

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 janvier 2026

Composition : M. WIEDLER, président
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Lopez

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Elodie Vilardo, avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 8 LAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé en dernier lieu en qualité de chauffeur poids lourd.

Le 19 décembre 2021, il a été victime d'un accident de la voie publique à la suite duquel il s'est vu diagnostiquer une rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, qui a donné lieu à une réparation arthroscopique réalisée le 17 mars 2022 (cf. notamment rapport du 10 février 2022 du Dr C._____, chef de clinique adjoint au service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur T._____ [ci-après : T._____]; protocole opératoire du 17 mars 2022 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein de T._____).

Le 24 mai 2022, 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 signalant une incapacité de travail depuis l'accident du 19 décembre 2021.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'OAI a recueilli le dossier de l'assureur-accident de l'assuré qui comportait notamment les documents suivants :

- un rapport du 28 août 2023 des Drs F._____ et G._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant à la J._____, relatif à un séjour de l'assuré du 17 mai au 20 juin 2023 dans cette clinique. Dans ce rapport, les médecins précités ont mentionné, au titre de diagnostics, des douleurs chroniques de l'épaule droite et une arthrose acromio-claviculaire droite. Comme limitations fonctionnelles, ils ont signalé le port répété de charges supérieures à 5-10 kg et les activités nécessitant le maintien du membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules. Au niveau psychiatrique, aucun diagnostic n'a été retenu. A cet égard, les Drs F._____ et G._____ ont indiqué que l'assuré avait été vu par le service psychosomatique

de la clinique, qui avait retenu un moral plutôt stable et sans piste psychothérapeutique à explorer.

- un certificat médical du 21 novembre 2023 du Dr D. _____ déclarant que l'assuré pouvait reprendre un travail à 100 % aux conditions suivantes : éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur droit, éviter de lever le membre supérieur droit au-dessus de l'épaule et le port de charges limitées à 10 kg.

- un rapport du 26 janvier 2024 du Dr D. _____ mentionnant que l'assuré présentait des douleurs et des raideurs dans les deux épaules. Au status, il était notamment observé un tremor et des fasciculations musculaires générales, ainsi qu'une maladresse dans les mains. Le Dr D. _____ a aussi relevé une incapacité de mettre la main droite dans le dos, associée à une raideur de l'épaule droite, ainsi qu'une douleur à la palpation du petit pectoral à droite et une hypersensitivité lors de la palpation de l'épaule droite. Sous diagnostics, il a mentionné une suspicion d'une pathologie neurodégénérative, une rupture de la coiffe des rotateurs, sous-scapulaires et supra-épineux de l'épaule droite le 19 décembre 2021, ainsi qu'un status après pseudoparalysie pré-opératoire et suspicion d'un syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit. Il était dans l'attente du résultat d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale pour exclure une myélopathie. Il préconisait la réalisation d'un bilan neurologique de l'assuré.

Dans un rapport du 29 janvier 2024, se basant sur le dossier de l'assureur-accidents, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 19 décembre 2021 dans toute activité en raison de l'atteinte à l'épaule droite, mais qu'il avait récupéré une capacité de travail de 50 % depuis le 22 octobre 2022, puis de 100 % depuis le 23 février 2023, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port répété de charges supérieures à 5-10 kg et ne nécessitant pas le maintien du membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules.

Dans un projet de décision du 14 mars 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui allouer une rente d'invalidité de 56 % du 1^{er} décembre 2022 au 31 mai 2023.

Dans un courrier du 25 avril 2024, l'assuré, désormais représenté par l'avocate Me Elodie Vilardo, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision. Il a notamment soutenu que l'exercice d'une activité professionnelle n'était pas possible compte tenu de ses limitations fonctionnelles. A cet égard, il a précisé avoir essayé de reprendre un emploi mais que cette tentative avait rapidement échoué en raison de douleurs fulgurantes et persistantes au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il a requis le réexamen de sa situation, l'interpellation des médecins qui l'avaient suivi jusqu'alors, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il a produit diverses pièces médicales, dont des certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr D._____ pour la période du 28 janvier au 30 avril 2024.

Par décision du 29 juillet 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision d'allouer une rente d'invalidité de 56 % à l'assuré pour la période du 1^{er} décembre 2022 au 31 mai 2023.

B. Par acte de son conseil du 17 septembre 2024, B._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} décembre 2022, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a contesté disposer d'une capacité de travail résiduelle, en soutenant que tous les médecins l'ayant suivi concluaient à une totale incapacité de travail. Il a ensuite reproché à l'intimé de s'être basé sur le dossier de l'assureur-accidents sans tenir compte de la péjoration de son état de santé intervenue au début de l'année 2024. Il a aussi fait grief à l'OAI de ne pas avoir instruit le dossier sur le plan psychique, alors qu'il apparaissait que son état psychique avait été atteint

à la suite de l'accident, le recourant précisant à ce sujet qu'il se plaignait récurrentement de pensées noires et qu'il ressortait du dossier que son moral était devenu moins bon. A titre de mesures d'instruction, il a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet psychiatrique destiné à déterminer l'existence d'un trouble psychique.

Le 4 novembre 2024, l'intimé a déposé sa réponse.

Avec sa réplique du 8 janvier 2025, le recourant a produit notamment un rapport du 19 novembre 2024 du Dr L._____, spécialiste en neurologie, dans lequel ce dernier a observé que le status neurologique dirigé révélait des réflexes ostéotendineux peu vifs aux deux membres supérieurs, des lâchages algiques au testing de la musculature de l'épaule droite, une légère altération de la motricité de la main droite, une altération sensitive algique sur l'ensemble de l'épaule droite, avec extension à la face latérocervicale droite, au creux axillaire, à la face postérieure du bras droit, au bord cubital de l'avant-bras et à la face palmaire de la main et des doigts de la main droite. Le Dr L._____ ne pouvait exclure une atteinte du plexus brachial, entraînant une atteinte sensitivomotrice plus diffuse, à prédominance C8-T11. Il a ajouté que la réalisation d'un électroneuromyogramme (ENMG) était prévue afin de mieux préciser la localisation et l'importance de l'atteinte neurologique périphérique du recourant.

Dans sa duplique du 12 février 2025, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du 3 février 2025 qu'il a joint à son écriture, et a proposé de verser au dossier le rapport de l'ENMG mentionné par le Dr L._____ ainsi que toutes autres pièces médicales ne figurant pas encore au dossier.

Sur requête du juge instructeur, le recourant a produit, le 18 mars 2025, divers rapports médicaux, notamment les suivants :

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 14 février 2024 du Dr H._____, chef de clinique au service de radiologie de M._____,

concluant à une cervicarthrose basse sans myélopathie et à un conflit discoradiculaire droit à l'étage C5-C6 ;

- un rapport du 8 janvier 2025 du Dr N._____, spécialiste en neurologie au sein de T._____, mentionnant avoir réalisé un bilan neurologique avec ENMG du recourant qui mettait en évidence une mononeuropathie de compression du nerf cubital droit au coude, qui était dans un stade non-chirurgical et pour laquelle le Dr N._____ avait recommandé au recourant de ne plus s'accouder des deux côtés. Il avait par ailleurs prescrit de la physiothérapie et une attelle du coude droit à porter la nuit. Il a précisé qu'une consultation de contrôle était prévue le 9 mai 2025.

Dans ses déterminations du 25 avril 2025, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 31 mars 2025 qu'il a produit avec son écriture et qui préconisait de demander le rapport relatif à la consultation de contrôle prévue auprès du Dr N._____.

Sur interpellation du juge instructeur, le recourant a produit, le 16 juin, 2025, un rapport de consultation de contrôle du Dr N._____ du 10 juin 2025.

Dans ses déterminations du 14 juillet 2025, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, en se référant à un avis du SMR du 2 juillet 2025 qu'il a joint à son écriture. Dans ce dernier avis, le SMR a observé que la décision du 29 juillet 2024 ne tenait pas compte du problème neurologique périphérique du membre supérieur droit apparu avant ladite décision et a estimé que des mesures d'instruction supplémentaires étaient nécessaires.

En droit :

- 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'espèce, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA), 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, en particulier sur le point de savoir si l'instruction de l'intimé était complète lors du prononcé de la décision du 29 juillet 2024.

3. a) 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

b) En l'occurrence, la décision litigieuse fait suite à la demande de prestations déposée par le recourant en mai 2022, si bien que les dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 sont applicables.

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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

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^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) 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 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

d) 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 rendue. 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 (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

6. a) Il convient tout d'abord de constater qu'un défaut d'instruction sur le plan psychique ne saurait être reproché à l'intimé au vu des pièces du dossier. En effet, aucun rapport médical ne permet de

suspecter une atteinte à la santé, et partant une incapacité de travail, sur le plan psychique. Bien au contraire, cet aspect a été examiné par les médecins de la J._____, qui ont écarté la présence d'un trouble psychiatrique et la nécessité d'explorer plus avant cet aspect. A noter qu'au stade du recours, le recourant s'est limité à alléguer que le dossier mettrait en évidence un moral devenu moins bon à la suite de l'accident de 2021 et des pensées noires récurrentes, sans apporter le moindre élément de nature à rendre plausible l'existence d'une atteinte psychiatrique incapacitante.

b) Concernant le volet somatique, durant la procédure de recours devant la Cour de céans, le recourant a produit des rapports médicaux du Dr N._____ faisant état de la présence d'une atteinte neurologique périphérique du membre supérieur droit. Si les rapports du Dr N._____ sont postérieurs à la décision attaquée du 29 juillet 2024, le problème neurologique du recourant était déjà présent lorsque l'intimé a rendu cette décision, comme cela ressort du rapport du Dr D._____ du 26 janvier 2024. Le trouble neurologique aurait donc dû être pris en considération dans l'examen du droit aux prestations du recourant. Or, comme l'admet l'intimé, sur la base d'un avis du SMR du 2 juillet 2025, cette problématique neurologique n'a pas été prise en compte dans le cadre de la décision attaquée. Par ailleurs, cette atteinte à la santé nécessite des mesures d'instruction supplémentaires, l'incidence du trouble neurologique sur les limitations fonctionnelles du recourant et sur sa capacité de travail n'ayant pas été investiguée par l'intimé.

Au vu de ce qui précède, l'instruction apparaît lacunaire et l'impact des troubles que présente le recourant au membre supérieur droit doit faire l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire, comprenant à la fois un volet orthopédique et un volet neurologique. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'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). Il lui appartiendra de déterminer dans un premier temps sous quelle forme le complément d'instruction devra intervenir, à savoir par le biais d'un examen

médical bi-disciplinaire (orthopédique et neurologique) réalisé par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ou par le biais d'une expertise bi-disciplinaire (orthopédique et neurologique) au sens de l'art. 44 LPGA, de procéder ensuite aux mesures d'investigation adéquates, puis de rendre une nouvelle décision.

c) Compte tenu de l'issue du recours, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peut être rejetée.

7. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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 intimée, vu l'issue du litige.

Le recourant 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 2'500 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 29 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis 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 une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à B. _____ à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Elodie Vilardo (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 :