

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 octobre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Piguet, juge, et M. Bosson, assesseur
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité [...], en Suisse depuis 2009 (permis B), travaillait depuis le 1^{er} mars 2014 en qualité d'aide de cuisine auprès de la E._____ à [...]. Le 10 décembre 2015, il a été victime d'une chute de sa hauteur sur son lieu de travail, ce qui a entraîné une fracture Mason II tête radiale et ostéochondrale humérus latéral (trochlée-épicondyle) du coude droit, soit au membre dominant. Le 14 décembre 2015, l'assuré a subi une intervention - visant à la réduction de la fracture, le vissage de la tête radiale et le collage du cartilage trochlée humérale - pratiquée par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main. Une incapacité de travail a été attestée dès le 14 décembre 2015. W._____, assureur-accidents, a pris en charge le cas.

Le 23 juin 2016, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 30 septembre 2016.

En raison de douleurs persistantes et de la non reprise d'un emploi, l'assuré a consulté le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Une arthro-IRM du coude droit pratiquée le 14 juin 2016 a mis en évidence une inflammation du coude. Le Dr T._____ a procédé le 27 septembre 2016 à une reprise chirurgicale avec neurolyse du nerf cubital et retension des ligaments collatéraux, puis à la mise en place d'une attelle articulée.

L'assuré s'est plaint d'importantes brûlures sur la face interne du coude droit avec progressivement une extension des douleurs à l'épaule droite, sur le cou et la face avec une position contractée de la nuque en déviation latérale vers l'épaule droite, des douleurs à l'épaule puis dans les 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main droite.

Dans un rapport d'expertise du 22 mars 2017, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main, a posé les diagnostics de maladie de Sudeck du membre supérieur droit, de status après arthroscopie, ligamentorraphie interne et externe et neurolyse du cubital au coude droit le 27 septembre 2016, de status après ostéosynthèse de la tête radiale et encollage cartilagineux du capitulum du coude droit le 14 décembre 2015 avec syndrome douloureux résiduel, de status après fracture de la tête radiale droite et du cartilage du capitulum droit le 10 décembre 2015, ainsi que de probable fragilité psychologique. L'expert a détaillé l'évolution, marquée par des douleurs persistantes malgré la deuxième intervention, sans anomalie neurologique susceptible d'expliquer les symptômes (cf. rapport du 26 janvier 2017 du Dr J._____, spécialiste en neurologie). La scintigraphie pratiquée le 8 mars 2017 montrait une hyperfixation précoce et tardive du coude droit. Il a estimé que la capacité de travail comme aide de cuisine était nulle. Dans une activité adaptée sans effort ni mouvement répétitif du bras droit, l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle (travail monomanuel gauche). Le cas n'était pas stabilisé et était à réévaluer dans une année.

Une IRM de l'épaule droite du 12 juin 2017 a mis en évidence une bursite sous-acromio-deltaïdienne associée à une importante tendinopathie des deux tiers antérieurs du tendon supra-épineux.

Dans un rapport du 27 octobre 2017, le Prof. D._____, médecin chef du Service d'orthopédie et de traumatologie du C._____, a indiqué que l'assuré présentait des cervico-brachialgies à droite persistant après une plastie ligamentaire latérale du coude, une rétention du complexe ligamentaire médial et une neurolyse du nerf cubital. L'examen objectif évoquait une possible neuropathie ulnaire. Sur le plan orthopédique, ce praticien n'a retenu aucune indication chirurgicale ni au niveau du coude, ni d'autre intervention au niveau de l'épaule.

Dans un rapport du 8 janvier 2018, la Dre S._____, spécialiste en neurologie, a retenu que l'assuré présentait des signes d'une neuropathie cubitale droite au coude très irritative et une allodynie et des douleurs neuropathiques à la face interne du coude probablement

liées à une lésion d'une branche du nerf cutané anté-branchial médial lors de la 2^{ème} intervention.

Le 16 janvier 2018, le Dr N. _____ a complété son expertise.

Dans un rapport du 12 février 2018 adressé au Dr T. _____, la Dre L. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a indiqué avoir reçu en consultation l'assuré en date du 1^{er} février 2018. Elle a confirmé l'avis du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie de la main, et a proposé une neurolyse voire une transposition semi-profonde du nerf cubital, ainsi qu'une exploration micro-chirurgicale de la cicatrice interne du coude droit, avec éventuelle neurolyse des branches BCI [nerf brachial cutané interne] ou l'exérèse de la zone névromateuse, tout en préconisant d'adresser le patient au Prof. Z. _____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur.

Par courrier du 16 mars 2018 à la Dre L. _____, le Prof. Z. _____ a estimé qu'il était possible que le patient soit amélioré par une nouvelle intervention avec révision cicatricielle.

L'assuré a subi une intervention le 28 mai 2018 pratiquée par les Drs L. _____ et T. _____, soit une exploration microchirurgicale de la cicatrice interne du coude droit, une neurolyse des deux branches du BCI, exérèse de la zone névromateuse et une neurolyse et transposition du nerf cubital après épitrochlectomie.

Par courrier du 16 juillet 2018 à W. _____, la Dre L. _____ a constaté que l'évolution était favorable tant sur le plan subjectif qu'objectif avec une disparition complète des douleurs d'origine neuropathique du coude droit, étant précisé que l'assuré avait toujours des douleurs résiduelles au cervico-scapulaire droit.

Le 27 août 2018, le Prof. Z. _____ a requis d'W. _____ la mise en place d'une sonde de stimulation de manière ambulatoire.

Le 29 novembre 2018, l'assuré a consulté le PD Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a organisé un bilan radiologique comprenant des radiographies standards de son coude, de son épaule et de sa colonne vertébrale avec une IRM de la colonne vertébrale et du coude droit. Il a ainsi constaté que l'arthro-IRM de l'épaule droite mettait en évidence une tendinopathie fissuraire du muscle sus-épineux avec une arthrose acromio-claviculaire, que l'IRM du coude montrait une arthrose radio-humérale avec des vis résorbables à l'origine d'une résorption osseuse autour des vis et que les radiographies montraient une importante irrégularité du condyle externe huméral, témoignant de l'arthrose, un vissage de la tête radiale avec diastasis, témoignant d'une réduction non anatomique, une discopathie C5-C6 plus les signes indirects de la tendinite du sus-épineux. Selon lui, l'arthrose du coude était évidente et probablement à l'origine de toute la symptomatologie du membre supérieur droit et de la problématique cervicale. Ceci bien entendu, aggravé par ses discopathies cervicales et une tendinopathie du sus-épineux.

W._____ a mandaté la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 18 janvier 2019, l'experte a notamment fait état d'un courriel du 27 février 2018 de la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'intention d'un gestionnaire d'W._____, par lequel elle a précisé avoir appris que l'assuré ne se présenterait pas à son rendez-vous d'expertise car il estimait que son état de santé psychiatrique était bon et que la problématique qui le concernait n'avait rien avoir avec la psychiatrie. La Dre F._____, après avoir procédé à un examen de l'assuré, a conclu à l'absence de diagnostic, respectivement d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

W._____ a également mis en œuvre une nouvelle expertise orthopédique et a mandaté le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport

du 7 février 2019 faisant suite à un examen clinique de l'assuré du 29 janvier 2019, l'expert a notamment exposé ce qui suit :

« (...).

En date de l'expertise, je constate une relativement bonne utilisation de la main droite et du coude droit, avec une gestuelle aisée et rapide, un assuré qui est relativement plaignant tant au niveau de son coude droit qu'au niveau de sa nuque et de sa face, avec des inflexions latérales et rotatoires de sa nuque et des positions vicieuses de sa tête mais éminemment variables selon les moments, l'attention de la personne et ses mouvements.

Radiologiquement en date de l'expertise, je constate clairement une arthrose huméro-radiale droite, avec une importante irrégularité du capitellum et une ostéophytose de la tête radiale et du capitellum. Il y a donc clairement une arthrose séquellaire de la fracture du 10 décembre 2015, bien compréhensible compte tenu du status opératoire initial, avec cette avulsion cartilagineuse.

Il y a clairement une amélioration des plaintes concernant l'allodynie puisque le coude droit peut être manipulé, touché, de même que les cicatrices, sans plaintes, sans gêne et sans recul. Le coude est stable en valgus/varus. Il y a donc clairement une amélioration objective liée à la dernière intervention chirurgicale du 28 mai 2018.

Le dernier bilan radiologique complet de l'épaule droite, de nuque et du coude droit de décembre 2018 et de janvier 2019 confirme l'arthrose huméro-radiale, montre une tendinopathie modérée du tendon sus-épineux distal droit, banale pour l'âge et un status cervical dans les limites de la norme.

