

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 décembre 2019

---

Composition : M. NEU, président

Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 et 43 LPGA ; art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, est menuisier de profession. Entré en Suisse en 1990, il a été engagé à plein temps en qualité de monteur à la tâche auprès de D. \_\_\_\_\_ SA dès le 1<sup>er</sup> septembre 1995.

Souffrant de douleurs à l'épaule gauche, il a été mis en incapacité totale de travail dès le 4 octobre 2002 par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier a diagnostiqué une déchirure du bourrelet antérieur et antéro-inférieur de l'épaule gauche, une déchirure longitudinale dans les fibres de la partie antérieure du tendon du muscle sus-épineux, un conflit sous-acromial, ainsi qu'une formation kystique antéro-supérieure de la tête humérale (cf. notamment : rapports médicaux des 30 décembre 2002 et 31 décembre 2003).

L'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 23 septembre 2003 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Après avoir requis les dossiers constitués par L. \_\_\_\_\_ SA et par la M. \_\_\_\_\_, ainsi que des rapports de D. \_\_\_\_\_ SA et du Dr C. \_\_\_\_\_, l'OAI a diligenté un examen clinique de l'assuré.

Le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du Service médical régional \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ l'AI (ci-après : le SMR), a procédé à cet examen le 3 octobre 2005 et communiqué son rapport le 14 octobre 2005. Il a retenu le diagnostic de douleurs et raideur de l'épaule gauche après deux interventions arthroscopiques pour déchirure du bourrelet et tendinopathie du sus-épineux (M75.1). L'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de menuisier depuis le 4 octobre 2002. Il était en revanche doté d'une capacité de travail de 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 (soit à quelques

mois de la deuxième intervention arthroscopique) dans une activité sans sollicitation excessive de l'épaule gauche, sans port de charges supérieures à 5 kg et sans mouvements de cette épaule au-dessus de l'horizontale.

Se fondant sur ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une observation professionnelle de l'assuré du 20 novembre 2006 au 15 décembre 2006 auprès du Centre F.\_\_\_\_\_ (cf. communication du 10 octobre 2006). Les maîtres de stage ont conclu à la possibilité de l'assuré de se réinsérer et de suivre une formation pratique en entreprise, sous réserve de son manque de motivation et d'engagement qui laissait présager de faibles chances de succès de mesures de réadaptation subséquentes (cf. rapport d'observation professionnelle du 16 janvier 2007).

Vu ces conclusions, l'OAI a procédé à l'évaluation théorique de l'invalidité de l'assuré et mis à jour un degré d'invalidité de 27,67 %.

Par projet de décision du 8 avril 2008, l'OAI a envisagé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 31 mars 2006. Cette prestation serait supprimée dès le 1<sup>er</sup> avril 2006 compte tenu du taux d'invalidité de 27,67 %. Des mesures professionnelles supplémentaires n'étaient pas envisagées.

En dépit des objections formulées par l'assuré le 14 mai 2008, l'OAI a rendu une décision, reprenant les termes du projet précité, en date du 26 juin 2008.

Dans l'intervalle, l'assuré s'est déclaré motivé à se réintégrer de sorte que l'OAI a décidé d'organiser une orientation professionnelle d'une durée de trois mois au sein du Centre F.\_\_\_\_\_ (cf. communication du 19 novembre 2008).

Statuant sur recours de l'assuré contre la décision du 26 juin 2008 par arrêt du 10 février 2009 (AI 399/08 - 116/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a réformé la décision attaquée en ce sens que l'assuré était mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2006 et des mesures professionnelles envisagées. Le degré d'invalidité de l'assuré était fixé à 45,65 % par suite de la comparaison des revenus avec et sans invalidité (45'918 fr. 60 et 84'500 francs).

**B.** A l'issue de l'orientation professionnelle mise en œuvre du 22 septembre 2009 au 28 février 2010 au Centre F.\_\_\_\_\_, les maîtres de stage ont établi leur rapport le 5 mars 2010. Ils ont mis en évidence le potentiel de l'assuré à suivre une formation pratique de dessinateur en cuisine, mais estimé que son comportement en lien avec les douleurs de son épaule était susceptible de mettre en péril une telle mesure.

Sollicité par l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a fait part, le 20 décembre 2010, d'un état de santé stationnaire, son patient présentant toujours des douleurs de l'épaule gauche et bénéficiant de séances de physiothérapie associées à la prise d'antalgiques. Une reprise d'activité ne lui semblait pas envisageable, le pronostic s'avérant défavorable.

Par projet de décision du 16 novembre 2011, confirmé par décision du 16 janvier 2012, l'OAI a prononcé le refus de mesures professionnelles subséquentes et précisé que l'assuré continuerait à percevoir un quart de rente d'invalidité.

**C.** En date du 12 juin 2013, l'OAI a entamé une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assuré.

Dans ce contexte, le Dr C.\_\_\_\_\_ a complété un rapport le 29 novembre 2013, signalant l'absence de modification de l'état de santé et de l'incapacité de travail de son patient « depuis l'octroi de la rente » avec la persistance de douleurs du membre supérieur gauche. A son avis,

l'assuré demeurait en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée 8 heures par jour à 100 %.

L'assuré a consulté la Policlinique G. \_\_\_\_\_ en urgence le 22 décembre 2013, ayant ressenti un craquement et un lâchage de l'épaule gauche alors qu'il prenait appui sur ses avant-bras. Après la mise en place d'une prise en charge antalgique par le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin assistant au sein de la Policlinique G. \_\_\_\_\_, il a été renvoyé auprès du Dr C. \_\_\_\_\_.

Le 17 janvier 2014, une arthro-IRM de l'épaule gauche, réalisée au sein de l'Institut d'imagerie H. \_\_\_\_\_, a mis en évidence des altérations de signal des fibres distales du tendon du muscle sus-épineux, sans récurrence de déchirure, et une prolifération synoviale du récessus infra-coracoïdien de la portion antérieure de la capsule articulaire entourant les fibres supérieures du tendon du muscle sous-scapulaire, ainsi qu'un remaniement post-opératoire et post-traumatique inchangé du labrum et des altérations post-traumatiques de l'articulation acromioclaviculaire.

L'assuré a fait l'objet d'une arthroscopie de l'épaule gauche, avec suture arthroscopique de la coiffe des rotateurs, réparation labrale antérieure, bursoscopie, boursectomie et acromioplastie, réalisée à la Clinique J. \_\_\_\_\_ le 7 juillet 2014.

Un certificat du 8 janvier 2015, rédigé par le Dr C. \_\_\_\_\_, a relaté une évolution défavorable, de sorte que l'assuré ne pouvait pas participer à « des cours de réorientation professionnelle » en l'état.

L'OAI, sur recommandation du SMR du 3 février 2015, a décidé de faire réaliser une expertise orthopédique de l'assuré, dont le mandat a été \_\_\_\_\_ confié \_\_\_\_\_ au Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, par communication du 6 février 2015.

Celui-ci a adressé son rapport à l'OAI le 8 juin 2015. Il a retenu les diagnostics suivants, se repercutant sur la capacité de travail de l'assuré :

Limitation des amplitudes articulaires de l'épaule gauche avec douleurs sur :

- Status post cure chirurgicale d'une lésion du sus-épineux et d'une lésion SLAP [réd. : superior labrum from anterior to posterior] de l'épaule gauche en 1988.
- Status post tendinopathie du sus-épineux avec une déchirure, conflit sous-acromial associé et tendinopathie modérée du sous-épineux avec remaniements dégénératifs de la tête humérale gauche.
- Status post acromioplastie, fixation du bourrelet en antérieur et antéro-inférieur et suture du sus-épineux et curetage du kyste de la tête humérale gauche le 3 avril 2003.
- Status post réinsertion du bourrelet antéro-inférieur, ténodèse du long chef du biceps, synovectomie et bursectomie de l'épaule gauche le 2 août 2005.
- Status post arthroscopie d'une suture du tendon du sus-épineux et du sous-scapulaire, d'une réparation du labrum antérieur, d'une bursectomie et d'une acromioplastie le 7 juillet 2014.
- Status post rupture du tendon du biceps gauche.

L'expert a considéré que l'activité habituelle de menuisier n'était plus exigible « depuis l'expertise de 2005 », mais que l'assuré était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée, épargnant l'épaule gauche, sans port ni transport de poids de plus de 5 kg et sans travail au-dessus du plan des épaules. Les limitations fonctionnelles et l'appréciation de la capacité de travail étaient donc, à son avis, identiques aux conclusions ressortant de l'examen clinique réalisé en 2005.

Fondé sur ces éléments médicaux, l'OAI a procédé le 31 août 2015 à une nouvelle évaluation de l'invalidité de l'assuré et déterminé un degré d'invalidité de 39,61 % par la comparaison des revenus avec et sans invalidité actualisés à 2015.

Assisté de Me Gilles-Antoine Hofstetter, l'assuré a manifesté son désaccord avec la teneur du rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ par écriture du 15 septembre 2015, estimant que cet expert avait fait preuve de prévention à son égard de sorte que ses conclusions étaient sujettes à caution.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a répondu à ces remarques le 3 octobre 2015, tandis que l'assuré a maintenu ses griefs par pli du 27 juin 2016

L'OAI a actualisé le degré d'invalidité de l'assuré à l'année 2016 le 10 août 2016 et l'a porté à 39,6 % compte tenu d'un revenu d'invalidité de 56'937 fr. et d'un revenu sans invalidité de 94'264 francs.

Par projet de décision du 17 mars 2017, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de refuser d'augmenter sa rente d'invalidité sur la base du degré d'invalidité de 39,6 % mis à jour dans son cas. Dans un courrier d'accompagnement séparé, l'OAI indiquait que le rapport d'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ pouvait être doté d'une pleine valeur probante. Ce document pouvait donc fonder le réexamen de son droit à la rente.

L'assuré a contesté ce projet par écritures des 22 mars 2017 et 5 mai 2017, réitérant ses griefs à l'encontre du rapport d'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ et soulignant avoir été en incapacité totale de travail à tout le moins entre le 22 décembre 2013 et septembre 2014. Il a conclu à la modification du projet de décision pour tenir compte de cet intervalle et requis au surplus la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Dans un courrier du 6 juillet 2017, l'OAI a à nouveau exposé que le rapport d'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ pouvait se voir accorder pleine valeur probante, les motifs invoqués par l'assuré devant être qualifiés de « ressenti subjectif ».

Par décision du 10 juillet 2017, l'OAI a prononcé le refus d'augmenter la rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 39,6 % déterminé en fonction de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps.

**D.** B.\_\_\_\_\_, représenté par Me Hofstetter, a déféré la décision du 10 juillet 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal

par mémoire de recours du 11 septembre 2017, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'administration pour instruction complémentaire, et encore plus subsidiairement à la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 46 % selon l'arrêt cantonal du 10 février 2009. Il a derechef contesté la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr K.\_\_\_\_\_, arguant de la prévention de cet expert. Il a également rappelé qu'une aggravation de son état de santé avait impliqué une incapacité totale de travail entre le 22 décembre 2013 et le mois de septembre 2014. Enfin, l'OAI s'étant rallié au degré d'invalidité ressortant de l'arrêt cantonal du 10 février 2009, la nouvelle détermination de ce degré et des revenus correspondants ne se justifiait pas.

L'OAI a répondu au recours le 16 novembre 2017 et proposé son rejet. Il a estimé que le rapport d'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ n'était pas critiquable et devait bénéficier d'une pleine valeur probante. Il a cependant concédé qu'une nouvelle détermination du degré d'invalidité de l'assuré était dénuée de fondement, de sorte que le degré d'invalidité de 45,65 % ressortant de l'arrêt cantonal du 10 février 2009 pouvait être maintenu.

Par réplique du 8 décembre 2017, l'assuré a pour l'essentiel maintenu ses conclusions.

L'OAI en a fait de même le 4 janvier 2018.

Les faits seront au surplus repris en tant que de besoin dans le développement juridique ci-dessous.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations

expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), devant le tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le refus d'augmenter le quart de rente d'invalidité alloué à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006 à l'issue de la procédure de révision entamée d'office le 12 juin 2013, singulièrement la force probante de l'expertise réalisée par le Dr K. \_\_\_\_\_ fondant la décision du 10 juillet 2017.

**3. a)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens

de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

**b)** 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**c)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**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 ; 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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**c)** L'assuré peut soulever des motifs « formels » de récusation d'un expert, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle, parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C 293/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2 et 3).

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; TF 9C\_293/2008 du 28 janvier 2009 précité).

**5.** En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué notablement depuis l'arrêt cantonal du 10 février 2009, par lequel il a été mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2006.

**a)** A la date de son arrêt du 10 février 2009, la Cour de céans a estimé que le dossier médical du recourant était instruit à satisfaction. Elle a conféré pleine valeur probante au rapport d'examen clinique du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2005. Ce dernier avait fait état des constats cliniques suivants sur le plan ostéoarticulaire :

« [...] Au niveau de la colonne vertébrale, il n'y a pas de trouble de la statique, ni dans le plan frontal, ni dans le plan sagittal, les flèches lordotiques sont de 4 cm en regard de C7, 0 cm en regard de D7, 5 cm en regard de L3, 0 cm en regard du sacrum. L'index de Ott est de 30 à 32 cm, l'index de Schober est de 10 à 15 cm, la distance doigts-sol est de 0. Les inclinaisons latérales ainsi que les rotations de la colonne dorsolombaires sont dans la limite de la norme. L'examen de la colonne cervicale est dans la limite de la norme. Au niveau des membres supérieurs, il n'y a pas d'atrophie musculaire ni du biceps ni des loges musculaires sus- et sous-épineux. L'examen du membre supérieur droit (non dominant) est dans la limite de la norme. En particulier l'épaule droite est stable, elle a une mobilité complète et aucun signe de tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Au niveau de l'épaule gauche, la mobilité est diminuée, il a une flexion active limitée à 90°, passivement on arrive à 110° en provoquant des douleurs. L'abduction active est limitée à 70°, passivement on arrive à 90°. La rotation externe est limitée à 30° (à droite 60°), diminution de force en rotation externe, meilleure force en rotation interne. Périmètre des bras mesuré à 15 cm des pointes des olécrânes 31 cm à droite, 30 cm à gauche, périmètre des avant-bras mesuré à 15 cm de la pointe de l'olécrâne, 25 cm à droite, 23 cm à gauche. Examen des coudes, mobilité complète et symétrique, examen des poignets et des mains dans la limite de la norme. Au niveau des membres inférieurs, pas de défaut d'axe, pas d'inégalité de longueur. Périmètres des cuisses et des mollets symétriques. Examen des hanches, genoux, chevilles et pieds dans les limites de la norme. »

Le Dr N.\_\_\_\_\_ avait communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes :

« Assuré de 40 ans, de nationalité portugaise, gaucher, avec une formation de menuisier. Il a travaillé comme monteur de piscine depuis 1995 jusqu'à fin 2002. Il souffre de douleurs au niveau de son épaule gauche depuis 1998. Les douleurs sont devenues plus importantes à partir de la fin 2002. Deux interventions chirurgicales sous arthroscopie ont été effectuées. La première s'est soldée par un échec. On ne sait pas encore quel sera le résultat de la deuxième

intervention car on est à huit semaines de cette dernière. Il est probable que le résultat soit aussi défavorable.

### **Les limitations fonctionnelles**

Cet assuré gaucher doit éviter la sollicitation excessive de son épaule gauche. Ne doit pas porter des objets de poids supérieur à 5 kg avec le membre supérieur gauche et doit éviter les mouvements de cette épaule au-dessus de l'horizontale.

[...]

Après l'examen SMR, nous ne voyons aucune raison pour que la capacité de travail de cet assuré soit diminuée dans un travail adapté respectant les limitations fonctionnelles. [...] »

**b)** Dans le cadre de la procédure de révision initiée le 12 juin 2013, le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait part d'une situation stationnaire à l'issue de son rapport du 29 novembre 2013 à l'intimé et considéré son patient apte à l'exercice d'une activité lucrative à 100 %.

Dans un certificat ultérieur, rédigé le 8 janvier 2015, il a relaté l'évolution suivante :

« Monsieur B. \_\_\_\_\_ [...] a présenté un traumatisme de l'épaule gauche en décembre 2013 alors qu'il se relevait de son lit, en prenant appui sur ses avant-bras, il ressent un craquement et présente un lâchage de l'épaule gauche.

Par la suite, il a présenté des omalgies insomniantes.

[...]

L'arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée en janvier 2014 mettait en évidence, par rapport à l'examen antérieur (arthro-IRM de l'épaule gauche en date du 20.09.2011), des altérations de signal des fibres distales du tendon du muscle sus-épineux sans récurrence de déchirure. Il existait également une prolifération synoviale du récessus infra-coracoïdien, de l'intervalle des rotateurs et de la portion antérieure de la capsule articulaire entourant les fibres supérieures du tendon du muscle sous-scapulaire. Cet examen ouvrait le diagnostic différentiel entre un remaniement cicatriciel d'origine post-traumatique (notion de faux mouvement) susceptible de masquer une récurrence de déchirure du tendon du muscle sous-scapulaire ou une atteinte inflammatoire (capsulite rétractile).

L'examen montrait également un remaniement post-opératoire et post-traumatique inchangé du labrum avec des altérations post-traumatiques de l'articulation acromio-claviculaire.

Le 07.07.2014, le patienta été opéré à la Clinique J. \_\_\_\_\_ à [...] : arthroscopie de l'épaule gauche, suture arthroscopique de la coiffe des rotateurs (tendon du sus-épineux et sous-scapulaire), réparation labrale antérieure arthroscopique, bursoscopie, boursectomie et acromioplastie à l'épaule gauche.

Depuis le patient bénéficie de séances de physiothérapie mais l'évolution pour le moment n'est pas favorable. Pour ces raisons, le patient ne peut pas participer à des cours de réorientation professionnelle. [...] »

Quant au Dr K.\_\_\_\_\_, mandaté par l'intimé, il a fait état des constats cliniques suivants à l'issue de son rapport d'expertise du 8 juin 2015 :

« L'assuré se présente en portant le lourd sac de radiographie de la main gauche à hauteur de la ceinture. Une fois assis, il garde de façon constante l'attitude des blessés du membre supérieur en soutenant le côté gauche par le droit de façon permanente. Il effectue régulièrement des massages du moignon de l'épaule gauche et de la base du cou.

[...]

Toutes les mobilisations entraînent des douleurs. De nombreux tests ne peuvent pas être réalisés en raison des douleurs. L'élévation antérieure est limitée à 90° ce qui est une valeur identique à celle de la dernière expertise. Il apparaît une hypoesthésie de la face externe du bras gauche et une rupture du tendon du biceps gauche. L'assuré résume les changements à une diminution de l'élévation antérieure et une hypoesthésie associée à la rupture bicipitale. L'épaule gauche ne montre pas d'instabilité.

[...]

#### *De la situation actuelle*

Les plaintes de l'assuré sont centrées sur des douleurs de l'épaule gauche avec une limitation des amplitudes articulaires. Le traitement consiste en 2 grammes quotidiens de Novalgine.

L'examen clinique est marqué par les douleurs et par la limitation des amplitudes articulaires de l'épaule gauche. Les douleurs sont présentes au repos comme à la mobilisation active. La mobilisation passive ne peut pas être effectuée en raison des douleurs apparaissant dès les premiers degrés de mobilisation, ce qui surprend. Tous les tests et en particulier ceux d'appréhension sont positifs, accompagnés de cris, de manœuvres systématiques de protection avec le membre supérieur controlatéral et du facies dolorosa. Les amplitudes articulaires sont limitées, en particulier pour l'élévation antérieure. De 90° en actif au début de l'examen, l'assuré atteint 95° en fin d'examen après une période de repos. Une rupture du tendon bicipital gauche est notée, que l'assuré met en relation avec son traumatisme de l'année 2013. Il tient à ce que l'expert lise à nouveau le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_, qui expliquerait, selon lui, la lésion. L'assuré fournit la pièce, soigneusement préparée. Relecture immédiate faite, il n'y a pas de signe de lésion bicipitale indiquée. Une hypoesthésie de la face externe du bras gauche est également notée, sans autre anomalie neurologique. L'examen des tendons de la coiffe des rotateurs n'est pas contributif car non réalisable dans la plupart des cas. Néanmoins, la force en rotation externe, comme interne d'ailleurs, est tout à fait bien conservée, de plus en l'absence de toute douleur alléguée. En raison des lésions itératives du bourrelet, une instabilité aurait été attendue, il n'en est rien. L'épaule gauche est stable et d'ailleurs indolore lors de ces manœuvres. Si, du point de vue de l'assuré, la dernière intervention a aggravé la situation, objectivement, l'épaule gauche est stable, à force de rotation externe conservée au seul prix de 2 gr quotidiens de Novalgine. Dans l'absolu, il existe une perte de force en raison de la lésion bicipitale, en particulier lors de la flexion de l'avant-bras sur le bras. Néanmoins, la force de supination n'est pas modifiée, en l'absence

d'ailleurs d'amyotrophie, fort surprenante chez un assuré qui donne l'impression de ne plus pouvoir utiliser son membre supérieur depuis de nombreux mois. C'est en particulier le cas du relief du deltoïde gauche, identique au controlatéral. Les capacités fonctionnelles sont sous-utilisées, comme par exemple lors du maintien de la position du blessé du membre supérieur tout au long de l'entretien. On en rapproche les importantes douleurs alléguées à l'épaule gauche lors de l'utilisation de l'épaule droite ou lors de la simple mobilisation du cou. La rétropulsion active atteint difficilement 10° alors que la main est placée dans le dos sans difficulté quelques instants plus tard. Une amplification des plaintes est donc retenue, entrant dans le cadre de la recherche de bénéfice secondaire clairement exprimé en raison de l'insuffisance de la rente allouée par l'Assurance Invalidité. Cette exagération avait déjà été relevée dans l'examen au COPAI. [...] »

L'expert a dès lors conclu à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 %, compte tenu des mêmes restrictions fonctionnelles que celles énoncées à la suite de l'examen du Dr N.\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs précisé ce qui suit :

« La modification de l'état de santé consiste en l'apparition du diagnostic de rupture du tendon du long chef du biceps gauche. Il n'est pas possible, avec le dossier à disposition, d'en dater l'apparition. L'assuré le fait remonter au 21.12.13, date de traumatisme de l'épaule. En pratique, l'examen du Dr P.\_\_\_\_\_, consulté en urgence, ne relève pas cette rupture. Les limitations fonctionnelles sont liées à la douleur induite au moment de la rupture et à la diminution de la force de flexion de l'avant-bras sur le bras. Néanmoins, on considère que cette dernière limitation était déjà couverte par celles retenues dès l'expertise de l'année 2005, dans la cadre des lésions SLAP. [...] »

**c)** On observe d'emblée que les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ sont superposables à celles communiquées en son temps par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans le contexte d'un état de santé qualifié d'inchangé, à l'exception d'une brève période entre le 7 juillet 2014 et le mois de septembre 2014 (suites de l'intervention chirurgicale subie par le recourant).

L'intimé a dès lors estimé que l'état de santé du recourant n'avait pas connu d'altération notable depuis l'arrêt cantonal du 10 février 2009 de sorte qu'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA faisait défaut.

Le recourant n'a pour sa part produit aucun document médical subséquent qui viendrait contredire les observations cliniques du Dr K.\_\_\_\_\_. Ses griefs principaux portent sur la valeur probante de son rapport d'expertise puisqu'il estime que l'expert a fait preuve de prévention à son égard.

**6. a)** Le recourant a en effet mis en exergue diverses remarques relatées dans ledit rapport, considérant que l'expert s'était employé à le faire passer pour un simulateur. Singulièrement, il a relevé que le Dr K.\_\_\_\_\_ avait fait état du port d'un « lourd sac de radiographies de la main gauche à la hauteur de la ceinture » (cf. page 14 du rapport d'expertise du 8 juin 2015), de l'attitude constante « des blessés du membre supérieur » (cf. page 14, ibidem), d'un refus de mesures professionnelles (cf. page 27, ibidem) et de difficultés financières justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité (cf. p. 28 ibidem). Le recourant a également fait valoir que le comportement de l'expert avait été agressif à son endroit, alors qu'il avait été enjoint à ranger la chaise sur laquelle il était assis lors de l'examen.

**b)** Sollicité à cet égard au stade de la procédure administrative, le  
Dr K.\_\_\_\_\_ a transmis ses explications le 3 octobre 2015 :

« M. B.\_\_\_\_\_ affirme que le status clinique se limite au port du sac de radiographie. C'est faux. Le status est détaillé, de façon comparative, aux pages 14, 15, 16, 17, 18 et 19 de l'expertise. Les tests internationaux d'épaule sont décrits.

M. B.\_\_\_\_\_ critique la notion d'attitude des blessés du membre supérieur. Cette attitude est définie en traumatologie par l'association de la flexion de l'avant-bras sur le bras à 90°, poignet à position intermédiaire entre pronation et supination avec soutien au niveau du bord cubital de l'avant-bras du membre blessé par le membre supérieur controlatéral. Il s'agit de la description de l'assuré dans le cadre d'une expertise de l'appareil locomoteur comme indiqué en page 1. Il n'existe pas d'étude comportementale dans mon travail, on se reportera au bas de la page 24.

M. B.\_\_\_\_\_ m'a demandé, en fin d'expertise, de prendre note d'une remarque à l'intention de l'Office. Elle a été dictée par l'assuré. Je l'ai notée devant lui et lui ai relu afin qu'il contrôle ce qui était écrit. Il s'est montré satisfait du texte. Il ne s'agit donc pas d'une observation, mais d'un texte rédigé sous la dictée de l'assuré et contrôlé par lui.

Ranger sa chaise est partie usuelle de la politesse. Je n'en prends qu'un seul exemple, si besoin est. Lors d'un entretien d'embauche, il est usuel de replacer sa chaise à l'endroit où on l'a pris. Il est ainsi marqué que l'hôte ou le futur employeur ne sont pas préposés à ranger votre chaise après votre départ.

Ceci permet également d'observer que la chaise du cabinet médical, pesant 8,3 kg, est aisément manipulée. [...] »

**c)** En l'occurrence, une lecture attentive du rapport d'expertise du

Dr K. \_\_\_\_\_ permet de constater que ce dernier a procédé à des examens cliniques complets du recourant, en effectuant notamment une série de tests relatifs à la mobilité des épaules (cf. p. 14 à 19 ibidem). Il a ensuite communiqué son appréciation du cas en détaillant les résultats de ses investigations (cf. consid. 5b supra). On ne voit pas que la remarque relative au port d'un sac de radiographies - dont le recourant fait grand cas - ait sérieusement eu quelconque incidence sur l'appréciation de l'expert. Il apparaît bien plutôt qu'il s'agit d'un simple élément factuel rapporté en préambule aux investigations spécialisées des épaules. On ne peut davantage retenir que la mention d'un refus de mesures professionnelles de la part du recourant soit tendancieuse. Indépendamment des propos qu'aurait pu tenir le recourant auprès de l'expert, on rappellera que le refus de telles mesures en raison de la symptomatologie douloureuse ressort de toute façon des pièces du dossier (cf. notamment : rapport du Centre F. \_\_\_\_\_ du 5 mars 2010). S'agissant d'éventuelles déclarations du recourant en lien avec l'octroi d'une prestation financière, on rappelle que la tâche de l'expert consiste à évaluer l'impact des diagnostics retenus sur la capacité de travail. Il n'apparaît pas que ces déclarations - au demeurant contestées par le recourant - auraient été de nature à influencer l'appréciation de l'expert à cet égard.

Indépendamment de ces éléments, on peut observer que les conclusions de l'expert sont motivées par des investigations complètes, dont les résultats ont été exhaustivement exposés. Un état de santé similaire à celui observé lors de l'examen réalisé par le Dr N. \_\_\_\_\_ a été étayé par les constats cliniques. Dès lors, en présence d'une situation médicale superposable à celle rapportée en 2005, on peut retenir que

l'appréciation d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée apparaît parfaitement logique et cohérente. En l'absence de tout élément médical subséquent de nature à faire douter du bien-fondé de ces constats, on ne voit ainsi aucune raison d'écarter le rapport d'expertise du 8 juin 2015.

**d)** Vu ce qui précède, il y a lieu de rejeter la conclusion du recourant quant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Une appréciation anticipée des preuves permet de considérer que des investigations spécialisées supplémentaires n'apporteraient vraisemblablement pas un éclairage nouveau ou différent sur les conséquences de la symptomatologie présentée par le recourant.

7. L'intimé était en conséquence fondé à retenir l'absence de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA et à prononcer un refus d'augmenter la rente d'invalidité par décision du 10 juillet 2017.

Cela étant, ainsi que l'intimé l'a lui-même concédé, il ne se justifiait pas de procéder à une nouvelle évaluation de l'invalidité du recourant, précisément faute de réalisation des conditions posées par l'art. 17 LPGA.

Le degré d'invalidité déterminé par l'arrêt cantonal du 10 février 2009, soit 45,65 %, peut donc être maintenu, ce qui ne modifie pas la prestation allouée au recourant (cf. art. 28 al. 2 LAI). La décision du 10 juillet 2017 peut donc être confirmée dans son résultat.

**8. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

**c)** N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté dans le sens des considérants.
- II.** La décision rendue le 10 juillet 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :