

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 août 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Perrenoud, juge suppléante, et Boesch, assesseure
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à Q***, recourant, représenté par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé en tant que technicien d'entretien pour le compte des B._____ du 1^{er} mars 1990 au 31 juillet 2022. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'assureur-accidents). En relation avec un accident professionnel survenu le 25 juin 2021, lui ayant occasionné une fracture/luxation de l'épaule droite, l'assuré a notamment été mis au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-accidents jusqu'au 31 mai 2024, puis d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2024 (incapacité de gain de 28 % ; décision sur opposition de la CNA du 14 août 2025). A._____ a également bénéficié d'une curatelle provisoire de portée générale, qui a été levée par décision de la Justice de paix du district du Nord vaudois du 27 juin 2024.

Entre-temps, le 26 février 2024, l'assuré a déposé une 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).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a fait verser au dossier celui de l'assureur-accidents et recueilli divers documents, dont :

- ☐ un rapport du 15 février 2022 des Dres C._____ et H._____, toutes deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre D._____, lesquelles ont notamment fait état d'un syndrome de stress post-traumatique ;
- ☐ un rapport du 3 septembre 2024 de la Dre H._____, laquelle a indiqué que l'assuré n'était plus suivi au Centre D._____ et que, durant la période de suivi, les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen à sévère et de troubles de personnalité schizoïde avaient été posés ;
- ☐ des rapports des 13 juin, 13 septembre, 5 août et 12 décembre 2022, des 17 mai et 25 septembre 2023, ainsi que du 10 septembre 2024 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a posé les diagnostics de status post arthroscopie épaule droite (réparation coiffe [tendons du sous-scapulaire, supra-épineux] par technique double-rangée/double feuillet, synovectomie partielle, ténodèse du long chef du biceps, décompression sous-acromiale) le 8 juin 2022 (cf. aussi protocole opératoire du 10 juin 2022), de status post mobilisation/examen sous anesthésie générale épaule droite le 27 avril 2022 (cf. aussi protocole opératoire non daté), de lésion de la coiffe des rotateurs épaule droite (tendon du sous-scapulaire stade II selon Lafosse, tendon du supra-épineux stade 2 selon Ellmann, côté articulaire), de status post ostéosynthèse/fixation pour Bankart osseux épaule droite le 8 juillet 2021, de status post fracture/luxation épaule droite le 25 juin 2021 et de capsulite rétractile post opératoire/post traumatique épaule droite, tout en attestant une incapacité de travail de 100 % dans toute activité jusqu'au 31 octobre 2023 ;

- un rapport du 3 mai 2024 du Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a retenu les diagnostics d'omalgies droites et de raideur post-réparation de la coiffe des rotateurs et ostéosynthèse de la glène humérale sur luxation traumatique de l'épaule, tout en évaluant la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré (au niveau du membre supérieur droit, pas de travail au-dessus de l'horizontale, élévation du bras avec une charge de 2 kg maximum, étant précisé que les bras le long du corps peuvent supporter une charge de 10 kg et qu'il y a une fatigabilité de l'épaule) ;
- des rapports des 14 mai, 28 août et 15 octobre 2024 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a fait état, en sus des atteintes à l'épaule droite, de « *nombreux problèmes de santé* » (cholécystectomie pour lithiase en juillet 2023 avec anémie ferriprive et spoliative ; adénocarcinome invasif bien différencié sur un polype de 2 cm au niveau du côlon descendant à 40 cm de la marge anale avec hémicolectomie gauche prévue le 6 décembre 2023 qui a été

déclinée par le patient ; status post bypass gastrique sans signe de complication endoscopique), en indiquant qu'il ne pensait pas que son patient fût capable de suivre une réinsertion professionnelle et en mentionnant aussi la présence de plus en plus de douleurs et d'impotence fonctionnelle.

Par communication du 7 juin 2024, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés auprès de la Fondation M._____ à R*** du 24 juin au 13 décembre 2024. Le 27 juin 2024, l'administration a interrompu la mesure pour le motif « état de santé ». Par communication du même jour, elle a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre de telles mesures et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant.