Concernant les propositions du Dr. B._____, je ne pense pas qu'il y ait une indication à une quelconque infiltration locale de sa nuque, celle-ci pouvant, au vu du cursus et du profil de l'assuré qui est actuellement très craintif, entraîner d'éventuelles complications pour un effet primaire très probablement modérée et temporaire.

L'assuré déclare clairement être amélioré par le Lyrica qui semble être toléré, il y a donc lieu de continuer cette médication.

Concernant la réintroduction de l'Irfen qui a été stoppé pour une créatinine un peu élevée, il y a lieu de reconstrôler ses valeurs.

Je pense qu'actuellement le cas est stabilisé, et que même s'il existe une amélioration potentielle, cette arthrose débutante du coude droit interdit toutes activités professionnelles avec efforts systématiques de son bras droit, donc un travail d'aide de cuisine, de serveur, etc., est définitivement contre-indiquée.

Dans une activité adaptée sans effort répétitif de son bras droit avec des ports de charges occasionnels de 5kg, exceptionnels de 10kg, la capacité de travail est totale. Il n'y a pas d'atteinte à son rachis et à ses membres inférieurs et à son membre supérieur gauche ».

W._____ a enfin mandaté le Dr K._____, spécialiste en neurologie, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 2 avril 2019, il a notamment retenu les éléments suivants :

« Conclusion :

Il s'agit d'un assuré de 4[...] ans, d'origine [...] qui a fait une chute accidentelle le 10 décembre 2015 ayant engendré une fracture complexe au niveau de la tête du radius droit. Il a été rapidement opéré par le Docteur M._____ à satisfaction. Dans les suites, il développe des paresthésies intéressant le territoire du nerf cubital droit, peut-être attribuées à des attelles trop serrées. Toujours est-il que ces troubles sensitifs ont perduré et ont été associés à des douleurs très importantes au niveau du coude, ayant motivé une révision par la Doctoresse T._____ en septembre 2016. Ultérieurement, une troisième intervention est effectuée par la Doctoresse L._____ afin de libérer certains rameaux sensitifs notamment du brachial cutané interne et du cubital au coude. Ceci a été effectué malgré la normalité de trois ENMG effectués par les Docteurs J._____ et S._____.

Les trois interventions ont chacune amélioré le tableau mais sans guérison. En effet, il relève actuellement la persistance de douleurs au niveau du coude, tant du côté interne qu'externe de celui-ci. Il s'y surajoute des phénomènes paresthésiques intéressant la face interne de l'avant-bras, des brûlures au site traumatique. Progressivement, il relève aussi des contractures musculaires douloureuses intéressant l'épaule puis la région cervicale et la face. A ce niveau, il note aussi l'apparition épisodique de phénomènes paresthésiques. Ces différents troubles semblent en rapport avec l'intensité des paroxysmes douloureux. A la suite de la dernière intervention, la Doctoresse L._____ a instauré un traitement de Lyrica à satisfaction. Il en prend actuellement 150 mg/j.

En ce qui concerne les différents avis, compte tenu de la persistance des phénomènes douloureux, le Professeur Z._____ pense qu'il convient d'envisager des stimulations médullaires afin d'amender ses douleurs.

L'examen neurologique met en évidence des douleurs locorégionales au niveau du coude, un tableau de contractures musculaires douloureuses ainsi que des troubles sensitifs de main droite difficiles à circonscrire avec précision. Les examens neurographiques sensitifs tant des nerfs cubital, médian, radial, brachial cutanés interne et externe sont normaux. L'électromyographie de tous les nerfs siégeant entre C5 et D1 à droite sont eux-aussi normaux. Il n'existe pas de potentiels de repos dans la musculature paravertébrale cervicale.

En conséquence, du point de vue neurologique, je ne retiens pas de déficit significatif. Il existe des douleurs d'ordre musculo-ligamentaire et des lésions de petits rameaux cutanés inhérents aux interventions et aux attelles sans aucun déficit significatif, ce jour. Cet élément est corroboré par la normalité de trois autres ENMG effectués de par le passé.

De ce fait, je pense qu'il convient d'appuyer la position de la Doctoresse L._____ à savoir l'augmentation progressive du Lyrica jusqu'au maximum de 600 mg/j. Le Trittico qu'il prend actuellement pourrait lui aussi être augmenté à 100 mg le soir s'il existe d'importants troubles du sommeil d'ordre psychophysiologique.

En ce qui concerne les douleurs de l'épaule, de la colonne cervicale et de l'hémicrâne droit, je pense qu'il s'agit ici d'une intrication entre des phénomènes de la lignée tensionnelle et peut-être

neurovégétative. Il n'y a aucun substrat neurologique objectif pouvant être rattaché à une autre entité. Enfin, les céphalées décrites ne ressemblent pas à des migraines et entrent clairement dans des éléments de la lignée tensionnelle. Je l'ai donc encouragé à continuer la physiothérapie et l'ergothérapie.

Enfin, nous pouvons donc ainsi affirmer que les données neuroradiologiques à savoir une discrète protrusion C5-C6 constatée à l'IRM cervicale n'a aucune traduction clinique objective.

De ce fait, du point de vue purement neurologique, il n'existe aucune restriction à une activité professionnelle. Les facteurs limitatifs sont d'ordre orthopédique ».

Par décision du 10 mai 2019, W._____ a nié tout droit à une rente d'invalidité, la perte de gain étant inférieure à 10%, et a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% ascendant à 6'300 francs.

Par courrier du 27 mai 2019 au médecin-conseil d'W._____, le PD Dr B._____ a commenté les expertises des Drs X._____ et F._____, qualifiant la première de complète mais méritant quelques corrections et la seconde de discutable. Il a notamment fait état d'une dépression réactionnelle et a évoqué le lien de causalité entre l'accident et les différentes atteintes. Sans commenter les limitations fonctionnelles retenues, il a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50% dans une activité adaptée.

Dans le cadre de son opposition du 11 juin 2019, l'assuré, alors représenté par Procap, a produit un rapport du 9 juin 2019 du Dr U._____, chef de clinique du cabinet du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que des attestations d'hospitalisation psychiatrique. Il s'est déclaré en désaccord avec l'appréciation de l'expert psychiatre et a mentionné avoir retenu, dans le cadre de son suivi, les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et de syndrome post-traumatique, ajoutant que le patient avait présenté plusieurs tentamens, nécessitant une hospitalisation.

Par décision sur opposition du 19 novembre 2021, W._____ a partiellement admis l'opposition, en ce sens que les frais de traitement et les indemnités journalières étaient versées jusqu'au 31 août 2019, la décision du 10 mai 2019 étant confirmée pour le surplus.

L'assuré a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour de céans (AA 3/20).

B. Dans l'intervalle, soit le 18 août 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une atteinte au coude droit.

Dans un rapport médical du 18 octobre 2016 à l'OAI, le Dr M._____ a retenu le diagnostic de fracture de la tête radiale avec lésions ostéocartilagineuses du coude droit entraînant une totale incapacité de travail, précisant que le traitement psychiatrique n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Le patient était désormais suivi par le Dr T._____. Le Dr M._____ a produit plusieurs documents médicaux dont un protocole opératoire du 27 septembre 2016 relatif à une arthroscopie avec reconstruction du ligament collatéral latéral ulnaire et une neurolyse du nerf cubital au coude droit pratiquée par le Dr T._____.

Par communication du 20 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés auprès d'I._____.

Dans un rapport du 22 novembre 2016, I._____ a émis un avis défavorable pour un passage en phase 2 en raison de l'état de santé de l'assuré.

Par communication du 8 février 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, dès lors que la situation médicale n'était pas stabilisée et qu'elle ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures.

Dans un rapport final du 24 août 2017, le service de réadaptation de l'AI (REA) a constaté que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activité nécessitant des efforts ou des

mouvements répétitifs du membre supérieur droit. Un travail monomanuel gauche était privilégié. La REA estimait que l'assuré pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production en qualité d'ouvrier d'établi dans des activités simples et légères et d'ouvrier dans le conditionnement.

Par projet de décision du 5 septembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} février (six mois après le dépôt de la demande de rente) au 30 juin 2017 (soit trois mois après l'amélioration constatée le 16 mars 2017).

L'assuré a contesté le projet de décision précité et a fourni plusieurs rapports médicaux tous versés dans le dossier LAA.

Dans ce contexte et compte tenu d'une nouvelle intervention pratiquée le 28 mai 2018, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (ci-après : le SMR). Par avis du 28 septembre 2018, le Dr P._____ a préconisé de solliciter le complément au dossier LAA, de demander à l'assuré si un suivi psychiatrique était en cours et, dans l'affirmative, de solliciter un rapport médical, et enfin d'interroger la Dre L._____.

Par avis médical du 13 novembre 2019, le Dr P._____ du SMR a notamment exposé ce qui suit :

« Conclusion : En complément à notre précédent avis, et au vu des éléments au dossier, nous confirmons que la CT [capacité de travail] dans l'activité habituelle est nulle depuis décembre 2015. Nous retenons également les limitations fonctionnelles durables d'épargne du membre supérieur droit (pas d'effort répétitif du bras droit, port de charge maximal de 5 kg occasionnellement et 10 kg exceptionnellement) avec pleine CT dans une activité adaptée à ces dernières. En effet, force est de constater que les expertises réalisées à la demande de l'assureur-accidents [réd. Drs K._____, X._____ et F._____] sont complètes et convaincantes : elles permettent de dresser un tableau complet de la situation, notamment par rapport à l'absence manifeste de répercussions significatives des douleurs (ou d'une atteinte psychique) sur le quotidien et dans les différents domaines de la vie (et

particulièrement sur le fonctionnement social qui semble bien préservé). Relevons également que le psychiatre traitant ne fournit qu'une description sommaire des atteintes retenues (et ne détaille en rien son examen clinique, les traitements instaurés, la fréquence des suivis ou encore les répercussions de ces atteintes), et que l'orthopédiste ne précise pas en quoi son appréciation des limitations fonctionnelles est différente de celle des experts.

Au vu de ce qui précède, nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions des experts. La CT est nulle dans l'activité habituelle, elle est entière dans une activité adaptée depuis début 2019 (date du début de l'aptitude à la réadaptation après la dernière intervention chirurgicale de mai 2018) ».

Par courrier du 26 novembre 2019 à l'OAI, l'assuré, par Procap, a produit un rapport d'IRM lombaire du 4 novembre 2019 mettant en évidence des discopathies de L2 à L5, prédominant en L4 et L5, une hernie discale L3-L4, paramédiane à latérale gauche luxée vers le haut, une protusion foraminale droite L4-L5, ainsi qu'une arthrose interfaccettaire.

Par avis médical du 3 mars 2020, le Dr P. _____ a relevé que l'évaluation des experts ne s'était pas bornée à la question du lien de causalité. Les experts avaient en effet pris en considération l'ensemble des pièces et des atteintes au dossier (notamment le rapport médical des urgences du C. _____ du 6 janvier 2019 mentionnant la présence de cervicalgies, dorsalgies et lombalgies). Sur le versant psychiatrique, une évaluation générale et très détaillée avait conclu que l'assuré ne présentait pas de troubles psychiques selon les définitions de la CIM-10 (et non pas seulement une absence d'atteinte en lien de causalité avec l'accident). Dès lors, le Dr P. _____ a proposé le maintien de ses conclusions, estimant qu'il n'était pas indiqué de réaliser un complément d'instruction.

Par projet de décision du 26 mars 2020 annulant et remplaçant celui du 5 septembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2017 (six mois à compter du dépôt de la demande de prestations) au 30 avril 2019 (trois mois après l'amélioration constatée en janvier 2019). L'office a pour l'essentiel maintenu l'évaluation faite dans son précédent projet. Il a toutefois ajouté que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré dès le mois

de janvier 2019 et que celui-ci présentait dès lors une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Procédant en conséquence à la détermination de la perte de gain, l'OAI en a déduit un taux d'invalidité de 11,50 % ne permettant pas de maintenir le droit à la rente.

Par communication du même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement. Ce dernier a informé l'OAI le 14 avril 2020 qu'une 4^{ème} opération était programmée et qu'il renonçait par conséquent à l'aide au placement.

Le 1^{er} mai 2020, l'assuré, sous la plume de son conseil Me Jeanne-Marie Monney, avocate, a fait part de ses objections à l'encontre du projet susdit. Il a en substance constaté l'absence de stabilisation de son état de santé et des investigations insuffisantes concernant certaines atteintes. Il a ainsi contesté les conclusions des expertises des Drs X._____ et F._____ et s'est prévalu de l'appréciation des Drs B._____ (rapport médical du 14 février 2020) et U._____ et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport médical du 17 janvier 2020), ainsi que d'un rapport d'IRM du coude droit du 13 décembre 2018. Dans ce contexte, il a requis l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2017, subsidiairement une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2017 au 30 avril 2019, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2019, plus subsidiairement à l'annulation du projet de décision et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par l'OAI sur les aspects somatiques et psychiques, puis nouvelle décision.

L'assuré a produit le 17 août 2020 un protocole opératoire du 27 mai 2020 relatif à une arthroscopie de l'épaule droite, un débridement synovial gléno-huméral, une acromioplastie, une bursectomie sous-acromiale et une infiltration gléno-humérale et sous-acromiale d'anesthésiques locaux et corticoïdes en raison d'un conflit sous-acromial à droite, intervention pratiquée notamment par le Dr L.N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

L'assuré a transmis un rapport du 9 septembre 2020 du Dr A. _____ à la suite des questions posées par son conseil.

Se fondant sur un avis du 30 octobre 2020 du Dr P. _____ lequel a conclu que les nouveaux rapports médicaux n'étaient pas suffisants pour remettre en cause les précédentes appréciations basées sur des expertises complètes et détaillées, l'OAI a, aux termes d'une correspondance du 3 novembre 2020, écarté les objections soulevées par l'assuré, confirmé son projet de décision et indiqué qu'une décision sujette à recours serait prochainement notifiée.

Par décisions du 27 janvier 2021, l'OAI a confirmé son projet précité du 26 mars 2020 dont il a repris la motivation. La première décision a alloué une rente entière à l'assuré du 1^{er} février 2017 au 31 mars 2018 et la seconde du 1^{er} avril 2018 au 30 avril 2019.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, V. _____ a recouru le 23 février 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des décisions précitées. Le prénommé a, sous suite de frais et dépens, conclu à l'admission du recours, principalement à la réforme des décisions attaquées et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2017 et, subsidiairement, jusqu'au 30 avril 2019, puis au minimum à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2019, plus subsidiairement à l'annulation des décisions attaquées, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur les plans somatique et psychique et nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, l'intéressé a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur les aspects somatiques et psychiques. Dans ses motifs, le recourant a contesté l'évaluation de sa capacité de travail dès le 29 janvier 2019. Il a ainsi fait valoir que les rapports d'expertise des Drs X. _____ et F. _____ n'étaient pas probants. Pour l'essentiel, il s'est référé aux critiques émises par le PD Dr B. _____ et aux rapports des Drs U. _____ et A. _____ (notamment rapports des 17 janvier et 9 septembre 2020). Le recourant a en outre produit un lot de pièces sous bordereau, dont un rapport de sortie non daté émanant de la Dre

R._____ du Service de rhumatologie du C._____. Dans ce rapport, il est précisé que le recourant a été hospitalisé du 15 au 25 janvier 2021 en raison d'une lombocruralgie L4 à droite chronique acutisée. Enfin, le recourant estime que par suite de comparaison des revenus, le taux retenu doit être au minimum de 58%.

Dans sa réponse du 14 avril 2021, l'intimé s'est référé à l'avis médical du 1^{er} avril 2021 du Dr P._____ du SMR - qu'il produit et auquel il se rallie - parlant en faveur de la nécessité de mesures d'instruction supplémentaires. L'intimé a dès lors proposé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réplique du 6 mai 2021, le recourant a pris acte que l'intimé avait reconnu qu'il était impossible de retenir une pleine capacité de travail et qu'il était nécessaire de compléter l'instruction au moyen d'une expertise pluridisciplinaire. En cas d'admission du recours, le recourant a requis que les frais de justice soient mis à la charge de l'intimé et qu'une indemnité de plein dépens lui soit accordée, précisant que son conseil avait consacré une vingtaine d'heures à son dossier.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant au maintien, au-delà du 30 avril 2019, de la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1^{er} février 2017, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé à partir du 29 janvier 2019 (date correspondant à l'examen clinique pratiqué par l'expert X. _____).

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

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 l'assuré 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 l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). 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.

d) En particulier, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d).

e) A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue

période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'effectuer son activité habituelle d'aide de cuisine depuis le 10 décembre 2015. Se pose toutefois la question de savoir s'il conserve une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qu'il conteste.

a) Le recourant fait grief à l'intimé d'avoir supprimé le droit à la rente à partir du 1^{er} mai 2019 en se fondant sur les expertises mises en œuvre par W._____, à la suite de l'événement accidentel du 10 décembre 2015. S'agissant du rapport d'expertise du Dr X._____ du 7 février 2019, le recourant est d'avis que l'expert a minimisé la gravité de ses troubles en se référant pour l'essentiel à l'appréciation du PD Dr B._____ lequel a estimé que l'état de santé de son patient n'était pas stabilisé et a notamment fait état d'une déchirure du labrum et d'une arthrose radio-humérale avancée (grade IV). Le PD Dr B._____ a en outre fait grief à l'expert de ne pas avoir investigué la problématique du sus-épineux, du conflit sous-acromial, ni de l'arthropathie acromio-claviculaire. Le recourant a en outre critiqué l'intimé, respectivement le SMR (avis médical du 30 octobre 2020) d'avoir considéré que l'opération pratiquée le 27 mai 2020 ne justifiait qu'une période d'incapacité totale de quelques semaines, sans finalement prendre la peine de s'enquérir des suites de cette intervention, de la question de la stabilisation de son état

de santé, ni des limitations fonctionnelles. Par ailleurs, le recourant a rappelé qu'il présentait des troubles lombaires (cf. rapport d'IRM lombaire du 4 novembre 2019) ayant en outre nécessité une hospitalisation du 15 au 25 janvier 2021 en raison d'une lombocruralgie L4 à droite chronique acutisée (rapport de sortie non daté du Service de rhumatologie du C. _____), élément non pris en compte dans l'expertise du Dr X. _____. Sur le plan psychique, le recourant critique la valeur probante du rapport d'expertise du 18 janvier 2019 de la Dre F. _____. Il soutient qu'il n'y a aucun autre élément qui permettrait de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan psychique. Le recourant a dès lors requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

b) Pour sa part, dans le cadre de sa réponse du 14 avril 2021 au recours, l'intimé a conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire se ralliant à l'avis médical du SMR du 1^{er} avril 2021.

c) A l'instar du SMR (cf. avis médical précité), il convient de constater que deux ans séparent les rapports d'expertise des 18 janvier 2019 de la Dre F. _____ et 7 février 2019 du Dr X. _____ des décisions du 27 janvier 2021 fondées sur les rapports précités. A cela s'ajoute que les expertises en question ont été mises en œuvre par W. _____, assurance-accidents, et étaient essentiellement limitées à la question du lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé du recourant et l'accident du 10 décembre 2015. Sur le plan somatique, l'évocation d'un diagnostic secondaire de fibromyalgie et l'évolution incertaine des lombalgies ne permettent pas, à ce stade, de confirmer une capacité de travail entière dans une activité adaptée compte tenu notamment d'une hospitalisation de l'intéressé du 15 au 25 janvier 2021, soit antérieurement aux décisions litigieuses. Le rapport non daté de la Dre R. _____ décrit notamment les motifs de l'hospitalisation, l'aggravation des lombo cruralgies à droite, ainsi que les antécédents de l'intéressé. On relèvera à cet égard que le dossier de la cause ne contient aucun rapport médical du médecin traitant permettant d'actualiser les antécédents en question (diabète, syndrome des apnées obstructives du sommeil).

7. 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'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, 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 appartiendra à l'OAI d'actualiser le dossier et de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant un volet psychiatrique et somatique, auprès de spécialistes qui veilleront à procéder à une appréciation globale de la capacité de travail du recourant et son évolution depuis le 1^{er} février 2017, respectivement le 29 janvier 2019. Cette expertise devra en outre se conformer aux exigences fixées par la jurisprudence fédérale applicable à l'évaluation des troubles somatoformes douloureux et pathologies assimilées, ainsi que des troubles psychiques. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments du recourant.

8. a) Le recours est par conséquent admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une mandataire qualifiée, le recourant a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). A cet égard, l'avocate de l'assuré précise au stade de la réplique qu'elle a consacré une vingtaine d'heures à ce dossier et prétend à une pleine indemnisation. On ne saurait toutefois souscrire à une telle conclusion. En effet, devant la Cour de céans, les dépens sont fixés par le tribunal, eu égard à l'importance et à la complexité du litige, et les frais d'avocat englobés dans les dépens comprennent uniquement une participation aux honoraires et les débours indispensables (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Il suit de là que c'est à tort que le recourant, par son conseil, prétend à une pleine indemnisation à titre de dépens. Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit à 2'500 fr. (débours et TVA compris).

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

- I. Le recours est admis.

- II. Les décisions rendues le 27 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 V._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jeanne-Marie Monney (pour le recourant), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :