

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 janvier 2023

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffier : M. Reding

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8, 16 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4, 28 et 59 al. 2bis LAI ; art. 49 al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire de [...], naturalisé suisse le [...], est sans formation professionnelle. Il est droitier. Arrivé en Suisse en 2003, il a travaillé durant quatre ans dans le domaine de l'agriculture, puis, entre 2008 et 2017, en qualité d'opérateur de machine à un taux de 100 % pour le compte de la société [...] SA.

Le 21 janvier 2019, alors au chômage, l'assuré a été victime d'un accident dans le cadre d'un stage organisé par l'Office régional de placement (ORP) et s'est blessé au bras droit après avoir rattrapé un objet lourd qui glissait. Cet événement a été annoncé le 23 janvier 2019 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), qui a pris en charge ses suites.

Le jour de l'accident, des radiographies de l'épaule droite de l'assuré ont été réalisées, ne laissant apparaître ni fracture ni luxation. Ce dernier a en outre consulté la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui, dans un rapport du 4 février 2019, a diagnostiqué une distorsion de l'épaule droite.

Le 18 février 2019, l'assuré a subi une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de son épaule droite. Dans un rapport daté du même jour, le radiologue a conclu à une déchirure traumatique subtotale des deux tiers supérieurs du tendon sous-scapulaire avec une rétraction tendineuse jusqu'à mi-tête des fibres profondes ainsi qu'à une déchirure partielle de la face profonde du tiers antérieur du tendon supra-épineux, sans répercussion musculaire.

Le 25 mars 2019, l'assuré a été opéré par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a procédé à une arthroscopie de l'épaule droite en vue de la réparation de la coiffe des rotateur et à une ténodèse du long chef du biceps.

Le 24 juin 2019, le Dr J. \_\_\_\_\_ a exposé que moins de trois mois après l'opération, l'assuré progressait. Ce dernier ayant toutefois l'impression que son état de santé ne s'améliorait pas assez rapidement, il a proposé d'organiser un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) à Sion.

Le 10 juillet 2019, l'assuré a été examiné par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport daté du même jour, celui-là a constaté que l'évolution post-opératoire était caractérisée par des douleurs. Les amplitudes articulaires progressaient en revanche de manière satisfaisante. L'épaule droite présentait en outre une amyotrophie musculaire marquée. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a au demeurant signalé que l'assuré avait été annoncé à la CRR.

Le 25 juillet 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Interpellé par l'OAI, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué, le 10 septembre 2019, que ce dernier avait réalisé un revenu annuel de 56'860 fr. en 2017, de 71'190 fr en 2016 et de 70'983 fr. en 2015. Son temps de travail hebdomadaire était de quarante-deux heures. Ses tâches principales, exercées environ trois heures par jour, consistaient à assurer la maintenance et l'entretien des machines, à contrôler la production ainsi qu'à sortir et à classifier les lots produits. Enfin, l'assuré était parfois amené à soulever et à porter des poids légers (jusqu'à 10 kg). Il lui était en revanche rarement demandé de soulever et de porter des poids plus lourds.

L'assuré a séjourné entre le 9 et le 29 octobre 2019 à la CRR. Dans ce cadre, il a fait l'objet, le 16 octobre 2019, d'une arthro-IRM de l'épaule droite, qui a montré une microfissuration sans image de rupture complète dans le tiers moyen de la gaine du tendon du sous-scapulaire au

niveau de la suture, des fissurations profondes de la partie moyenne distale du tendon du sus-épineux sans image de fissure transfixiante et une atrophie légère du tiers supérieur du muscle sous-scapulaire.

Dans un rapport du 21 octobre 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin consultant à la CRR, a notamment exposé que l'assuré présentait des séquelles douloureuses à sept mois d'une réinsertion principalement du sous-scapulaire de l'épaule droite. L'intéressé était par ailleurs revendicateur. Il se déclarait très algique, mais témoignait d'une bonne récupération des amplitudes articulaires en rotation externe. La reprise d'une activité en tant que manutentionnaire ou dans le bâtiment était quoi qu'il en soit compliquée.

Dans un rapport du 5 novembre 2019, la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au service de psychosomatique de la CRR, a diagnostiqué chez l'assuré un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22), précisant que ce dernier était actuellement sans impact significatif sur la capacité de travail. Elle a pour le surplus constaté une thymie légèrement abaissée, avec un risque d'épuisement des ressources, dans un contexte d'incertitude lié aux douleurs chez un patient anxieux et a proposé de mettre en place un suivi.

Dans un rapport du 6 novembre 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre I.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR, ont posé les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies droites

**DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- 21.01.2019 : traumatisme de l'épaule droite
- 18.02.2019 : déchirure subtotale des deux tiers supérieurs du tendon sous-scapulaire droit avec rétraction tendineuse. Déchirure partielle de la face profonde du tiers antérieur du tendon du supra-épineux (IRM)
- 25.03.2019 : subluxation latérale du LCB droit (arthroscopie)

- 16.10.2019: micro-fissuration du tendon du sous-scapulaire D au niveau de la suture ; fissurations profondes de la partie moyenne distale du tendon du supra-épineux sans image de fissure transfixiante ; atrophie légère du tiers supérieur du muscle sous-scapulaire (arthro-IRM) »

Sous la partie « appréciation et discussion », ils ont notamment fait part des observations suivantes :

« Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment de nombreuses auto-limitations, une focalisation sur la douleur et une perception du handicap fonctionnel majeur, chez un patient avec un diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive.

[...]

Nous retenons une discordance entre la perception du handicap fonctionnel ressenti par le patient et sa capacité fonctionnelle objectivée aux différents tests réalisés à la CRR.

Au vu des nombreuses auto-limitations, nous ne pouvons que nous baser sur les données objectives à disposition pour fixer les limitations provisoires suivantes pour son épaule D : travail prolongé et/ou répétitif avec le membre supérieur au-dessus du plan des épaules et le port de charges répété de > 10-15 kg.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement de physiothérapie de coaching des exercices en piscine pourrait permettre d'améliorer ses capacités fonctionnelles.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 2-3 mois.

[...]

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de nettoyeur de locaux est actuellement défavorable, au vu des facteurs médicaux et limitations retenues ci-dessus. A court terme et selon l'évolution, une tentative de reprise progressive dans cette même activité pourrait être tentée. A noter toutefois que l'interférence des facteurs non-médicaux pourrait ralentir le processus de réinsertion.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. On s'attend à une pleine capacité dans une telle activité. »

Dans un rapport du 28 novembre 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_ a reconnu être un peu perplexe vis-à-vis des plaintes de l'assuré, qui attestait ne pas pouvoir travailler en raison de ses douleurs. Au vu de l'examen clinique qui était rassurant, il se demandait de la sorte si celui-ci n'accentuait pas ses plaintes. Il lui avait en effet signalé que ses tendons étaient parfaitement fonctionnels, de sorte qu'il ne pouvait expliquer l'origine de ses douleurs. Il a dès lors proposé de requérir un second avis auprès du Pr. F.\_\_\_\_\_, spécialiste chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Selon une notice téléphonique du 25 mars 2020 de la CNA, l'assuré a été victime le 17 février 2020 d'un nouvel accident, en glissant sur une plaque d'égout en raison de la pluie et en se réceptionnant sur la jambe droite. Lors de la chute, son épaule droite a également heurté le sol. La CNA a pris en charge les suites du cas.

Dans un rapport du 31 janvier 2022, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que la force des deux membres supérieurs de l'assuré était symétrique, ce qui témoignait d'une parfaite fonctionnalité des tendons. Il a pour le reste suggéré de l'adresser à un centre de la douleur, dans la mesure où, de son côté, il n'avait aucun traitement à proposer.

Dans un rapport du 5 juin 2020, le Pr. F.\_\_\_\_\_ a mis en évidence les diagnostics de syndrome douloureux chronique post-traumatique scapulo-brachial droit, de status après fixation du sous-

scapulaire droit par arthroscopie à l'aide d'une ancre, ténodèse du long biceps puis ténotomie arthroscopique à l'aide d'une ancre et fixation arthroscopique du sus-épineux le 25 mars 2019 ainsi que de lésion partielle de la face articulaire du sus-épineux droit. Il a de surcroît précisé que les lésions objectives n'expliquaient qu'en partie l'importance du syndrome douloureux et des limitations fonctionnelles. La prise en charge en rééducation à la CRR n'ayant pas apporté de soulagement, il était donc préférable d'orienter l'assuré vers un centre de la douleur. Au demeurant, des mesures professionnelles s'avéreraient probablement nécessaires.

Le 3 juillet 2020, l'assuré a été convoqué par le Dr V. \_\_\_\_\_ pour un examen final. Il est ressorti du rapport du 8 juillet 2020 que son épaule droite présentait effectivement une certaine amyotrophie des fosses sous et sus-épineuses ainsi que du deltoïde moyen. La mobilité atteignait globalement l'horizontale, mais le test de la coiffe des rotateurs montrait une coiffe compétente, à la fois pour le sus-épineux mais également pour le sous-scapulaire droit. La situation médicale était dès lors stabilisée quinze mois après l'opération du 25 mars 2019. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a par ailleurs attesté d'une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui consistaient en l'absence de travaux au-dessus de l'horizontale, de port de charges supérieures à 20 kg et de mouvements répétitifs du membre supérieur droit.

Par décision du 28 juillet 2020, la CNA a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et lui a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 22'230 fr., correspondant à une diminution de l'intégrité de 15 %.

Dans un rapport du 9 septembre 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué ce qui suit concernant l'assuré :

« Sur le plan psychologique, nous pouvons considérer qu'il présentait initialement un tableau de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive réactionnelle à son état

médical ayant conduit à une prescription d'anxiolytique. Dans le contexte de l'absence d'évolution de son état médical et des désaccords avec certains des intervenants, son état psychologique s'est dégradé et il présente actuellement un syndrome dépressif d'intensité modérée ayant nécessité une prescription d'antidépresseur. M. C.\_\_\_\_\_ exprime une anxiété importante concernant son avenir professionnel, une perte d'élan vital, des idées noires, il présente des troubles du sommeil et des difficultés à se concentrer. Ces symptômes anxio-dépressifs secondaires à sa situation somatique entraînent des limitations psychiques quant à sa capacité de travail, et une mesure de reconversion professionnelle au sein de l'AI paraît indiquée. »

Dans un rapport du 14 septembre 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de scapulalgies droites chroniques, de status post-arthroscopique de l'épaule droite le 25 mars 2019, avec réparation de la coiffe des rotateurs, et ténotomie ténodèse du long chef du biceps avec injection du consemo en regard de la déchirure de la coiffe des rotateurs et de status post-traumatisme de l'épaule droite le 21 janvier 2019, avec déchirure subtotalaire des deux tiers supérieurs du tendon sous-scapulaire droit avec déchirure partielle de la face profonde du tiers antérieur du tendon supra-épineux. Il a pour le surplus annoncé avoir informé l'assuré qu'il était nécessaire qu'il se projette sur la suite et essaie, avec l'aide de l'OAI, de trouver une activité adaptée à sa situation clinique.

Interpellée par l'OAI, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au centre d'antalgie du [...] a posé, dans un rapport du 30 octobre 2020, les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de scapulalgie droite post-traumatique et de troubles de l'adaptation avec réactions mixtes anxieuses et dépressives ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypertension artérielle et d'obésité. Elle a en outre relevé que l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité demandant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, de se mettre à genoux, de soulever et de porter des charges et de monter sur une échelle ou un

échafaudage. Du reste, sa capacité de compréhension était limitée à cause de la langue. Il en était de même de sa capacité d'adaptation et de résistance, cette fois-ci en raison du trouble de l'adaptation. L'assuré présentait en définitive une capacité de travail nulle dans sa précédente activité et pleine dans une activité adaptée en cas de bonne adaptation.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a fait part à l'OAI dans un rapport non daté reçu le 3 novembre 2020 par cette autorité, des diagnostics de douleurs à l'épaule droite et de scapulalgies droites post-traumatiques de même que de status après l'opération du 25 mars 2019 de fixation du sous-scapulaire droit par arthroscopie à l'aide d'une ancre, ténodèse du long biceps, ténotomie à l'aide d'une ancre et fixation du sus-épineux droit. Il a de plus signalé une limitation douloureuse de la fonction de l'épaule droite, avec une abduction limitée à 90-100° et une rotation interne limitée du côté droit. Il a enfin constaté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'opérateur de machine. Il n'a en revanche pas pu se prononcer en détail sur la capacité de travail dans une activité adaptée, évoquant uniquement l'exercice d'une activité ne nécessitant pas de porter de charges et de solliciter de manière répétitive le membre supérieur droit.

Le 3 décembre 2020, une IRM de l'épaule gauche de l'assuré a été effectuée. Dans son rapport du même jour, la radiologue a formulé la conclusion suivante :

« Acromion de forme 3 avec ostéophyte à son bord inférieur entraînant un conflit sur le tendon supra-épineux qui apparaît extrêmement aminci avec une tendinopathie très étendue dans le plan coronal et qui s'étend sur les fibres crâiales du tendon infra-épineux. Tendinopathie sévère du tendon long chef du biceps dans sa portion intraarticulaire sans déchirure (sic). »

Le 11 janvier 2021, l'assuré a subi une IRM de l'épaule droite, qui a laissé apparaître deux artéfacts au niveau de la tête humérale faisant suspecter un status post-fixation du tendon sous-scapulaire et sus-épineux sans signe actuel pour une déchirure transfixiante, quelques remaniements dégénératifs de la partie distale du sus-épineux avec une

déchirure sur le bord bursal d'environ 20 % d'épaisseur de ce tendon, la trophicité étant de grade 2, et des remaniements dégénératifs arthrosiques de l'articulation acromio-claviculaire avec une minime bursite sous-acromiale. Les images n'ont pas mis en évidence de lésion labrale, compte tenu d'un examen réalisé sans injection.