Dans un avis du 14 février 2025, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a indiqué pouvoir suivre les conclusions de la CNA (capacité de travail dans l'activité habituelle nulle et capacité de travail dans une activité adaptée [pas de travail au-dessus de l'horizontale des épaules, pas d'utilisation du bras en élévation avec une charge maximum de 2 kg, les bras le long du long du corps peuvent supporter une charge de 10 kg, fatigabilité de l'épaule] de 100 % dès le 31 octobre 2023, soit à la fin de l'incapacité de travail attestée par le Dr J._____). Le Dr N._____ du SMR n'a pas retenu d'incapacité de travail en relation avec les autres atteintes à la santé du recourant. Il a justifié son point de vue en indiquant que d'un point de vue psychiatrique, le suivi était essentiellement réactionnel en lien avec l'accident professionnel, qu'actuellement, il n'y avait plus de suivi psychiatrique depuis le 19 mai 2023 et que la curatelle de l'assuré avait été levée. Concernant les problèmes digestifs, le médecin du SMR a relevé que l'assuré avait eu des polypes qui avaient été enlevés et qu'actuellement il n'avait plus de suivi ni d'intervention prévue, selon les éléments à sa disposition.

Par communication du 4 mars 2025, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assuré.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations présentée par l'assuré au mois de février 2024. Il a confirmé son projet de décision par décision du 29 avril 2025.

Le 29 avril 2025, sous la plume de son mandataire, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait pris connaissance ce jour du projet de décision du 4 mars 2025, dont il n'avait pas eu connaissance, étant atteint dans sa santé psychique et ayant par ailleurs été hospitalisé ces dernières semaines. Le 2 mai 2025, il a ensuite sollicité l'annulation de la décision du 29 avril 2025, ainsi que l'octroi d'un délai au 29 mai 2025 pour communiquer ses objections au sujet du projet de décision du 4 mars 2025.

Le 5 mai 2025, l'OAI a suspendu la notification de la décision du 29 avril 2025 jusqu'au 29 mai 2025, dans l'attente des objections de l'assuré, ainsi que des pièces médicales soutenant sa contestation.

Le 28 mai 2025, l'assuré a fait part de ses objections quant au projet de décision du 4 mars 2025. Il a demandé à l'OAI de mettre en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, au vu de « *ses nombreuses atteintes à la santé invalidantes* » et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2024. L'intéressé a joint à son écriture une décision d'inaptitude au placement rendue par la Direction générale de l'emploi et du marché du travail (DGEM) le 27 mars 2025, ainsi que divers certificats et rapports médicaux.

Les 25 juin et 15 juillet 2025, l'assuré a transmis de nouveaux documents médicaux à l'OAI, dont notamment deux rapports des 3 et 18 juin 2025 du Dr P._____, spécialiste en oncologie médicale et en médecine interne générale auprès du Centre F._____, lequel retenait notamment le diagnostic d'adénocarcinome du sigmoïde opéré dans un contexte d'iléus le 13 avril 2025, en indiquant aussi que son patient suivait actuellement un traitement de chimiothérapie adjuvante par 5-FU seul.

Dans un avis du 29 juillet 2025, le SMR a admis que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le 13 avril 2025 en lien avec une occlusion intestinale sur adénocarcinome du sigmoïde nécessitant une intervention chirurgicale puis la mise en place d'une chimiothérapie depuis le 17 juin 2025. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans toutes activités depuis le 13 avril 2025, en précisant que le médecin traitant n'apportait pas d'élément nouveau concernant les atteintes ostéoarticulaires déjà connues. Concernant l'adénocarcinome du sigmoïde, la prise en charge initiale avait été une ablation de polypes et l'assuré avait refusé toute intervention chirurgicale. Le médecin du SMR a retenu, à titre de limitations fonctionnelles supplémentaires, une altération de l'état général, une asthénie, un traitement par chimiothérapie en cours, ainsi que des troubles du transit. Il a proposé d'entreprendre une révision dans les délais légaux, en indiquant qu'il était peu probable que l'état de santé de l'assuré s'améliore suffisamment pour permettre la reprise d'une activité professionnelle dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 30 juillet 2025 annulant et remplaçant le projet du 4 mars 2025, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2025.

Le 10 septembre 2025, l'assuré a présenté des objections à ce projet de décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2024. S'il a indiqué être d'accord avec le projet de décision du 30 juillet 2025 en tant que celui-ci lui reconnaît le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, il a en revanche fait part de son désaccord avec la date du 1^{er} juin 2025 retenue pour le début du droit à la rente. L'assuré a en substance contesté avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 31 octobre 2023, en se référant aux suites de ses atteintes à l'épaule et à de nombreuses autres atteintes à la santé incapacitantes. Il a joint différents documents, dont un rapport du 14 juillet 2025 du Dr G._____, spécialiste en neurologie, lequel retenait les diagnostics de pertes de connaissance itératives sans prodrome et de troubles mnésiques de signification incertaine. L'assuré a également

produit des attestations de consultations auprès du Centre D._____ entre le 11 février 2019 et le 19 mai 2023.

Dans un avis du 5 novembre 2025, le SMR a considéré que les éléments médicaux nouveaux apportés par l'assuré dans le cadre de la contestation n'étaient pas susceptibles de modifier ses conclusions médicales du 29 juillet 2025. Le médecin du SMR a en particulier indiqué, en se référant au rapport du 3 septembre 2024 de la Dre H._____ du Centre D._____, que l'assuré avait arrêté son suivi psychiatrique et que la psychiatre ne se prononçait pas sur la capacité travail. Dans ce contexte, il a précisé que les attestations de consultations auprès du Centre D._____ apportées indiquaient un arrêt du suivi psychiatrique le 19 mai 2023 et, en se référant aussi au rapport du 15 février 2022 des Dres C._____ et H._____, que l'assuré avait présenté une réaction anxiodépressive réactionnelle à la problématique professionnelle. Quant au rapport du 14 juillet 2025 du Dr G._____, il n'apportait aucun élément médical nouveau, étant donné qu'à cette date, le médecin du SMR avait déjà retenu une incapacité de travail entière dans toutes activités et que les éléments d'exploration complémentaire n'avaient pas permis d'expliquer le malaise avec la perte de connaissance itératif.

Par décision du 13 novembre 2025, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré à partir du 1^{er} décembre 2025, en précisant être en train de déterminer une éventuelle compensation du paiement rétroactif avec des prestations déjà versées et que la décision avec effet rétroactif lui parviendrait ultérieurement. La décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin au 30 novembre 2025 a été rendue le 15 décembre 2025.

B. Les 15 décembre 2025 et 21 janvier 2026, A._____ a déféré les deux décisions précitées devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu principalement à leur réforme, en ce sens qu'il a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} août 2024. Subsidiairement, l'assuré a requis l'annulation desdites décisions et le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. L'assuré a également sollicité la jonction

des causes. Ces recours ont été enregistrés sous les numéros de cause AI 415/25 et AI 23/26.

Par ordonnance du 26 janvier 2026, le juge instructeur a ordonné la jonction des causes AI 415/25 et AI 23/26 pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun, précisant que la procédure se poursuivrait sous la référence AI 415/25.

Dans sa réponse du 19 février 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions attaquées.

Par réplique du 9 mars 2026, l'assuré a confirmé, sous suite de frais et dépens, les mesures d'instruction requises et les conclusions prises dans ses recours des 15 décembre 2025 et 21 janvier 2026.

Dans sa duplique du 2 avril 2026, l'OAI a maintenu ses conclusions.

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'occurrence, les recours ont été déposés 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 respectent les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Ils sont donc recevables.

2. Le litige porte sur le début du droit du recourant à la rente entière de l'assurance-invalidité à la suite de la demande de prestations qu'il a déposée en février 2024. Il s'agit uniquement de déterminer si l'OAI était en droit de fixer le début du droit à la rente au 1^{er} juin 2025, au lieu du 1^{er} août 2024 comme requis par le recourant. Celui-ci conteste en effet avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 31 octobre 2023.

Le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2025, à la suite de l'aggravation de son état de santé admise par l'intimé à compter du 13 avril 2025, n'est en revanche pas contesté.

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. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, les décisions litigieuses, rendues les 13 novembre et 15 décembre 2025, font suite à une demande de prestations déposée le 26 février 2024, si bien qu'il convient d'appliquer le droit en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022.

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 invalide (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).

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) Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

d) 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 ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

6. a) En l'occurrence, l'OAI a constaté que le recourant avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 25 juin 2021 et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 25 juin 2022, son incapacité de travail et de gain était totale dans toute activité professionnelle, ce qui ouvrait un droit à une rente entière d'invalidité. Dans la mesure où le versement de la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois qui suit le dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité (cf. art. 29 al. 1 LAI) et où la demande de l'assuré du 26 février 2024 était tardive, le droit à la rente ne pouvait cependant pas prendre effet avant le 1^{er} août 2024 au plus tôt. Cela étant, depuis le 31 octobre 2023, une capacité de travail de 100 % était raisonnablement exigible dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré et respectant ses limitations fonctionnelles (pas de travail au-dessus de l'horizontale des épaules, pas d'utilisation du bras en élévation avec une charge maximum de 2 kg, les bras le long du long du corps peuvent supporter une charge de 10 kg, fatigabilité de l'épaule). Le préjudice économique de l'assuré s'élevait à 25.21 % (taux issu d'une comparaison entre un revenu sans invalidité de 80'728 fr. 10 en 2023, en tant qu'ouvrier de maintenance, et un revenu statistique d'invalidé de 60'377 fr. 92, correspondant au salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services de 67'086 fr. 58 à 100 %, en 2023, auquel il convenait d'appliquer un

abattement de 10 %, au vu de l'âge et des années de service de l'assuré), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

L'OAI a admis que l'assuré avait présenté une aggravation notable de son état de santé à compter du 13 avril 2025, qui avait engendré une incapacité de travail et de gain de 100 % dans toute activité professionnelle. Si un nouveau délai d'attente d'une année devait en principe être appliqué du 13 avril 2025 au 13 avril 2026, compte tenu toutefois du degré d'invalidité de 25 % déjà existant avant la date d'aggravation, l'OAI a appliqué l'invalidité moyenne et calculé le taux d'invalidité moyen sur douze mois permettant de déterminer qu'une invalidité de 40 % au moins était atteinte de manière durable dès le 24 juin 2025 (soit 292 jours à 25 % et 73 jours à 100 %). Il découlait de ce qui précède que l'assuré avait droit à une rente s'élevant à 100 % d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2025.

b) Le recourant conteste avoir recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 31 octobre 2023. Il fait valoir qu'il est en incapacité totale et continue de travail depuis l'accident dont il a été victime le 25 juin 2021, en se référant aux suites de ses atteintes à l'épaule qui le rendent « *déjà entièrement invalide* », ainsi qu'à de nombreuses autres atteintes à la santé incapacitantes.

7. a) Pour parvenir à la conclusion que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il présente en lien avec ses atteintes à l'épaule droite, à compter du 31 octobre 2023, l'OAI s'est fondé sur les conclusions des Drs J._____ et O._____, qui avaient été confirmées par son SMR (avis du 14 février 2025).

aa) Le Dr J._____ a retenu les diagnostics de status post arthroscopie épaule droite (réparation coiffe [tendons du sous-scapulaire, supra-épineux] par technique. double-rangée/double feuillet, synovectomie partielle, ténodèse du long chef du biceps, décompression sous-acromiale) le 8 juin 2022 (cf. aussi protocole opératoire du 10 juin 2022), de status post mobilisation/examen sous anesthésie générale épaule droite le 27 avril

2022 (cf. aussi protocole opératoire non daté), de lésion de la coiffe des rotateurs épaule droite (tendon du sous-scapulaire stade II selon Lafosse, tendon du supra-épineux stade 2 selon Ellmann, côté articulaire), de status post ostéosynthèse/fixation pour Bankart osseux épaule droite le 8 juillet 2021, de status post fracture/luxation épaule droite le 25 juin 2021 et de capsulite rétractile post opératoire/post traumatique épaule droite (rapport du 13 septembre 2022 notamment).

Dans son avis du 12 décembre 2022, le Dr J._____ a constaté une amélioration significative par rapport à l'examen initial du mois d'avril 2022, tout en relevant que l'examen restait douloureux. Le chirurgien orthopédiste traitant a ensuite expliqué, dans son rapport du 17 mai 2023, qu'il n'avait pas d'explication quant à la limitation de la mobilité et aux douleurs importantes (une capsulite rétractile avait été exclue lors de l'examen sous anesthésie générale du 27 avril 2022) et qu'il ne s'agissait pas d'une instabilité de l'épaule. Il a indiqué constater surtout des douleurs avec limitation de la mobilité active, également une importante autolimitation et une kinésiophobie, et avoir discuté des différentes options thérapeutiques avec son patient, notamment d'une prothèse totale inversée en cas de dégradation de la symptomatologie et, éventuellement d'un deuxième avis auprès du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans le rapport du 25 septembre 2023 qu'il a adressé au Dr L._____, le chirurgien traitant a exposé que, pour la première fois, il avait constaté une amélioration de l'état de l'épaule droite de son patient au niveau de la mobilité passive et active avec une force isométrique correcte en rotation externe et interne contrariée, coude au corps. Si l'assuré avait également constaté une amélioration et était motivé pour éventuellement reprendre le travail, le Dr J._____ a indiqué que cela n'était évidemment pas possible à l'heure actuelle. Le médecin a discuté des différentes options avec son patient et lui a proposé d'ouvrir un dossier auprès de l'assurance-invalidité. Il a également exposé qu'il considérait qu'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) était souhaitable afin d'évaluer l'aptitude à travailler de l'assuré en profitant d'une physiothérapie suivie. Le médecin traitant a indiqué qu'il n'y avait pas de contrôle ultérieur prévu chez lui, qu'il

restait à disposition pour une réévaluation si nécessaire et qu'il avait remis à son patient un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 31 octobre 2023, laissant au Dr L._____ le soin de voir avec le patient pour la suite. Dans son rapport du 10 septembre 2024, le Dr J._____ a ensuite rappelé les constatations qu'il avait faites lors des différentes consultations de suivi (des 27 mai et 9 septembre 2022, ainsi que du 25 septembre 2023).

Le Dr E._____, qui a examiné le recourant le 6 juillet 2023, à la demande du Dr J._____, a constaté que le recourant présentait un syndrome douloureux chronique scapulo-brachial droit avec une impotence fonctionnelle majeure non expliquée par la situation objective à l'imagerie et à l'examen clinique (rapport du 10 juillet 2023). Dans ce contexte, il a indiqué ne pas retenir d'indication à toute nouvelle approche chirurgicale, y compris la mise en place d'une prothèse totale d'épaule de type inversée, dont le pronostic restait totalement imprévisible.

bb) Le Dr O._____ a pour sa part retenu, dans son rapport du 3 mai 2024, les diagnostics d'omalgies droites et de raideur post-réparation de la coiffe des rotateurs et ostéosynthèse de la glène humérale sur luxation traumatique de l'épaule. Si l'activité habituelle, telle que celle exercée avant l'événement du 25 juin 2021, n'était plus exigible, en revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré (au niveau du membre supérieur droit, pas de travail au-dessus de l'horizontale, élévation du bras avec une charge de 2 kg maximum, étant précisé que les bras le long du corps peuvent supporter une charge de 10 kg et qu'il y a une fatigabilité de l'épaule), la capacité de travail exigible était de 100 %, sans diminution de rendement, pour les suites de l'événement du 25 juin 2021. Le médecin d'arrondissement de la CNA a constaté que l'état de l'assuré n'avait pas évolué depuis le dernier rapport médical du 25 septembre 2023 du Dr J._____ et que la documentation médicale à sa disposition était suffisante pour retenir que l'état de l'assuré était actuellement stabilisé. Il a précisé qu'un nouvel examen par ses soins n'aurait probablement aucun intérêt car lors du précédent examen (le 31 mars 2023), l'assuré était déjà peu collaborant et qu'il avait alors noté une discordance entre son examen clinique, où il avait retrouvé un membre

supérieur droit quasiment paralysé alors que le Dr J._____ avait constaté, dans son rapport du 12 décembre 2022, une mobilité bien meilleure. Le Dr O._____ a également relevé que le séjour à la CRR préconisé notamment par le Dr J._____ dans son rapport du 25 septembre 2023, qui avait été prévu pour le mois de mars 2024, avait dû être annulé pour non-collaboration de l'assuré. Celui-ci s'était présenté le 20 mars 2024 à la CRR, mais avait refusé le séjour, ne voulant pas que son épaule soit examinée ou traitée.

cc) L'appréciation des Drs J._____ et O._____ a été confirmée par le SMR. Dans un avis du 14 février 2025, le Dr N._____ du SMR a indiqué pouvoir suivre les conclusions de la CNA avec une capacité de travail dans l'activité habituelle nulle et une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % dès le 31 octobre 2023, soit à la fin de la prescription des incapacités de travail par le chirurgien orthopédiste traitant. Le médecin du SMR a précisé retenir cette date pour l'aptitude à la réadaptation, ce qui correspond à un peu plus d'un an à la suite de la dernière intervention.

b) Le recourant ne saurait rien tirer en sa faveur des rapports établis par le Dr L._____, en relation avec ses atteintes à l'épaule droite. Dans son rapport du 14 mai 2024, le généraliste traitant a indiqué qu'il avait vu son patient pour la dernière fois le 24 novembre 2023. Il a rappelé les interventions de l'épaule droite pratiquées par le Dr J._____ entre le 8 juillet 2021 et le 8 juin 2022, sans attester d'incapacité de travail en lien avec cette problématique. Le Dr L._____ a relevé que son patient avait par la suite présenté de « *nombreux problèmes de santé* » (cholécystectomie pour lithiase en juillet 2023 avec anémie ferriprive et spoliative ; adénocarcinome invasif bien différencié sur un polype de 2 cm au niveau du côlon descendant à 40 cm de la marge anale avec hémicolectomie gauche prévue le 6 décembre 2023 qui a été déclinée par le patient ; status post bypass gastrique sans signe de complication endoscopique). Dans ce contexte, le généraliste traitant a ensuite indiqué qu'il ne pensait pas que son patient fût capable de suivre une réinsertion professionnelle (rapport du 28 août 2024), en mentionnant aussi la

présence de plus en plus de douleurs et d'impotence fonctionnelle (rapport du 15 octobre 2024). Ces constatations ont été faites en relation avant tout avec les atteintes digestives de l'assuré. Dans ses rapports des 28 août et 15 octobre 2024, le Dr L._____ n'a en effet pas ne serait-ce que mentionné les atteintes à l'épaule droite de son patient. Dans les différents rapports qu'il a émis, le médecin traitant n'a par ailleurs pas décrit de limitations fonctionnelles, que ce soit en lien avec l'épaule droite ou avec les autres atteintes à la santé qu'il a diagnostiquées, se contentant d'attester une incapacité totale de travailler, quelle que soit l'activité envisagée (rapports des 24 mai 2024 et 24 mars 2025 et rapport non daté en réponse à un courrier du conseil de l'assuré du 7 mai 2025 notamment). Les rapports établis par le Dr L._____ n'apportent ainsi pas d'éléments médicaux objectifs infirmant les conclusions des Drs J._____ et O._____, qui ont été confirmées par le SMR (avis du 14 février 2025). A cet égard, si le SMR a par la suite admis que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le 13 avril 2025 en lien avec une occlusion intestinale sur adénocarcinome du sigmoïde nécessitant une intervention chirurgicale puis la mise en place d'une chimiothérapie depuis le 17 juin 2025 et a conclu à une capacité de travail nulle dans toutes activités depuis le 13 avril 2025, il a précisé que le Dr L._____ n'apportait pas d'élément nouveau concernant les atteintes ostéoarticulaires déjà connues (avis du 29 juillet 2025).

c) Cela étant, contrairement à ce qu'affirme l'OAI dans sa réponse du 19 février 2026, on ne saurait inférer des renseignements obtenus auprès de l'orthopédiste traitant que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré est devenu entièrement exigible dès le 31 octobre 2023. Dans son rapport du 25 septembre 2023, le Dr J._____ a en effet seulement indiqué qu'il avait remis à son patient un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 31 octobre 2023 et qu'il laissait au Dr L._____ le soin de voir avec l'assuré pour la suite. Dans ce même rapport, le médecin traitant a également indiqué qu'il avait proposé à son patient d'ouvrir un dossier auprès de l'assurance-invalidité et qu'il considérait qu'un séjour à la CRR était souhaitable afin d'évaluer l'aptitude à travailler de l'assuré en profitant d'une physiothérapie suivie. Dans ces

circonstances, l'OAI ne pouvait pas admettre que la pleine capacité de travail du recourant, attestée par le médecin d'arrondissement de la CNA dans son rapport du 3 mai 2024, était exigible depuis le 31 octobre 2023, ce d'autant plus que le Dr O. _____ ne s'est pas prononcé sur la date à laquelle l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail. Le médecin d'arrondissement de la CNA a en effet seulement indiqué que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles qu'il a décrites, la capacité exigible était de 100 %, sans diminution de rendement, pour les suites de l'événement du 25 juin 2021.

d) Compte tenu de ce qui précède, les conclusions du médecin du SMR du 14 février 2025 quant au recouvrement d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % dès le 31 octobre 2023, ne sauraient être suivies. Il y a donc lieu de constater que le dossier de l'assuré est lacunaire et ne permet pas d'apprécier, à satisfaction de droit, le caractère incapacitant des atteintes qu'il présente à l'épaule droite à compter du 31 octobre 2023. L'intimé n'était dès lors pas légitimé à rendre la décision litigieuse sans autres mesures d'instruction.

8. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle 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 incombera ainsi à

l'OAI de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, comportant à tout le moins un volet orthopédique. Il lui appartiendra également d'instruire le point de savoir si les autres atteintes à la santé dont souffre le recourant étaient incapacitantes avant le 13 avril 2025. L'assuré reproche à cet égard à l'OAI d'avoir pris en compte uniquement ses atteintes à l'épaule droite, lorsqu'il a admis qu'il présentait une capacité de travail de 100 % dès fin octobre 2023 dans une activité adaptée à certaines limitations fonctionnelles. Il allègue qu'il souffre pourtant de nombreuses autres atteintes à la santé incapacitantes, à savoir de troubles anxio-dépressifs, d'un adénocarcinome (cancer intestinal), de troubles oculaires et de pertes de connaissance répétées et soudaines. Dans ce contexte, on constate que les conclusions du médecin du SMR des 29 juillet et 5 novembre 2025 quant à l'absence d'atteinte à la santé incapacitante avant le 13 avril 2025 sont valablement mises en doute par certains éléments médicaux au dossier. En particulier, bien que le Dr P._____ ait posé le diagnostic d'adénocarcinome du sigmoïde classé pT3 pN0 (0/13) cM0 stade IIA, G3, LVO, pNO, RO, microsatellites stables le 9 octobre 2023 déjà (cf. rapports des 3 et 18 juin 2025), l'intimé n'a pas examiné si cette atteinte à la santé était incapacitante avant le 13 avril 2025. Il n'a pas non plus instruit à satisfaction de droit le point de savoir si les malaises avec perte de connaissance dont l'assuré est victime depuis plusieurs années ont une incidence sur sa capacité de travail. A cet égard, les Drs P._____ et G._____ ont pourtant fait état de multiples hospitalisations en lien avec des pertes de connaissance itératives sans prodromes, en insistant sur la nécessité d'investigations complémentaires (cf. rapport du 18 juin 2025 du Dr P._____ et rapport du 14 juillet 2025 du Dr G._____). Il apparaît au demeurant qu'un tel malaise pourrait avoir été à l'origine de l'accident dont le recourant a été victime le 25 juin 2021 (cf. rapport du 10 juillet 2023 du Dr E._____).

9. a) En définitive, les recours doivent être admis. La décision attaquée du 13 novembre 2025, par laquelle l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré à partir du 1^{er} décembre 2025, doit être confirmée. Quant à la décision entreprise du 15 décembre 2025, par laquelle l'intimé a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité

entière au recourant du 1^{er} juin au 30 novembre 2025, elle doit être annulée. S'il n'y a pas lieu de revenir sur le droit du recourant à la rente durant cette période, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision s'agissant du droit à la rente du recourant entre le 1^{er} août 2024 et le 31 mai 2025.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, 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 intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Les recours sont admis.
- II.** La décision rendue le 13 novembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. La décision rendue le 15 décembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en tant qu'elle alloue une rente d'invalidité entière à A. _____ du 1^{er} juin au 30 novembre 2025, et annulée pour le surplus, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans

le sens des considérants et nouvelle décision s'agissant du droit du prénommé à la rente entre le 1^{er} août 2024 et le 31 mai 2025.

- 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 A._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Yero Diagne (pour A._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne)
dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :