

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 octobre 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Brélaz Brillard, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Asllan Karaj,

et

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

Art. 28 LAI ; 16 et 17 LPGA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, sans formation professionnelle, a travaillé à partir du 1^{er} novembre 1999 comme maçon pour l'entreprise Q._____ SA.

Le 19 juin 2014, il s'est blessé en tirant la ficelle du démarreur d'une machine, ce qui lui a causé des douleurs à l'épaule droite. Il a néanmoins poursuivi son travail. Le 20 juin 2014, il s'est tordu la cheville droite vers l'intérieur alors qu'il portait une baignoire, qui est ensuite tombée sur le côté interne de son pied, compressant celui-ci contre le sol. L'assuré s'est retrouvé en totale incapacité de travail à partir de cette date. Les suites de ces accidents ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Selon une imagerie du pied droit faite en date du 26 juin 2014, il n'y avait pas de lésion traumatique récente. Des radiographies de la cheville droite effectuées le 14 juillet 2014 ont montré une épine achilléenne à droite et une ossification malléolaire médiale à droite.

Une échographie de l'épaule réalisée le 21 juillet 2014 n'a pas mis en évidence de déchirure de la coiffe des rotateurs ou du long chef du biceps (rapport médical du Dr K._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, du 21 juillet 2014).

Une IRM de l'épaule droite du 1^{er} septembre 2014 a permis de conclure à une tendinopathie du sus-épineux, à une tendinopathie du sous-épineux avec une probable déchirure non transfixiante de la face articulaire du tendon.

A l'occasion de l'examen clinique auquel il a procédé le 12 septembre 2014, le Dr K._____ a constaté une discordance entre les constatations objectives et les symptômes mentionnés par le patient.

Après avoir fait réaliser une arthro-IRM le 4 décembre 2014, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de lésion du tendon sus-épineux et lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec subluxation médiale du long chef du biceps de l'épaule droite (rapport médical du 8 décembre 2014). Le 10 février 2015, il a procédé à une réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, à une synovectomie partielle, à une ténodèse du long chef du biceps et à une acromioplastie par arthroscopie de l'épaule droite.

Le 28 avril 2015, 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).

Dans un rapport médical du 10 juin 2015, le Dr R._____ a fait état d'une évolution stagnante et estimé nécessaire d'organiser une reconversion professionnelle dans une activité sans port de charge et sans travaux au-dessus de l'horizontale.

Dans un rapport du 10 juillet 2015, ce médecin a indiqué qu'un examen par ultrason avait montré un tendon en continuité et bien cicatrisé.

L'assuré a été examiné le 21 juillet 2015 par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, il a indiqué qu'une IRM de la cheville et du pied droit du 15 juin 2015 avait montré un petit foyer de chondropathie de grade IV du coin supérieur du dôme talien, des ligaments intacts et une tendinopathie du tendon d'Achille. Le Dr T._____ a également mentionné ce qui suit :

Pour ma part, je retiens une capsulite rétractile de l'épaule D [réd. : droite] dans les suites d'une réparation de la coiffe des rotateurs avec ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie. Il y a aussi un status après entorse/contusion du pied D avec un petit foyer de chondropathie de grade IV du dôme talien qui est peut-être une découverte fortuite. Le tout est surchargé d'éléments fonctionnels chez un patient qui cherche à accréditer le plus grand handicap

possible juste avant de prendre une retraite anticipée et de rentrer en [...].

Pour ce qui est des autres accidents annoncés à la Suva, touchant le poignet G [réd. : gauche] et le pied G, ils sont réels mais de peu d'importance.

L'assuré a séjourné à la Z. _____ (ci-après : Z. _____) du 18 août au 8 septembre 2015. Dans leur rapport du 7 octobre 2015, les Drs V. _____, médecin praticien spécialiste en médecine physique et réadaptation, et F. _____, médecin assistant, ont mentionné les éléments suivants :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour limitations fonctionnelles et douleurs chroniques de l'épaule droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Capsulite rétractile épaule droite
- 10.02.2015 ; arthroscopie épaule D, avec réparation du supra-épineux, synovectomie partielle, ténodèse du LCB, acromioplastie
- Traumatisme indirect de l'épaule droite le 19.06.2014
- Douleurs chroniques du pied et de la cheville droits
- Tendinopathie d'Achille droite (IRM du 15.06.2015)
- Discrets troubles dégénératifs tibio-talien débutants
- Entorse de la cheville droite et contusion du pied droit le 20.06.2014

CO-MORBIDITES

- Obésité (BMI 32 kg/m²)
- Tabagisme actif (68 UPA)
- Diabète non insulino-requérant
- Dyslipidémie.

[...]

Sur le plan orthopédique : confirmation du diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite. Les douleurs du pied et de la cheville droite sont en partie expliquées par des troubles dégénératifs débutants. L'ENMG réalisé après son séjour à la Z. _____ ne montre pas de signe électrophysiologique d'atteinte du nerf tibial postérieur.

L'évaluation psychiatrique ne retient pas de diagnostic psychopathologique. Il est relevé une insatisfaction vis-à-vis de l'intervention de l'épaule droite et un désir de réparation chez un patient qui pense qu'il ne pourra pas améliorer l'état de son épaule.

Sur le plan neurologique, l'évaluation du 27.08.2015 et l'ENMG du 01.09.2015 sont rassurant[s] et ne montrent notamment pas d'évidence d'atteinte focale pouvant expliquer les plaintes du patient au membre supérieur gauche qu'il fait remonter à l'injection du produit de contraste lors de l'IRM de la cheville droite du 15.06.2015 (cf. rapports de neurologie).

[...]

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour pour ce qui concerne l'épaule droite où cliniquement on a une raideur avec un schéma capsulaire (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels telle que la kinésiophobie, un comportement revendicateur contre le monde médical, une tendance à la catastrophisation jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail.

[...]

L'évolution subjective et objective n'est pas significative en ce qui concerne les aptitudes fonctionnelles et les douleurs (cf. rapports et test fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, chez un patient qui reste centré sur les douleurs.

Hormis le fait qu'il [...] sous-estime grandement ses aptitudes fonctionnelles (score PACT 2), aucune incohérence n'a été relevée.

Pour ce qui concerne l'épaule droite, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : toutes les activités au-dessus de l'horizontal avec le membre supérieur droit ; ports de charges répétés 15 kg.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

On peut s'attendre à une longue évolution dans le contexte de la capsulite et la situation devrait être réévaluée à l'agence début 2016.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident.

Même si on peut encore attendre des améliorations fonctionnelles, la reprise d'une activité adaptée à ses limitations sera limitée par des facteurs non-médicaux, tel que l'âge, l'absence de formation reconnue, le peu de maîtrise de la langue française, chez un patient qui sous-estime grandement le niveau d'activité qu'il pourrait réaliser et dans l'attente de réparation.

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE
MANŒUVRE-MACON

- 100 % du 18.08.2015 ou 08.10.2015 pour une longue durée.

Dans un rapport médical du 23 septembre 2015, le Dr
H. _____, spécialiste en neurologie, n'a pas constaté de répercussions

neurographiques significatives en faveur d'un syndrome du tunnel tarsien à droite, malgré la présence d'un discret Tinel au niveau de la face interne de cette cheville. Les paramètres neurographiques étaient parfaitement physiologiques et aisément obtenables. Ce médecin ne retenait pas non plus d'éléments pour une atteinte radiculaire et estimait que le problème restait essentiellement orthopédique.

Dans un rapport médical du 6 octobre 2015, le Dr R. _____ a noté ce qui suit :

Ce patient a séjourné à la Z. _____ du 18.08 au 08.09.2015, mais ce séjour n'a apparemment pas changé grand-chose.
Pour ma part, ce patient n'est pas du tout motivé et je me demande même s'il ne simule pas de temps en temps car il enfile sa veste avec la manche gauche en premier, quand il sert la main pour venir en consultation il bouge à peine son épaule, mais après par contre il la bouge tout de même pour expliquer certaines choses et pour enfiler sa veste.

Dans son rapport d'examen du 16 février 2016, le Dr T. _____ a confirmé la présence d'une capsulite rétractile après chirurgie de l'épaule droite, d'évolution stagnante. L'examen du pied droit était en revanche normal et l'imagerie médicale n'avait montré que des lésions dégénératives débutantes. Il a considéré que la situation n'était pas encore stabilisée.

Selon un rapport médical du 25 février 2016, l'assuré a subi une cure de hernie inguinale gauche le 2 février 2016.

Dans un avis médical du 9 mars 2016, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a admis que l'assuré présentait une incapacité de travail totale et définitive dans son activité habituelle dès le 21 juin 2014 et que la situation n'était pas encore stabilisée.

Dans un rapport médical du 5 avril 2016, le Dr R. _____ a mentionné un arrêt de travail jusqu'au 31 décembre 2016.

Dans un certificat médical établi le 7 juillet 2016, il a finalement indiqué que l'assuré pouvait reprendre son travail à plein temps dès ce jour.

L'assuré s'est affilié comme indépendant auprès de la caisse AVS dès le 1^{er} juin 2016, en vue de travailler dans la vente d'automobiles d'occasion, et il a résilié son contrat de travail en date du 7 juillet 2016.

Dans son rapport d'examen final du 20 septembre 2016, le Dr T. _____ a conclu ce qui suit :

Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas d'évolution. Son épaule D est toujours très douloureuse et il n'arrive pas à utiliser son MSD [réd. : membre supérieur droit]. Il fait tout avec la main G et il commence à souffrir de l'épaule G. Quant au pied D, dont le patient ne parle pas spontanément, il resterait également douloureux, sans changement.

L'examen clinique est maintenant caractérisé par une exclusion fonctionnelle du MSD.

Objectivement, la mobilité active est limitée, inchangée, avec une élévation et une abduction qui peinent à atteindre l'horizontale, une rotation externe, coudes au corps, qui ne dépasse pas 20° et une rotation interne qui n'est qu'ébauchée. Passivement, les amplitudes articulaires sont difficilement améliorables en présence d'importantes contre-pulsions et il est finalement difficile de savoir ce qu'il en est de la mobilité réelle de cette épaule. La collaboration est insuffisante pour tester le sus-épineux mais la force en rotation externe, coudes au corps, est normale. Les ROT [réd. : réflexes ostéo-tendineux] sont normo-vifs, symétriques. La force du MSD est nettement diminuée par rapport à G, bien en aval de l'épaule également, mais il n'y a pas de déficit au testing musculaire et le tonus est conservé. Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité au MSD.

Si une capsulite rétractile est indéniable, elle est manifestement surchargée d'éléments fonctionnels, d'une sous-utilisation plus ou moins délibérée du MSD, au motif de douleurs difficilement vérifiables, et des incohérences ont été relevées à plusieurs reprises par des examinateurs différents.

S'agissant du pied D, son examen est à nouveau normal et l'imagerie médicale n'a montré que des lésions dégénératives débutantes.

Il ne concerne donc plus la Suva.

Pour l'épaule D, le traitement est manifestement terminé chez un patient peu motivé à aller mieux.

Au plan professionnel, le patient a donné son congé à l'entreprise Q._____ SA le 07.07.2016 et il a ouvert un petit garage en tant d'indépendant qu'il aurait refermé aussitôt (?).

Quoiqu'il en soit, si la reprise de l'activité habituelle n'est pas envisageable, rien ne s'oppose à ce que le patient travaille en plein dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi.

Par décision du 9 décembre 2016, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2017.

Dans un avis médical du 12 décembre 2016, le SMR s'est rallié à l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA et a retenu que la capacité de travail exigible était de 100 % dans une activité adaptée depuis le 14 septembre 2016, les limitations fonctionnelles étant d'éviter le port de charges avec le membre supérieur droit et les travaux au-dessus de l'horizontale.

Par décision du 2 février 2017, confirmée sur opposition le 2 mars 2017, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 10 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

Par projet de décision du 2 mars 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016.

L'assuré a fait valoir ses objections par courrier du 28 mars 2017. Il a nié avoir retrouvé une quelconque capacité de travail et estimait qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire.

Le 30 mai 2017, il a produit un rapport médical établi le 24 mai 2017 par le Dr H._____, qui a constaté, après un examen neurologique, des paramètres parfaitement physiologiques au niveau des membres supérieurs.

Dans un avis médical du 7 août 2017, le SMR a relevé qu'en dehors d'un syndrome métabolique (obésité, diabète non insulino-requérant), aucune affection n'était signalée par les médecins, si bien qu'une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait pas. Le rapport du Dr H._____ était par ailleurs superposable à celui qu'il avait établi le 23 septembre 2015 et confirmait l'absence d'atteinte neurogène significative.

Par courrier du 15 août 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il n'avait pas apporté d'éléments de nature à modifier sa position.

Par décision du 14 septembre 2017, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015, soit six mois après le dépôt de sa demande, jusqu'au 31 décembre 2016. Il a considéré qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 14 septembre 2016 et que son taux d'invalidité - calculé sur la base des données salariales statistiques et compte tenu d'un abattement de 10 % - était dès lors de 6 %, ce qui conduisait à la suppression de sa rente après un délai de trois mois.

B. Par acte de son mandataire du 13 octobre 2017, X._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2017. Il a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis le 14 septembre 2016, que son incapacité de travail perdurait, précisant qu'il était droitier et âgé de plus de 62 ans.

Il a notamment produit un rapport médical du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et de la main, établi le 3 octobre 2017, qui a posé les diagnostics suivants :

- Tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs des deux épaules, symptomatique à droite depuis 2014 et gauche depuis 2015.
- Syndrome du tunnel carpien bilatéral depuis 2015 ?
- Status après suture du sus-épineux droit, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie arthroscopique le 12.02.2015 avec mauvais résultat.

Ce médecin avait fait réaliser une l'IRM du rachis entier, le 20 juin 2017, qui avait montré des discopathies dégénératives, lesquelles ne permettaient pas d'expliquer la symptomatologie dont se plaignait le patient.

Dans sa réponse au recours du 11 décembre 2017, l'OAI s'est référé aux conclusions du Dr T._____ et du SMR qui, dans un nouvel avis daté du 5 décembre 2017, estimait que les pièces médicales produites n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier son appréciation.

Par courrier du 20 juin 2018, le recourant a versé en cause une lettre de consultation du 30 mai 2018 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui retenait le diagnostic de lésion partielle du tendon sus-épineux avec conflit sous-acromial de l'épaule gauche, pour laquelle une infiltration sous ultrason avait été effectuée le 23 avril 2018.

Le 8 octobre 2018, le recourant a transmis des rapports médicaux du Dr G._____ des 18 juillet, 22 août et 12 septembre 2018. A la suite d'un faux mouvement en date du 16 juillet 2018, l'assuré avait présenté une tuméfaction à l'épaule gauche et un ultrason effectué le 29 août 2018 avait mis en évidence une rupture du long chef du biceps. L'examen clinique réalisé le 5 septembre 2018 montrait une évolution lente, mais favorable.

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 ; RSV 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 a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à partir du 1^{er} janvier 2017. Il ne conteste en revanche pas son droit à la rente, respectivement son degré d'invalidité, pour la période antérieure.

3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA ; ATF 141 V 9 consid. 2.3) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré

inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références).

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

c) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351

consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. Il n'est pas contesté qu'en raison des événements des 19 et 20 juin 2014, le recourant a présenté une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (lésion du tendon sus-épineux et de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec subluxation médiale du long chef du biceps) et, d'autre part, une contusion/entorse de la cheville droite, avec un petit foyer de chondropathie de grade IV du coin supérieur du dôme talien et une tendinopathie du tendon d'Achille. Il a également subi des traumatismes au pied gauche et au poignet gauche, qui n'étaient cependant que de peu d'importance (cf. examen du Dr T. _____ du 21 juillet 2015).

Le 10 février 2015, le Dr R. _____ a procédé à une réparation du tendon sus-épineux, à une synovectomie partielle, à une ténodèse du long chef du biceps et à une acromioplastie par arthroscopie de l'épaule droite. Un ultrason effectué le 10 juillet 2015 a permis de constater un tendon en continuité et bien cicatrisé. Depuis lors, le recourant se plaint toujours de douleurs ainsi que de limitations fonctionnelles importantes. Celles-ci s'expliquent en partie par la capsulite rétractile qu'il a développée dans les suites de cette réparation de la coiffe des rotateurs (cf. rapport d'examen du Dr T. _____ du 21 juillet 2015 et rapport de la Z. _____ du 7 octobre 2015).

Le recourant continue également à souffrir de douleurs au pied et à la cheville droite, lesquelles sont en partie expliquées par les troubles dégénératifs débutants constatés (cf. rapport de la Z. _____). Le Dr H. _____ a cependant exclu une origine neurologique à ces douleurs, dans son rapport du 23 septembre 2015.

Le recourant a en outre indiqué présenter des douleurs dans le membre supérieur gauche, qu'il faisait remonter à l'injection du produit de contraste lors de l'IRM de la cheville droite du 15 juin 2015. L'évaluation neurologique et l'ENMG pratiqués lors de son séjour à la Z. _____ se sont toutefois révélés normaux.

Il faut relever que la majorité des médecins consultés a noté des discordances entre les plaintes exprimées par le recourant et la situation médicale objective ainsi que la présence de facteurs contextuels tels que la kinésiophobie, un comportement revendicateur contre le monde médical et une tendance à la catastrophisation influençant les plaintes exprimées (cf. rapport médical du Dr K. _____ du 12 septembre 2014, rapports d'examen du Dr T. _____ des 21 juillet 2015 et 20 septembre 2016, rapport de la Z. _____ du 7 octobre 2015). Dans son rapport médical du 6 octobre 2015, le Dr R. _____ a même soupçonné une simulation de la part de l'assuré.

Les médecins consultés ont tous admis que l'activité habituelle de manœuvre n'était plus exigible. En revanche, le Dr T. _____ et le SMR ont reconnu à l'assuré, à partir du 14 septembre 2016, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. De son côté, le Dr R. _____ a également attesté de la reprise d'une activité professionnelle à partir du 7 juillet 2016. Les limitations fonctionnelles posées par les différents médecins sont par ailleurs similaires. Elles concernent les activités au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit et le port répété de charges de plus de 15 kg selon les médecins de la Z. _____. Le Dr T. _____ a recommandé une activité légère, de type industriel, exercée à

hauteur de table ou d'établi. Et le SMR a indiqué d'éviter le port de charges avec le membre supérieur droit et les travaux au-dessus de l'horizontale.

Dans son recours, le recourant conteste avoir retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le rapport du Dr L. _____ qu'il a produit n'apporte toutefois aucun élément dont il n'aurait pas été tenu compte dans le cadre de la décision attaquée et ne fait que reprendre les diagnostics déjà connus. Ce médecin ne se prononce en outre pas sur la capacité de travail de l'assuré.

Le recourant a en outre versé en cause, le 2 juin 2018, un rapport médical du 30 mai 2018, dans lequel le Dr G. _____ pose le diagnostic de lésion partielle du tendon sus-épineux avec conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Il faut rappeler que, selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). En l'occurrence, les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de déterminer clairement si cette atteinte était déjà présente le 14 septembre 2017, lorsque la décision litigieuse a été rendue. Dans son rapport du 3 octobre 2017, le Dr L. _____ retenait alors uniquement, pour l'épaule gauche, une tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs depuis 2015, sans évoquer de lésion. Quoi qu'il en soit, la date de survenance de cette lésion n'est de toute façon pas déterminante compte tenu de l'issue du présent recours.

Selon les rapports du Dr G. _____ des 22 août et 12 septembre 2018, le recourant a souffert d'une rupture du long chef du biceps de l'épaule gauche à la suite d'un faux mouvement intervenu le 16 août 2018. Cette atteinte étant postérieure à la décision attaquée, elle n'a pas à être prise en compte dans le cadre du présent examen, conformément à la jurisprudence précitée.

Au final, il faut constater que c'est à juste titre que l'OAI a retenu, dans sa décision, que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 14 septembre 2016.

5. Cela étant, se pose la question de savoir s'il existe une activité exigible que le recourant pourrait exercer sur le marché du travail, vu son handicap, son âge et son manque de formation.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils

rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 et TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.1).

b) En l'espèce, la date déterminante pour examiner si un reclassement professionnel de l'assuré est encore exigible est celle de l'examen final du Dr T._____, soit le 14 septembre 2016, correspondant au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité adaptée était exigible à 100 % du point de vue médical (cf. également avis SMR du 12 décembre 2016). Le recourant, né le [...] 1955, était âgé de 61 ans à ce moment-là. Il a travaillé en dernier lieu en qualité de manœuvre maçon pour le compte de l'entreprise Q._____ SA à [...] de 1999 à 2014.

Auparavant, il avait également occupé des emplois de maçon, de berger ou d'aide-jardinier (cf. rapport initial du spécialiste en réinsertion professionnelle du 13 août 2015, extrait de son compte individuel à l'AVS). Il n'apparaît pas qu'il ait acquis au cours de sa vie professionnelle une quelconque formation ou toute autre expérience qu'il serait en mesure de mettre directement en valeur dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'exercice d'une nouvelle activité, adaptée aux limitations fonctionnelles l'affectant - pas de port de charge avec le membre supérieur droit et pas de travaux des bras au-dessus de l'horizontale -, impliquerait par conséquent une reconversion dans un environnement professionnel totalement nouveau et présupposerait des facultés d'adaptation probablement insurmontables d'un point de vue subjectif. Si l'office intimé a défini un certain nombre d'activités qu'il estimait adaptées - activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger (par exemple, ouvrier à l'établi ou dans le montage de petits composants électroniques, conditionnement léger à l'établi, petit montage et assemblage léger à l'établi, opérateur de production) -, on relèvera en revanche que l'office intimé n'a, contrairement à ce que requiert la jurisprudence, à aucun moment proposé au recourant de le soutenir dans la recherche d'un emploi approprié (cf. TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220). Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, on peine dès lors à imaginer qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour permettre au recourant de se réinsérer dans le monde du travail. Dans ces conditions, il convient de conclure qu'il n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail.

6. a) Par conséquent, en tant que le recourant ne peut plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel. En l'absence de modification du degré d'invalidité intervenue en septembre 2016, c'est à tort que l'OAI a supprimé, avec effet au 31 décembre 2016, la rente d'invalidité octroyée au recourant depuis le 1^{er} octobre 2015.

En définitive, le recours est admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant peut prétendre à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2015.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 14 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} octobre 2015.
- 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 au recourant une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) 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 :

- M. Asllan Karaj (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 :