Le 14 janvier 2021, une infiltration de l'épaule gauche de l'assuré a été réalisée.

Dans un rapport du 18 janvier 2021, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a exposé que les limitations fonctionnelles retenues pour l'épaule droite pouvaient être reportées sur l'épaule gauche, à savoir éviter les activités exigeant l'utilisation des bras au-dessus du plan horizontal des épaules, les mouvements répétitifs et le port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive.

Interpellée par l'OAI, la Dre M. \_\_\_\_\_ a fait part, dans un rapport du 4 février 2021, des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs chroniques musculosquelettiques secondaires (scapulalgies droites post-traumatiques), de troubles de l'adaptation avec réactions mixtes anxieuses et dépressives de même que des diagnostics n'ayant pas de conséquence sur la capacité de travail d'hypertension artérielle et d'obésité. Elle a pour le surplus repris ses constatations relatives à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles contenues dans son rapport du 30 octobre 2020.

Par décision sur opposition du 11 mars 2021, la CNA a confirmé sa décision du 28 juillet 2020 et a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

Sollicité par l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué, dans un rapport du 3 mai 2021, un épisode dépressif moyen, en rémission, réactionnel à la situation médico-sociale de l'assuré. Il a expliqué que les limitations fonctionnelles de ce dernier étaient principalement d'ordre somatique, les symptômes dépressifs modérés étant réactionnels et

actuellement stabilisés. Son patient était capable de travailler environ quatre heures par jour dans une activité qui tenait compte de ses limitations somatiques et de sa fragilité psychologique secondaire à cette situation. Le pronostic était favorable sur un taux à 100% après une période de réadaptation dans une telle activité. Le Dr L.\_\_\_\_\_ n'a en revanche pas pu se prononcer sur la question de savoir combien d'heures de travail par jour on pouvait raisonnablement attendre de l'assuré dans l'activité exercée jusqu'à présent, dès lors que les limitations fonctionnelles étaient principalement d'ordre somatique.

Par projet de décision du 10 mai 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limité dans le temps, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2020.

Le 14 juin 2021, l'assuré a fait part à l'OAI, par l'intermédiaire de son conseil, Me Olivier Carré, de ses observations sur son projet de décision, en faisant valoir que son atteinte à la santé avait été sous-évaluée, son épaule gauche étant désormais aussi atteinte que la droite, cela probablement en raison d'un report de charge. Il a par ailleurs fait état de troubles psychiques et a déploré que, pour forger sa position, l'OAI se soit fondé sur les avis des médecins de la CRR, qui avaient été demandés par la CNA et qui répondaient donc à des préoccupations typiques des assureurs-accidents. A l'appui de son argumentation, il a joint les pièces suivantes :

- un rapport du 23 février 2021 du Dr Q.\_\_\_\_\_, par lequel ce dernier a à nouveau exposé que les limitations fonctionnelles constatées à l'épaule droite devaient aussi être retenues pour l'épaule gauche ;
- un rapport du 7 avril 2021 de la Dre M.\_\_\_\_\_ et du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, qui ont relevé que l'assuré ne s'était plaint de l'épaule gauche que de manière secondaire jusqu'à maintenant, le traitement ayant été focalisé sur l'épaule droite. Toutefois, l'épaule gauche avait certainement été très sollicitée depuis l'accident de janvier 2019. Ces médecins ont à cet égard rappelé que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué des tendinopathies

de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps avec une bursite sous-acromiale, pour lesquelles l'assuré avait bénéficié d'une infiltration restée sans effet.

Le 20 août 2021, l'assuré, toujours sous la plume de son mandataire, a complété ses observations et a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 20 juillet 2021 de la Dre M.\_\_\_\_\_ et du Dr X.\_\_\_\_\_, qui ont expliqué que les divers traitements (antidouleurs, anti-inflammatoires, infiltration, prolothérapie, etc.), dont avait bénéficiés l'assuré, n'avaient pas amélioré la symptomatologie. Par ailleurs, ce dernier avait développé des douleurs à l'épaule gauche après l'opération de l'épaule droite, probablement à cause d'une sursollicitation du membre supérieur gauche ;
- un rapport du 20 juillet 2021 du Dr L.\_\_\_\_\_, qui a noté que l'absence d'évolution favorable des douleurs de l'épaule droite associée à l'apparition de douleurs à l'épaule gauche, soit la dégradation de l'état somatique et de la capacité de travail, a eu pour conséquence d'aggraver les symptômes dépressifs de l'assuré. Ce dernier semblait avoir pris conscience qu'il n'y aurait pas d'évolution majeure ni rapide de son état de santé, l'empêchant ainsi de se projeter dans une reprise d'activité professionnelle. Dans ce contexte difficile de douleurs chroniques, il présentait une tristesse de l'humeur, une anxiété, une aboulie, une perte d'énergie, un sentiment d'inutilité et de dévalorisation, ainsi qu'une absence de projection dans l'avenir. Dans ces conditions, une reconversion professionnelle paraissait indiquée ;
- un rapport du 22 juillet 2021 du Dr G.\_\_\_\_\_, qui a exposé que l'état psychique de l'assuré lui apparaissait fragile. L'atteinte somatique au niveau des épaules ne lui permettait en outre plus de réaliser les activités de force qu'il avait pu effectuer dans le passé. L'opération de l'épaule droite ne lui avait pas permis de retrouver la pleine fonction de son membre en raison de douleurs résiduelles. En

définitive, l'assuré faisait état d'une authentique souffrance psychique et somatique, qui était en mesure de s'aggraver en fonction de l'issue de la procédure. Le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est toutefois remis à l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, dans la mesure où il n'était pas psychiatre ;

- un rapport du 23 juillet 2021 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a constaté l'échec des traitements antalgiques. Les facteurs bio-psycho-sociaux associés à l'assuré ne semblaient pas en faveur d'une prise en charge chirurgicale, surtout au vu de l'échec de cette voie en ce qui concernait l'épaule droite.

Par courrier du 27 août 2021, l'OAI a informé le conseil de l'assuré que ses observations n'apportaient aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. En effet, sur le plan somatique, aucun diagnostic à l'épaule gauche n'avait été mis en évidence, même si elle avait été sollicitée depuis l'accident de janvier 2019. Les différents médecins avaient seulement constaté l'absence d'évolution des douleurs de l'épaule droite associées à l'apparition de douleurs à l'épaule gauche, sans qu'il soit retenu de limitations fonctionnelles autres que celles déjà connues ni de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. Ils n'avaient au demeurant pas établi de manière concluante d'autres répercussions fonctionnelles que celles en lien à l'accident de janvier 2019. Enfin, sur le plan psychique, il n'en ressortait aucune incapacité de travail ni de raisons médico-psychiatriques à l'origine d'une réduction de la capacité fonctionnelle dans une activité adaptée.

Par décision du 8 octobre 2021, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2020.

**B.** Par acte du 12 novembre 2021, C.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu préliminairement à

être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps et, subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir qu'en tant que travailleur manuel, désormais atteint aux deux épaules, il ne pouvait que difficilement envisager une reconversion. Aussi, selon lui, ce point aurait dû être approfondi par l'intimé et l'activité adaptée retenue argumentée « *a minima* ». Aucune évaluation concrète de ses capacités fonctionnelles et de gain n'avait par ailleurs été effectuée par l'intimé, l'instruction menée auprès de la CRR l'ayant été par l'assureur-accidents. Or, il souffrait de l'épaule gauche, ce dont l'OAI devait tenir compte. Le recourant a de surplus objecté que l'atteinte à sa santé psychique aurait dû être intégrée à l'évaluation de l'intimé, déplorant que le rapport du 3 mai 2021 du Dr L. \_\_\_\_\_ n'ait pas été analysé par le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR). Ce rapport faisait état de limitations fonctionnelles n'ayant pas été prises en compte dans la décision du 8 octobre 2021 (à savoir, l'impossibilité d'exercer une activité exigeant de l'endurance, de se soumettre à des situations de stress, de la rapidité ou une adaptation permanente). Enfin, s'agissant du calcul du taux d'invalidité, le recourant a estimée incohérent le fait que l'intimé se soit fondé sur les mêmes bases statistiques pour calculer le revenu avec invalidité et le revenu sans invalidité, doutant que l'activité adaptée retenue le soit vraiment au regard de ses limitations et notant que la description faite de cette activité ressemblait fort à son activité habituelle.

Le 16 novembre 2021, la juge instructrice a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire, l'exonérant de frais et d'avance de frais. Me Olivier Carré a été désigné en qualité d'avocat d'office, à compter du 12 novembre 2021.

Par réponse du 17 janvier 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 8 octobre 2021. Il a joint à son acte un avis médical du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin au SMR, qui a exposé que, de son point de vue

et après une analyse de tous les documents médicaux en sa possession, y compris ceux amenés dans le cadre du recours, l'atteinte à la santé avait été instruite. Il n'aurait ainsi pas demandé de compléments, dans la mesure où tous les médecins somaticiens avaient constaté peu ou prou les mêmes amplitudes articulaires et considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. L'ensemble des médecins avaient également estimé que l'exercice d'une activité adaptée était possible, cela tant du point de vue somatique que psychiatrique. Du point de vue de l'OAI, en tenant en compte du fait que l'atteinte portait sur les deux épaules, il semblait judicieux de retenir que les limitations fonctionnelles concernaient les deux bras, mais n'empêchaient pas une activité adaptée dans l'industrie légère, sans port de charges lourdes ni de travail répétitif des membres supérieurs.

Par réplique du 4 avril 2022, le recourant, par le biais de son conseil, a maintenu sa position. Il a derechef plaidé que le dossier avait été insuffisamment instruit et qu'une évaluation supplémentaire, concrète, des capacités résiduelles faisait à cet égard défaut. De surcroît, l'existence d'une invalidité économique de plus de 20 % devait « sans doute » être reconnue. En tous les cas, l'intimé aurait dû examiner toutes les possibilités de réadaptation professionnelle qui se présentaient. L'avis du SMR produit avec la réponse, établi pour les besoins de la cause, était de plus peu crédible, tardif et devait être écarté. Enfin, à titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

### **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. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 octobre 2020, en particulier le droit à une rente d'invalidité.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 8 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail

qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**c)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical.

Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**4. a)** En l'espèce, sur le plan somatique, le recourant a présenté à la suite de l'événement accidentel du 21 janvier 2019 une déchirure traumatique subtotale des deux tiers supérieurs du tendon sous-scapulaire avec une rétraction tendineuse jusqu'à mi-tête des fibres profondes ainsi qu'à une déchirure partielle de la face profonde du tiers antérieur du tendon supra-épineux, sans répercussion musculaire. Cette atteinte l'a conduit à subir, le 25 mars 2019, une arthroscopie de l'épaule droite et une ténodèse du long chef du biceps.

Vu la persistance des douleurs, un séjour a été organisé durant le mois d'octobre 2019 auprès de la CRR, lors duquel ont été posés les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies droites, de traumatisme de l'épaule droite, de déchirure subtotale des deux tiers supérieurs du tendon sous-scapulaire droit avec rétraction tendineuse, de déchirure partielle de la face profonde du tiers antérieur du tendon du supra-épineux, de subluxation latérale du long chef du biceps droit, de micro-fissuration du tendon du sous-scapulaire droit au niveau de la suture, de fissurations profondes de la partie moyenne distale du tendon du supra-épineux sans image de fissure transfixiante et d'atrophie légère du tiers supérieur du muscle sous-scapulaire. Dans le cadre de leur appréciation du cas, le Dr T. \_\_\_\_\_ et la Dre I. \_\_\_\_\_ du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR ont alors noté que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical, mais qu'elle le serait dans un délai de deux à trois mois. Ils ont en outre fait état d'une discordance entre les plaintes et limitations fonctionnelles et les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils ont également noté que des facteurs contextuels étaient en mesure d'influencer négativement les aptitudes fonctionnelles du recourant, notamment de nombreuses auto-limitations, une focalisation sur la douleur et une perception du handicap fonctionnel majeur. S'agissant de la question de savoir si l'intéressé était

susceptible de reprendre une activité, ils ont déclaré que le pronostic de réinsertion dans l'activité de nettoyeur de locaux était actuellement défavorable, mais qu'une tentative de reprise dans cette activité pourrait être tentée. Ils ont en revanche jugé favorable le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (soit l'absence de travail prolongé ou répétitif avec le membre supérieur au-dessus du plan des épaules et de port de charges répété de plus de 10 kg) et ont estimé qu'une pleine capacité de travail était attendue dans une telle activité.

Le recourant a ensuite été examiné le 3 juillet 2020 par le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, qui, dans son rapport du 8 juillet 2020, a constaté que quinze mois après l'opération du 25 mars 2019, la situation médicale était stabilisée. Celui-ci a en outre attesté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui consistaient en l'absence de travaux au-dessus de l'horizontale, de port de charges supérieures à 20 kg et de mouvements répétitifs du membre supérieur droit. Cette appréciation n'est pas contredite par les autres pièces médicales présentes au dossier. En particulier, dans son rapport reçu le 3 novembre 2020 par l'intimé, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, a mis en évidence les diagnostics de douleurs à l'épaule droite et de scapulalgies droites post-traumatiques ainsi que de status après l'intervention chirurgicale du 25 mars 2019. Il a également conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'opérateur de machine, mais a indiqué qu'une activité ne nécessitant pas de port de charges et sans sollicitation répétitive du membre supérieur droit pourrait être envisagée. Les amplitudes articulaires mesurées par le Dr G.\_\_\_\_\_ sont par ailleurs identiques à celles relevées par les autres médecins ayant examiné le recourant. A noter encore que la Dre M.\_\_\_\_\_ a aussi fait état, dans son rapport du 30 octobre 2020, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ne demandant pas de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, de se mettre à genoux, de soulever et de porter des charges et de monter sur une échelle ou un échafaudage.

Dès lors, il ressort des éléments médicaux susmentionnés que les atteintes somatiques dont se plaint le recourant ne l'entravent pas dans l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'intimé.

**b)** A cet égard, le grief du recourant par lequel il reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'atteinte à son épaule gauche, qui est aussi touchée que la droite, n'est pas fondé. En effet, plusieurs pièces au dossier – sur lesquelles l'OAI s'est appuyé pour établir sa décision – se prononcent explicitement sur ce point. Ainsi, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a relevé, dans ses rapports des 18 janvier et 23 février 2021, que les limitations fonctionnelles constatées à l'épaule droite devaient aussi être retenues pour l'épaule gauche. La Dre M. \_\_\_\_\_ et le Dr X. \_\_\_\_\_, quant à eux, ont mis en lumière, dans leur rapport du 7 avril 2021, les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps avec une bursite sous-acromiale à l'épaule gauche. Enfin, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR, dans son avis du 20 décembre 2021, a estimé qu'en tenant compte du fait que l'atteinte portait sur les deux épaules, il convenait de relever que les limitations fonctionnelles se rapportaient aux deux bras. Ces dernières n'empêchaient cependant pas l'exercice d'une activité adaptée dans l'industrie légère, sans port de charge lourde ni de travail répétitif des membres supérieurs.

Pour le surplus, s'il ressort effectivement de la notice téléphonique de la CNA du 25 mars 2020 que le recourant a glissé sur une plaque d'égout avec réception sur la jambe droite, son épaule droite ayant heurté le sol, on précisera qu'il a été examiné à plusieurs reprises postérieurement à cette chute, en particulier par le Pr. F. \_\_\_\_\_ en date du 2 juin 2020 et par le Dr V. \_\_\_\_\_ le 8 juillet 2020. On ne voit dès lors pas quel argument l'assuré entend tirer de ce fait.

Concernant l'affirmation selon laquelle la capacité de travail dans une activité adaptée aurait été argumentée « *a minima* », elle ne peut pas non plus être suivie. Certes, l'intimé s'est fondé sur les éléments d'instruction mis en œuvre par la CNA. Il ne s'est cependant pas limité à

ceux-ci et a en particulier interpellé le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, et la Dre M.\_\_\_\_\_, dans le but d'obtenir des informations à ce sujet. L'instruction ne peut partant pas être considérée comme lacunaire et le recourant suivi lorsqu'il affirme que l'intimé s'est fondé sur une « décalcomanie » de l'appréciation de la CNA pour établir sa décision litigieuse.

On précisera que l'intimé a défini de manière claire l'activité dont l'exercice pouvait encore être exigée du recourant. On peut notamment lire dans le document du 10 mai 2021 relatif au calcul du salaire exigible que l'intéressé serait en mesure de mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production ou en qualité d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères. Or, cette description d'une activité adaptée n'est pas en tout point identique au descriptif des tâches que le recourant accomplissait dans le cadre de son ancienne activité d'opérateur de machine, à savoir assurer la maintenance et l'entretien des machines, de contrôler la production ainsi que de sortir et de classer les lots produits. L'affirmation du recourant selon laquelle cette activité adaptée ressemblerait fortement à son activité habituelle n'est donc pas établie.

**c)** Sur le plan psychiatrique, il est exact que dans le cadre du séjour effectué auprès de la CRR en octobre 2019, la Dre K.\_\_\_\_\_ a fait état, dans son rapport du 5 novembre 2019, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22). Elle constaté une thymie légèrement abaissée, avec un risque d'épuisement des ressources, dans un contexte d'incertitude lié aux douleurs chez un patient anxieux et a proposé un suivi au recourant. Ce dernier a alors initié une consultation auprès du Dr L.\_\_\_\_\_. Or, dans son rapport à l'intimé du 3 mai 2021, ce psychiatre n'a pas retenu d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique dans une activité adaptée et a relevé que les limitations fonctionnelles étaient principalement d'ordre somatique, les symptômes dépressifs modérés étant réactionnels et actuellement

stabilisés. En présence dès lors d'un rapport signalant une capacité de travail non impactée au niveau psychiatrique, l'OAI n'était pas tenu de mettre en œuvre d'autre mesure d'instruction sur ce point. Le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2021, dans lequel ce dernier a expliqué que l'état psychique du recourant lui apparaissait fragile et était susceptible de s'aggraver en fonction de l'issue de la procédure ne permet pas de parvenir à une autre conclusion, le médecin traitant s'en remettant lui-même à son confrère psychiatre. Certes, le Dr L. \_\_\_\_\_ a noté, dans son rapport du 20 juillet 2021, que l'absence d'évolution favorable des douleurs de l'épaule droite associée à l'apparition de douleurs à l'épaule gauche a eu pour conséquence d'aggraver les symptômes dépressifs du recourant. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a cependant expliqué de manière convaincante, dans son avis du 20 décembre 2021, que le Dr L. \_\_\_\_\_ n'avait apporté aucun élément médical objectif démontrant une péjoration du trouble dépressif, le tableau décrit entre novembre 2020 et juillet 2021 n'ayant plus évolué et les descriptions cliniques étant identiques. Aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique n'a à cet égard été mentionnée jusqu'en mai 2021 et celles dont il est fait mention en mai 2021 ne sont pas de nature médicale, mais liées à la maîtrise partielle de la langue et à l'absence de qualification. Le psychiatre du SMR a du reste relevé que, dans tous ses rapports, le Dr [...] a toujours déclaré que la capacité de travail était pleine dans une activité adaptée.

**d)** Partant, la situation médicale du recourant se révèle claire au regard de l'ensemble des constatations médicales, cela tant sur le plan somatique que psychiatrique, si bien qu'il ne peut être reproché à l'intimé d'avoir considéré que le recourant était apte à travailler à plein temps dès le 3 juillet 2020 dans une activité adaptée.

**e)** Le recourant fait au demeurant valoir que l'avis du 20 décembre 2021 du Z. \_\_\_\_\_, qui a été produit en cours de procédure de recours, serait tardif et devrait être écarté. Or, comme rappelé ci-dessus (cf. *supra* consid. 3d), les avis SMR, de par leur nature, n'impliquent pas d'examen clinique, mais ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet

et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Telle est ainsi la vocation de l'avis précité, ce dernier opérant effectivement la synthèse des documents présents au dossier. Dans la mesure où il n'est pas sérieusement contredit par d'autres rapports médicaux, il est par conséquent admissible de se fonder sur son contenu dans le cadre de la présente procédure.

**5. a)** Le recourant critique enfin le calcul auquel a procédé l'intimé pour arrêter son taux d'invalidité.

**b)** 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).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas

pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**c)** En l'occurrence, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité d'un montant de 68'923 fr. 58, correspondant au salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services en 2020, à un taux d'activité de 100 %. Or, même s'il s'était fondé sur la moyenne des comptes individuels pour les années 2012 à 2016, de 70'338 fr. 40, indexée à 2020, le revenu sans

invalidité se serait élevé à 71'110 francs. Comparé au revenu avec invalidité de 62'031 fr. 22, il en aurait résulté un taux d'invalidité de 12,7%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. On relèvera à toutes fins utiles que la CNA a retenu un gain réalisable sans accident de 68'813 fr., montant que le recourant n'a pas remis en cause dans le cadre de son opposition à la décision de l'assureur-accidents.

On signalera encore que l'intimé a opéré un abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles ainsi que de la nationalité et du permis de séjour. Or, le recourant a acquis la nationalité suisse le 1<sup>er</sup> septembre 2020, si bien que le taux de cet abattement n'apparaît pas critiquable.

L'argumentation du recourant selon laquelle il pourrait atteindre un degré d'invalidité de 20 %, ce qui devrait lui ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel, n'est de plus pas fondée, dans la mesure où un tel taux n'est pas atteint dans le cas présent. Néanmoins, quand bien même cette éventualité serait réalisée, une telle mesure ne serait pas opportune, étant donné que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (cf. TF 9C\_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3). Partant, il apparaît que ce dernier est apte à trouver seul un emploi adapté à son atteinte à la santé. Au demeurant, le recourant ayant refusé l'aide au placement lors de l'entretien téléphonique du 14 juin 2021 avec l'intimé, il est en tout état de cause douteux qu'il accepte la mise en place d'une autre mesure d'ordre professionnel.

**6.** Le dossier est pour le reste complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ;

122 II 464 consid. 4a ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 8 octobre 2021 confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-après sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Olivier Carré peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations du 20 octobre 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'265 fr. 55 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3])

**e)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 octobre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de C.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'265 fr. 55 (deux mille deux cent soixante-cinq francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olivier Carré, avocat (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :