, ce grief n'a pas lieu d'être examiné plus avant, étant rappelé que la jurisprudence du Tribunal fédéral a de longue date confirmé le bien-fondé du recours à l'ESS pour l'évaluation du revenu (ATF 148 V 174 consid. 9.3).

e) Ainsi, force est de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation de l'intéressé le 2 février 2022 reste essentiellement superposable à celle prévalant lors de la décision du 19 juin 2017. En l'absence d'évolution notable de son état de santé, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la troisième demande de prestations du recourant.

8. Compte tenu de ce qui précède, on ne voit pas en quoi un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire permettrait d'apporter un éclairage différent de la situation, de sorte que la requête du recourant peut être écartée sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. On rappellera qu'en vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées), laquelle fait en l'occurrence défaut.

10. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 2 février 2022 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 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 et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPG ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 2 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Q._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Q._____,
- 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).

Le greffier :