

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mars 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a bénéficié le 28 octobre 1997 d'une tympanoplastie de type II à droite, rendue nécessaire par une otite moyenne chronique perforée bilatérale, avec des surinfections à répétition. L'oreille droite était la plus atteinte. L'intervention s'est bien déroulée (cf. protocole opératoire du même jour et courrier du 29 octobre 1997 du Dr Q. _____, oto-rhino-laryngologue au K. _____).

Après avoir exercé différents emplois, notamment en tant que manutentionnaire, concierge et ouvrier, l'assuré a travaillé du 11 février au 31 octobre 2013 auprès du GG. _____ comme laveur de voitures et aide d'atelier. Il s'est inscrit au chômage le 1^{er} décembre 2013.

Le 23 décembre 2013, l'assuré est tombé dans des escaliers et a subi une entorse avec conflit sous-acromial de l'épaule droite (cf. déclaration de sinistre du 8 janvier 2014, rapport médical intermédiaire du 17 septembre 2014 de la Dre P. _____, spécialiste en médecine interne générale et rapport du 7 février 2014 du Dr M. _____, rhumatologue). Par certificats médicaux successifs, la Dre P. _____ a attesté une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 2 mars 2014. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Le 6 mai 2014, alors que l'assuré se trouvait en stage à la Fondation G. _____, la plaque de déchargement d'une fourgonnette s'est dérobée sous ses pieds, entraînant notamment un étirement thoracique. La Dre P. _____ a certifié une incapacité totale de travail.

Le 25 août 2014, l'assuré a chuté une nouvelle fois dans les escaliers, ce qui a réactivé les douleurs à l'épaule droite (cf. certificat médical LAA pour rechute complété le 17 septembre 2014 par la Dre P. _____). Par certificats médicaux successifs, la Dre P. _____ a attesté une incapacité totale de travail jusqu'au 31 mars 2015.

Dans un rapport du 9 décembre 2014 consécutif à une arthro-IRM de l'épaule droite, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une lésion de type SLAP II C ainsi qu'une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec subluxation du long chef du biceps.

Le 4 février 2015, l'assuré a été examiné par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du même jour, le Dr C._____ a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit sans port de charges répété de plus de 20 kg et sans travaux répétés au-dessus du niveau de l'horizontale, dès le 9 février 2015.

Le 24 février 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2015, en expliquant qu'il était apte à exercer une activité adaptée à 100 %.

B. Dans l'intervalle, le 20 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant mention d'une atteinte consécutive à un accident.

Le 23 mars 2015, le Dr R._____ a attesté que l'assuré pouvait reprendre le travail à 100 % dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 5 kg, ni travaux au-dessus de l'horizontale.

Dans un rapport du 24 mars 2015 à l'OAI, la Dre P._____ a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, d'entorse de l'épaule droite avec lésion de type SLAP II C et lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire et subluxation du long chef du biceps, de contusion du membre supérieur gauche, ainsi que d'état anxieux existant depuis le mois d'août 2013. L'incapacité était totale dans l'ancienne activité de laveur de voitures. Une activité adaptée, soit sans port de

charges de plus de 5 kg, sans mouvements de torsion de l'épaule droite, sans pression psychologique, et n'étant pas stressante, était possible dans un premier temps durant 4 heures par jour, puis à temps complet.

Dans un rapport du 10 mars 2015, faisant suite à un examen et à un électroneuromyogramme, le Dr L._____, neurologue, a posé le diagnostic de probable radiculopathie C6 gauche.

Par décision du 4 mai 2015, confirmée sur opposition le 9 juillet 2015, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en retenant qu'il pouvait exercer une activité adaptée à 100 %. La comparaison des revenus sans et avec invalidité aboutissait à un taux d'invalidité de 1,4 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision sur opposition, et l'a confirmée (arrêt AA 76/15 - 90/2016 du 23 août 2016). Cet arrêt est entré en force.

L'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation auprès d'I._____, du 17 août au 23 décembre 2015. Dans un rapport final du 23 décembre 2015, la responsable a notamment relevé que le stage d'ouvrier de conditionnement s'était bien passé et que l'assuré n'avait ressenti aucune douleur.

Le 11 janvier 2016, la Dre P._____ a annoncé à l'OAI qu'à la suite de la reprise d'une activité professionnelle dès le 28 décembre 2015, le patient présentait des hypoesthésies et des douleurs du pouce et de la main gauche, ayant entraîné un arrêt de travail à 100 % dès le 8 janvier 2016. Elle a joint un rapport du 30 avril 2015, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale, mettant en évidence une hernie discale gauche C5-C6 en conflit avec la racine C6 gauche et une discopathie modérée C4-C5.

Dans un rapport du 22 février 2016 à l'OAI, la Dre P._____ a notamment décrit la persistance de fourmillements dans la région du pouce gauche et l'apparition de fourmillements dans les doigts 4 et 5 à

gauche. Le patient était en outre très anxieux. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 8 janvier 2016. Dans une activité adaptée, la capacité devait être évaluée après un avis psychiatrique. Il convenait d'éviter le port de charges de plus de 5 kg et le travail au-dessus de l'horizontale.

Le 9 mai 2016, au cours d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI, l'assuré a expliqué qu'il n'était pas suivi par un psychiatre et n'en avait pas besoin (cf. note d'entretien du 9 mai 2016 de l'OAI).

Complétant un questionnaire de l'OAI le 28 octobre 2016, la Dre P._____ a indiqué ne pas avoir revu le patient depuis le 14 mars 2016. Elle avait délivré une incapacité totale de travail jusqu'au 1^{er} avril 2016. Elle a joint un rapport du 18 octobre 2016 que lui avait adressé le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant le diagnostic de lésion partielle du tendon sous-scapulaire, avec tendinopathie du long chef du biceps et lésion labrale de type SLAP, post-traumatique, de l'épaule droite. Le patient ne profiterait pas d'une prise en charge chirurgicale. Il convenait d'envisager une activité professionnelle sans effort et sans mobilisation répétée du membre supérieur droit, ni mobilisation de cette épaule au-dessus du buste. Ces limitations étaient définitives.

Dans un rapport du 21 avril 2017 à l'OAI, le Dr J._____, oto-rhino-laryngologue, a constaté une otite moyenne chronique performée bilatérale. Il n'y avait aucune restriction particulière, en dehors du fait que le patient n'avait pas une bonne audition. Il devait donc éviter l'exposition à des situations dangereuses, car il ne pouvait pas entendre tous les signaux d'alarme nécessaires.

Du 23 avril au 2 mai 2017, l'assuré a été hospitalisé au K._____ en raison de fièvre et de douleurs abdominales. Une rectocolite ulcéro-hémorragique a été diagnostiquée et un kyste hépatique mis en

évidence (cf. rapport du 2 mai 2017 du Dr TT._____, médecin au K._____).

Le 21 juin 2017 la Dre W._____, gastroentérologue au K._____, a écrit à la Dre P._____ que la rectocolite ulcéro-hémorragique était sous traitement (Imurek). Un bilan avait révélé une sérologie compatible avec un portage inactif de l'Ag HBs, de sorte qu'un traitement (Viread) avait été débuté depuis avril 2017 au vu du risque de réactivation du virus [de l'hépatite] B sous traitement immunosuppresseur. A ce jour, le patient n'avait pas de plaintes sur le plan digestif ou extra-digestif.

Dans un rapport du 14 septembre 2017 à l'OAI, la Dre W._____ a annoncé la bonne évolution de la rectocolite ulcéro-hémorragique. Le pronostic était bon, sous traitement. Il n'y avait pas de restrictions physiques et l'activité exercée était encore exigible. Le rendement pouvait être réduit, s'agissant d'une maladie inflammatoire avec des poussées fréquentes. A la question de savoir dans quelle mesure une activité était possible, la Dre W._____ a répondu 4 à 6 heures par jour. On pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail en fonction de l'évolution de la maladie.

Dans un rapport SMR du 3 octobre 2017, la Dre D._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé une lésion tendineuse post-traumatique de l'épaule droite et, comme pathologie associée du ressort de l'AI, une rectocolite ulcéro-hémorragique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 6 mai 2014 et totale dans une activité adaptée, soit sans effort et mobilisation répétée du membre supérieur droit, sans mobilisation de cette épaule au-dessus du buste et sans exposition à des situations dangereuses, depuis mars 2015.

Par projet de décision du 5 février 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente. Les renseignements médicaux mettaient en

évidence une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} mars 2015, ce qui n'entraînait aucun préjudice économique. Pour la période antérieure, aucune prestation ne pouvait être allouée au vu de la tardiveté de la demande.

Le 20 février 2018, la Dre P._____ a transmis à l'OAI un rapport, selon lequel son patient présentait une hernie discale cervicale C5-C6 gauche occasionnant des brachialgies, de même que des douleurs de l'épaule droite avec arthrose acromio-claviculaire et possible lésion du plexus post-traumatique ne lui permettant pas de porter des charges de plus de 5 kg ni de travailler de façon prolongée avec le bras droit. Il souffrait en outre d'une rectocolite ulcéro-hémorragique traitée par Imurek, ce qui provoquait un important état de fatigue. Sur le plan psychique, on notait un état anxieux chronique et des troubles de l'adaptation avec difficultés de compréhension. Dans ce contexte, l'assuré pouvait travailler au maximum à 50 % dans un poste évitant le port de charges, permettant les changements de positions et sans exigence de rendement trop élevé.

Le 3 avril 2018, l'assuré, désormais représenté par Unia, a contesté le projet de décision de l'OAI, en se prévalant de la capacité de travail retenue par la Dre P._____. Il a notamment joint un rapport du 18 mars 2017 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retenant les diagnostics de tendinopathie insertionnelle du sus-épineux avec une mini-déchirure non transfixiante intrinsèque, une suspicion du labrum et une arthrose acromio-claviculaire, ainsi qu'une probable lésion plexulaire par étirement. Le Dr V._____ indiquait qu'une intervention chirurgicale n'apporterait pas de soulagement.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Le mandat a été attribué par le biais de la plateforme électronique SuisseMED@P à la Z._____ (ci-après : la Z._____).

L'assuré a séjourné à la Z. _____ du 5 au 7 février 2019. Il a été examiné par le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr N. _____, neurologue, le Dr H. _____, rhumatologue, et le Dr T. _____, psychiatre. Dans leur rapport du 14 février 2019, les experts ont posé les diagnostics de tendinopathie chronique non rompue de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, associée à une arthrose acromio-claviculaire, de lombalgies posturales, de petite hernie cervicale C6-C7 gauche récessale, actuellement pratiquement asymptomatique en dehors de discrètes paresthésies au pouce gauche, de rectocolite ulcéro-hémorragique, actuellement en rémission, de kyste hydatique vs kyste biliaire atypique, avec une deuxième formation kystique de la glande surrénale gauche, d'otite moyenne chronique perforée bilatérale de longue date avec un status après tympanoplastie de type II le 28 octobre 1997, d'obésité de stade II, ainsi que de tabagisme. Les experts ont retenu que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle. Depuis le 4 mai 2015, cette capacité était totale dans une activité adaptée, soit sans sollicitations du membre supérieur droit à plus de 60° d'abduction et sans rotations répétées de ce membre, sans port de charges de plus de 15 kg, et évitant les situations dangereuses, dans la mesure où il ne pourrait pas entendre tous les signaux d'alarme nécessaires.

Par avis du 2 avril 2019, la Dre F. _____, médecin au SMR, a relevé que cette expertise, convaincante, ne modifiait pas les conclusions du SMR du 3 octobre 2017.

Par décision du 8 avril 2019, l'OAI a confirmé le refus de mesures professionnelles et de rente. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, l'OAI s'est notamment référé à l'expertise de la Z. _____.

C. Par acte du 24 mai 2019, O. _____, désormais représenté par Me David Métille, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente fondée sur un taux d'invalidité de 55 % dès le 1^{er} août 2015,

subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, soit par la Cour, soit par l'OAI. Il s'est prévalu des rapports de la Dre P._____, constatant une capacité de travail de 50 %. Il a écarté l'expertise de la Z._____, en soutenant qu'elle n'avait pas pris en compte les effets secondaires engendrés par l'importante médication prescrite, et les douleurs, lesquelles exerçaient des effets considérables sur la qualité de son sommeil et donc, sur son aptitude à exercer une activité professionnelle. Par ailleurs, les médecins de la Z._____ étaient rattachés à une assurance sociale, la CNA, de sorte qu'il existait des doutes quant à leur indépendance. Le recourant a joint un extrait tiré du site internet de la CNA, présentant ses cliniques de réadaptation, au sein desquelles figurait la Z._____, ainsi qu'un rapport du 14 mai 2019 de la Dre P._____ adressé à son conseil. En réponse aux questions de ce dernier, elle posait les diagnostics de rectocolite ulcéro-hémorragique traitée par Imurek, de probables kystes hydatiques hépatiques et de la surrénale gauche traités par Albendazole au long cours, d'hépatite B chronique sous traitement de Viread, d'hernie discale C5-C6 avec brachialgies gauches, et de tendinopathie de l'épaule droite avec arthrose acromio-claviculaire. La Dre P._____ retenait qu'une activité à un taux de 100 % n'était pas envisageable, car le patient se plaignait de malaise général dû aux effets secondaires médicamenteux, ainsi que de troubles digestifs. L'Imurek et le Viread pouvaient occasionner des troubles digestifs et des vertiges, susceptibles de diminuer le rendement dans toute activité. Le patient avait en outre des douleurs constantes de la main gauche et du bras droit, qui s'aggravaient à la suite d'activités. Il était persuadé que s'il travaillait à 100 %, il se retrouverait rapidement en arrêt-maladie. La Dre P._____ a conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Par décision du 29 mai 2019, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 mai 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille.

Dans sa réponse du 2 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a expliqué que les experts de la Z._____ avaient dûment pris en considération les traitements médicamenteux suivis par l'assuré.

Par réplique du 23 août 2019, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a réitéré ses arguments quant à l'absence d'indépendance de la Z._____ et s'est étonné du fait que le site internet de cette dernière ne mentionnait pas, au titre des prestations proposées, la réalisation de mandats d'expertise. Il a joint un extrait du site internet de la Z._____ pour illustrer son propos.

Le 28 février 2020, Me Métille a transmis la liste de ses opérations.

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 auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le présent litige porte sur le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité.

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

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir

le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. En l'espèce, l'OAI, se basant sur l'expertise pluridisciplinaire de la Z._____, a retenu que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 4 mai 2015. L'intéressé critique la valeur probante de cette expertise et se prévaut d'une capacité de travail ne dépassant pas 50 %, telle qu'attestée par son médecin généraliste traitant.

Toutefois, dans toutes les spécialités médicales, tant sur les plans somatique que psychique, l'expertise est fondée sur des examens complets. Elle a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte des avis des médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de l'assuré. En outre, les plaintes de ce dernier ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées.

En particulier, au plan neurologique, l'expertise décrit un examen normal, sans évidence de syndrome radiculaire aux membres supérieurs. L'examen électrophysiologique s'était également révélé normal, ce qui permettait d'exclure un substrat neurologique à l'origine des plaintes de l'assuré. La petite hernie discale C6-C7 gauche semblait pratiquement asymptomatique, en dehors de discrètes paresthésies du pouce, signalées par l'assuré seulement à la demande de l'expert.

Sur le plan ostéo-articulaire également, les données de l'examen clinique sont rassurantes, avec l'absence de limitation des mobilités ou de baisse de force. Seul le diagnostic de tendinopathie chronique non rompue de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, associée à une arthrose acromio-claviculaire, était retenu comme ayant une répercussion sur la capacité de travail. Cette atteinte permettait

toutefois à l'assuré d'exercer une activité à 100 %, pour autant qu'elle ne sollicite pas le membre supérieur droit au-delà de 60° d'abduction et ne nécessite ni des rotations répétées de ce membre, ni un port de charges excédant 15 kg. Ces conclusions quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée rejoignent celles des Drs C._____ (cf. rapport du 4 février 2015) et R._____ (cf. rapport du 23 mars 2015). Le Dr S._____ a quant à lui également relevé qu'il convenait d'envisager une activité professionnelle sans effort et sans mobilisation répétée du membre supérieur droit, ni mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste (cf. rapport du 18 octobre 2016).

Quant à l'otite moyenne chronique perforée, tant le Dr J._____ que l'expert de la Z._____ se sont accordés à dire qu'elle n'engendrait aucune restriction particulière sur la capacité de travail, à l'exclusion de l'exposition à des situations dangereuses, nécessitant d'entendre les signaux d'alarme nécessaires (cf. rapport du 21 avril 2017 du Dr J._____).

Enfin, l'expertise constate que le traitement immunosuppresseur par Imurek a permis une rémission de la rectocolite ulcéro-hémorragique. Depuis l'instauration du traitement, l'assuré n'a plus présenté de poussée. D'ailleurs, cette atteinte n'a jamais occasionné d'incapacité de travail de longue durée. La Dre W._____ a indiqué, dans son rapport du 14 septembre 2017, que le pronostic était bon sous traitement, ce qu'ont effectivement constaté les experts de la Z._____. La Dre W._____ a considéré que l'activité exercée était encore exigible, tout en relevant que le rendement pouvait être réduit, s'agissant d'une maladie inflammatoire avec des poussées fréquentes. Or, force est de constater que le traitement a empêché toute nouvelle poussée. L'expertise relève également les kystes et la problématique liée au virus de l'hépatite B (portage de l'antigène HBs), pour laquelle l'assuré suivait un traitement par Viread. Les experts ont ainsi eu connaissance et ont pris en compte les traitements médicamenteux suivis par l'assuré, notamment l'Imurek et le Viread, pour lesquels la Dre P._____ a décrit les effets secondaires qu'ils pouvaient occasionner. Les experts n'ont pour leur part

toutefois pas observé de fatigabilité chez l'assuré, qui ne s'est en outre pas plaint de « malaise général » tel que relevé par la Dre P._____. S'il a évoqué ressentir une fatigue, on constate qu'il demeure très actif. Il a lui-même expliqué qu'il ne restait jamais sans rien faire et qu'il avait une vie sociale très riche. Souvent, le matin, après avoir accompagné sa fille à l'école, il retrouvait ses amis dans un café pour discuter. Par ailleurs, il jouait au football et allait régulièrement se promener. En outre, il a indiqué qu'il se rendait avec sa famille chaque année en [...]. Durant l'été 2018, c'était essentiellement lui qui avait conduit, sur deux jours. Il n'avait eu aucun problème de santé au cours de ce voyage.

Sur le plan psychiatrique, l'expert de la Z._____ n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. L'assuré lui-même n'a jamais consulté de spécialiste et a déclaré ne pas en avoir éprouvé le besoin. La seule mention d'éventuels troubles psychiques a été faite par la Dre P._____, laquelle relevait un état anxieux et des troubles de l'adaptation (cf. en particulier, rapports des 24 mars 2015 et 20 février 2018). Elle n'étaye toutefois pas plus avant son appréciation, et n'est du reste pas spécialisée en psychiatrie. L'expert psychiatre de la Z._____ a quant à lui décrit de manière convaincante que l'assuré ne présentait pas de symptômes de la lignée anxieuse caractérisés, comme des crises d'angoisse majeure, des crises de panique typique ou des angoisses flottantes, tant dans l'anamnèse dirigée que dans l'observation clinique. Il y avait une absence complète d'anxiété anticipatoire et de ruminations mentales portant sur ses atteintes physiques. L'expert a ainsi écarté les diagnostics mentionnés par la Dre P._____. Par ailleurs, il a indiqué que même si les plaintes somatiques dépassaient les éléments objectivés par ses collègues, on ne pouvait parler de somatisation, car l'attention de l'assuré n'était pas fixée sur ses douleurs. Elle était orientée vers le monde qui l'entourait, sur son entourage et ses activités.

Au final, les experts de la Z._____ ont expliqué avec soin les raisons pour lesquelles ils constataient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les différents rapports de la Dre P._____ ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés

dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Le ressenti subjectif de l'assuré, selon lequel il était persuadé que s'il travaillait à 100 % il se retrouverait rapidement en arrêt-maladie, n'est pas déterminant pour fixer sa capacité de travail. Cette compétence revient aux médecins. Il sied encore de relever que dans son recours, l'assuré soutient que ses douleurs avaient un effet important sur la qualité de son sommeil. Il avait cependant déclaré quelques semaines plus tôt, lors de l'expertise, qu'il avait un bon sommeil en général, rarement perturbé par ses douleurs.

6. Le recourant soutient encore que les experts de la Z. _____ ne disposeraient pas de l'indépendance et de l'impartialité requise, au vu des liens étroits de cette dernière avec une assurance sociale, soit la CNA.

a) En droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; ATF 137 V 210 consid. 2.1.3).

b) En l'espèce, le mandat d'expertise a été attribué par l'intermédiaire de la plateforme électronique SuisseMED@P. Cette dernière répond aux exigences de désigner de manière aléatoire les mandats d'expertises pluridisciplinaires comprenant au moins trois disciplines différentes à des centres d'expertises liés à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par une convention (ATF 137 V 210 ; art. 72bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La Z. _____ fait partie de ces centres et sa désignation a été faite dans les règles de l'art. En outre, l'assuré a été informé de l'attribution de l'expertise à la Z. _____ et ne l'a pas contestée. Ce n'est que dans son recours, après avoir pris connaissance des résultats de l'expertise, qu'il a soulevé un grief à cet égard. Cette réaction est tardive. Par ailleurs, le seul

fait que la Z._____ soit liée à une assurance sociale, soit la CNA - laquelle n'est au demeurant pas partie à la présente procédure - n'est pas suffisant pour conclure que les médecins qui y travaillent ne disposent pas de l'indépendance requise pour examiner et évaluer l'état de santé du recourant. Le Tribunal fédéral a notamment déjà considéré que le fait qu'un médecin ou un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références). Pour le surplus, le manque d'information sur le site internet de la Z._____ quant à la réalisation de mandats d'expertise, dont se prévaut le recourant, n'est pas pertinent dans la présente procédure.

Quant aux manquements concernant la Y._____ constatés par le Tribunal fédéral (cf. TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017), ils ne sauraient en aucun cas être extrapolés de manière générale à tous les centres d'expertise. Dans le cas d'espèce, il n'existe aucun doute quant à l'impartialité et l'indépendance des auteurs de l'expertise.

7. Au vu de ce qui précède, l'expertise de la Z._____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions. L'intimé était ainsi fondé à considérer, sur cette base, que le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Il n'est pas nécessaire de compléter l'instruction par une nouvelle expertise, telle que demandée par le recourant, les moyens de preuve au dossier établissant les faits de manière suffisante.

8. Il convient encore d'examiner le préjudice économique subi par le recourant.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (cf. consid. 3 supra).

Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré 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, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'assuré 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 d'appliquer une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

b) En l'espèce, l'intimé s'est référé aux données statistiques de l'ESS pour déterminer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir sans invalidité, en se fondant sur le salaire que pourrait percevoir un homme pour une activité simple et répétitive. Il a fixé ce revenu à 66'628 fr. 26 à 100 %. Le recourant a expressément admis ce montant.

Pour calculer son revenu avec invalidité, l'assuré a d'abord réduit ce chiffre de moitié, pour tenir compte d'une capacité de travail de 50 %, et a ensuite appliqué un abattement de 10 % en lien avec ses limitations fonctionnelles. Toutefois, tel que susmentionné, sa capacité de travail s'élève à 100 % dans une activité adaptée. En outre, les limitations fonctionnelles qu'il présente sont légères et ne justifient pas l'application d'une déduction. Quoi qu'il en soit, même dans l'éventualité où un abattement de 10 % était opéré sur le revenu sans invalidité, le degré d'invalidité ainsi obtenu, soit 10 %, serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. consid. 3 supra).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a communiqué la liste de ses opérations le 28 février 2020, faisant état de 15 heures 30 de travail et 161 fr. 80 de débours, TVA comprise. L'assistance judiciaire ne couvre en principe que les opérations accomplies depuis le dépôt de la demande, ainsi que les démarches urgentes entreprises peu auparavant. Si la demande est déposée avec l'acte de recours, les actes nécessaires à la préparation du recours sont couverts, même s'ils ont été accomplis peu avant la demande (ATF 122 I 203). L'assistance judiciaire a été octroyée au recourant avec effet au 24 mai 2019, date du dépôt de la demande, formulée dans le recours. Les opérations réalisées entre le 6 mai et le 23 mai 2019 sont toutefois prises en compte, puisque nécessaires à la rédaction du recours. Par ailleurs, le temps consacré pour chaque poste mentionné apparaît

correct et justifié. S'agissant des débours, il convient toutefois d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le montant de l'indemnité de Me Métille est donc arrêté à 2'790 fr. concernant ses honoraires (correspondant à 15 heures 30 x 180 fr.), auquel s'ajoute une somme forfaitaire de 139 fr. 50 pour les débours, et la TVA par 225 fr. 55, soit un total de 3'155 fr. 05, arrondi à 3'155 francs.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 avril 2019 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil d'O._____, est arrêtée à 3'155 fr. (trois mille cent cinquante-cinq francs), 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour O._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :