

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 octobre 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Bidiville et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 17 al. 1 et 28 LAI ; 6, 7, 8, 16 et 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. S._____, né en 1964 (ci-après : l'assuré ou le recourant), d'origine macédonienne, marié et père de deux filles majeures, sans formation, est venu s'établir en Suisse en 2008. Il a déposé le 30 avril 2015 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 état de problèmes de dos à la suite de « l'implantation d'une prothèse ». Il a précisé être en incapacité totale de travail depuis le 7 juillet 2014 et œuvrer en qualité d'ouvrier agricole depuis le 25 avril 2008 à temps plein, pour un revenu mensuel de 3'320 francs.

Il ressort de l'extrait de compte individuel AVS du 7 mai 2015 que l'assuré a réalisé les revenus suivants : 24'804 fr. en 2008 (juin à décembre), 23'100 fr. en 2009, 23'240 fr. en 2010, 26'560 fr. en 2011 et en 2012 et 39'840 fr. en 2013.

Dans un avis du 19 janvier 2016, le Dr L._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a résumé les indications médicales figurant au dossier, à savoir que l'assuré présentait une coxarthrose droite opérée le 12 juillet 2014 par la pose d'une prothèse totale, des lombosciatalgies droites sur canal lombaire étroit ainsi qu'une déchirure du tendon sus-épineux gauche. L'incapacité de travail était totale depuis le 7 juillet 2014 et l'évolution peu favorable à la suite de la pose de la prothèse totale de la hanche, avec des douleurs persistantes et une reprise de chirurgie ainsi qu'avec une chirurgie de l'épaule, toutes deux prévues à l'automne 2015 selon le médecin traitant de l'assuré, le Dr C._____, spécialiste en médecine générale (rapport du 18 mai 2015). Le Dr L._____ a ajouté que selon le spécialiste en chirurgie orthopédique du Centre hospitalier O._____ (ci-après : le O._____), le Dr X._____, il existait un canal lombaire étroit à l'origine probable des lombosciatalgies droites qui pourrait relever d'une décompression neurochirurgicale (une infiltration rachidienne en mars 2015 n'avait pas été suivie

d'amélioration), un status post PTH (réd. : prothèse totale de la hanche) droite, une déchirure partielle du sus-épineux gauche et une arthropathie acromio-claviculaire gauche. Pour le Dr L._____, la situation médicale n'était pas stabilisée pour des raisons orthopédiques.

Dans son avis SMR du 13 septembre 2016, le Dr L._____ a indiqué avoir reçu le dernier rapport de consultation du Dr J._____, du Service d'orthopédie et de traumatologie du O._____, du 11 juillet 2016, qui évoquait une PTH droite douloureuse depuis son implantation ; les examens radiologique et clinique étaient sans particularité, dans un contexte de canal lombaire étroit et d'une symptomatologie de type méralgie paresthésique à droite. Constatant que ledit rapport n'abordait pas les questions de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles, le Dr L._____ a proposé de convoquer l'assuré pour une expertise orthopédique.

L'assuré a été examiné le 5 décembre 2016, sur mandat de l'OAI, par le Dr R._____, spécialiste en orthopédie, auprès du Centre d'expertise médicale de D._____ (ci-après : D._____). Dans son rapport d'expertise du 4 janvier 2017, le Dr R._____ a résumé les rapports médicaux et radiologiques figurant au dossier, les plaintes de l'assuré et les anamnèses personnelle et professionnelle telles que rapportées par l'assuré. Au terme de l'examen clinique auquel il a procédé, il a posé comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail : un canal lombaire rétréci, symptomatique, une coxarthrose droite traitée par une prothèse totale de la hanche droite avec persistance de douleurs et une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Sous le titre de : « Epicrisis et évaluation de la capacité de travail du point de vue orthopédique », le Dr R._____ a notamment indiqué ce qui suit (sic) :

« L'assuré nous informe ce jour qu'il doit bénéficier dans le courant du mois de janvier d'une chirurgie au niveau du rachis lombaire par le Professeur [...] au O._____. Une convocation doit lui être adressée très prochainement. Il nous apporte également une convocation pour la réalisation d'un examen arthro-IRM de l'épaule gauche, prévu le 20 décembre prochain. Il ne se souvient pas si la

scintigraphie prescrite par le Professeur J. _____ à la recherche d'un sepsis à bas bruit au niveau de la hanche droite a été réalisée.

Profil d'effort :

L'assuré déclare ne pas pouvoir se projeter dans la reprise d'une activité physique du type qu'il exerçait jusqu'à présent. Il n'a jamais travaillé assis derrière un bureau ou assis derrière une table. Il déclare d'ailleurs que la station assise prolongée déclenche des douleurs au niveau du rachis lombaire et du membre inférieur droit.

Commentaires sur le dossier médical :

- L'assuré doit être opéré prochainement au niveau du rachis lombaire.
- Une intervention chirurgicale pourrait être discutée secondairement au niveau de l'épaule gauche, compte tenu de la mobilité trouvée nettement limitée ce jour et après confirmation de l'indication avec la réalisation de l'examen IRM prévu prochainement.
- Au niveau de la hanche droite, l'assuré doit reprendre contact avec le Professeur J. _____, afin de poursuivre le bilan et d'éliminer la possibilité d'un sepsis prothétique.
- On note une nette dégradation de la mobilité de l'épaule gauche, puisque selon le rapport du 24.08.2015, du Dr F. _____ du O. _____, la mobilité était alors constatée à 140° en actif pour l'abduction et la flexion. Ce jour la mobilité n'atteint pas le plan de l'horizontale.

Analyse rétrospective de la capacité de travail dans l'activité professionnelle actuelle :

Le dernier emploi dans l'agriculture nécessitant le port de charges importantes et répété au cours de la journée de travail dans différentes positions n'est plus exigible définitivement au vu des lésions constatées au niveau de l'épaule, du rachis lombaire et de l'arthroplastie de hanche qui toutes contre-indiquent une activité physique lourde répétée.

Analyse rétrospective de la capacité de travail dans une activité adaptée :

A ce jour, dans une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise tout en permettant quelques déplacements, avec un port de charge maximal de 2 kg du côté droit, sans port de charge du côté gauche, en permettant une pause de 10 minutes chaque heure afin d'effectuer quelques déplacements à visée d'étirement du rachis et du membre inférieur droit; dans ces conditions, on peut s'attendre à un[e] activité professionnelle réalisée pendant la journée entière, avec une baisse globale de rendement correspondant à la pause horaire de 10 minutes. Un siège adaptable en hauteur, voire un plan de travail modulable en hauteur, seraient également nécessaire.

Le cas n'est pas stabilisé à ce jour, puisqu'une intervention chirurgicale est prévue dans un mois sur le plan du rachis lombaire. Il est probable également qu'une intervention soit discutée secondairement au niveau de l'épaule gauche.

Après traitement chirurgical, on peut s'attendre sous réserve de complication péri-opératoire et après rééducation à une amélioration du périmètre de marche et une amélioration des lombosciatalgies.

Une intervention sur l'épaule gauche pourra être discutée en fonction des découvertes éventuelles sur l'examen arthro-IRM de l'épaule gauche, prévu également dans le courant de ce mois. Une intervention chirurgicale sur la coiffe des rotateurs de l'épaule

gauche pourrait également améliorer la mobilité de celle-ci voire le port de charges modérées selon le résultat.

Pronostic :

Le pronostic de reprise d'une activité professionnelle reste sombre en raison d'un résultat fonctionnel non satisfaisant à ce jour sur le plan de la hanche droite et de deux pathologies orthopédiques dont le traitement est en cours. Il est à noter également que l'assuré comprend juste un peu le français mais le parle mal. Il faudra prévoir également de façon définitive une limitation du port de charges en post-opératoire. »

Dans un avis SMR du 7 février 2017, le Dr L._____ a relevé que si l'expert avait apprécié la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré eu égard à ses atteintes à la santé, il n'en demeurait pas moins que la situation n'était pas stabilisée d'un point de vue médical, puisqu'une intervention chirurgicale était prévue au niveau du rachis lombaire ainsi que, peut-être, dans un deuxième temps, au niveau de l'épaule. Il convenait par conséquent de surseoir à une décision.

Par courrier du 19 septembre 2017, le Dr C._____ a indiqué à l'OAI que l'assuré présentait au moins trois motifs de mise complète en invalidité, à savoir sa prothèse totale de la hanche droite douloureuse, la cure d'un canal lombaire étroit non satisfaisante et une périarthrite invalidante de son épaule gauche. Il demandait d'être informé sur l'état du dossier. Le 22 septembre 2017, l'OAI lui a répondu être toujours dans l'attente d'un rapport du Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation.

Le 4 octobre 2017, le Dr G._____ a adressé à l'OAI un rapport médical à la teneur suivante :

« 1. S'agissant de l'atteinte du rachis cervical, une intervention a-t-elle été réalisée comme initialement avancé?

Si oui, merci de nous adresser le protocole opératoire.

Monsieur S._____ présente un tableau d'omalgies gauches avec à l'IRM une rupture partielle non transfixiante du tendon supra-épineux, associée à une arthrose acromio-claviculaire.

Devant la persistance de la gêne fonctionnelle et malgré les différents traitements entrepris concernant cette épaule et en raison de la présence de cervicalgies, j'avais demandé la réalisation d'une IRM cervicale qui a été réalisée le 09.06.2017 et qui a retrouvé des signes de discopathie au niveau C5-C6 avec bombement discal

circonférentiel occasionnant un rétrécissement canalaire non significatif sans signe de myélopathie, ainsi qu'un rétrécissement significatif des foramens C5 bilatéral.

Même si une participation d'origine cervicale ne peut être formellement exclue concernant les douleurs de l'épaule de Monsieur S._____, il n'existe à mon sens pas d'indication opératoire concernant le rachis cervical dans l'état actuel, ni d'indication franche à réaliser une infiltration, le tableau clinique semblant tout de même très nettement provenir de l'articulation gléno-humérale. »

Dans un avis SMR du 1^{er} novembre 2017, le Dr W._____ a relevé que les documents médicaux à disposition (courrier du Dr C._____ du 19 septembre 2017 et rapport du 4 octobre 2017 du Dr G._____) ne permettaient pas de se prononcer sur la situation de l'assuré et qu'il convenait dès lors d'ordonner un examen ou une expertise rhumatologique comportant un avis sur la prise en charge thérapeutique de l'épaule gauche et du rachis cervical.

Le 14 février 2018, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du SMR, avec l'assistance d'un traducteur de langue macédonienne. Dans son rapport du 12 mars 2018, le Dr Q._____ a rappelé les motifs de l'examen, résumé les documents médicaux au dossier, y compris les rapports radiologiques, repris les éléments d'anamnèse familiale, scolaire et professionnelle ainsi que le contexte psychosocial, rappelé les antécédents médicaux, rapporté les plaintes ostéoarticulaires, les habitudes et les éléments de la vie quotidienne de l'assuré avant de procéder à l'examen clinique (status). Au terme de ce processus, il a posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- DÉCHIRURE PARTIELLE DU TENDON DU SUS-ÉPINEUX ET ARTHROSE ACROMIOCLAVICULAIRE DE L'ÉPAULE G (réd. : gauche). M75.1.

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 738/02. Diagnostics associés

- LOMBALGIES INTERMITTENTES DANS LE CADRE DE DISCOPATHIES ET D'ARTHROSE DES ARTICULATIONS POSTÉRIEURES EN L3-L4, L4-L5 ET L5-S1.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- UNCARTHROSE C5-C6, C6-C7, DISCOPATHIE C5-C6, ACTUELLEMENT PEU SYMPTOMATIQUE.
- DOULEURS CHRONIQUES IRRÉDUCTIBLES DE LA HANCHE D (réd. : droite) DANS LE CADRE D'UN STATUS APRÈS ARTHROPLASTIE TOTALE LE 18.07.2014.
- ARTHROSE DÉBUTANTE DE LA HANCHE G.
- STATUS APRÈS DÉCOMPRESSION CHIRURGICALE POUR UN CANAL LOMBAIRE ÉTROIT EN L3-L4 ET L4-L5 LE 24.01.2017. »

Dans son appréciation du cas, le Dr Q. _____ a notamment relevé ce qui suit (sic) :

« L'assuré annonce des douleurs de l'épaule G apparues depuis le milieu de l'année 2014. 3 injections de cortisone et des séances de physiothérapie n'ont pas amélioré la situation. L'assuré indique que les douleurs de l'épaule ont continué à augmenter. Elles sont à 8-9/10 depuis 2 ans. Elles augmentent lorsqu'il lève le bras.

Depuis le milieu de l'année 2015, des douleurs sont apparues à la face latérale de la hanche D. Après la mise en place d'une PTH D en raison d'une arthrose, l'assuré indique que les douleurs de la hanche ont diminué de 10/10 à 9/10. Elles n'ont plus changé 1 an après l'intervention chirurgicale.

L'assuré déclare ne pas avoir souffert de douleurs lombaires. En raison d'une distance de marche limitée à 300 mètres par des douleurs à la face latérale de la hanche D, des sensations de fourmillements à la face externe de la jambe D et du pied, l'assuré a été opérée le 24.01.2017 pour une décompression chirurgicale d'un canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5. Après l'opération, l'assuré constate la disparition des fourmillements, mais les douleurs à la face externe de la hanche D n'ont pas changé.

A l'examen clinique, l'assuré présente une boiterie du côté D à plat et dans les escaliers. Dans les escaliers, il prend appui sur la main courante de la main D à la montée et de la main G à la descente. Les marches sur les talons, la pointe des pieds, un pied devant l'autre en funambule sont réussies. L'assuré mentionne des douleurs à la face latérale de la hanche D. L'accroupissement est profond. La position assise est maintenue pendant 75 minutes, puis l'assuré se lève un bref instant, alléguant des douleurs à la face latérale de la hanche D.

La mobilité cervicale est légèrement diminuée en extension ; lors de l'amplitude max., l'assuré signale des douleurs de la nuque. La mobilité lombaire est discrètement diminuée en flexion, l'assuré signale des douleurs en face latérale de la hanche D, modérément diminuée en extension, l'assuré signalant des douleurs lombaires et également lors des inclinaisons latérales dans le cadre de douleurs prédominant à la face latérale de la hanche D. L'assuré présente des troubles statiques avec une accentuation de la cyphose dorsale, une attitude penchée en avant, un enroulement des épaules.

Les articulations périphériques ne présentent pas de signes inflammatoires. Les amplitudes articulaires de l'épaule G sont diminuées et douloureuses dans tous les axes. Il y a des lâchages antalgiques lors de l'évaluation des muscles de la coiffe des rotateurs et le long chef du biceps du côté G. L'examen des coudes, des poignets et des doigts est sp (réd. : sans particularité).

Aux hanches, l'assuré présente une diminution des amplitudes articulaires plus marquée du côté D pour la flexion et l'abduction. Les douleurs à la mobilisation prédominent à la face latérale de la hanche du côté D. L'examen des genoux, des chevilles et des pieds est sp.

Il n'y a pas de de radiculopathie irritative ni déficitaire.

Sur le plan RX, le rapport de scintigraphie osseuse 3 phases et SPEC-CT du 25.07.2016 ne montre pas de signes évocateurs d'une complication de la PTH D. Il y a des signes dégénératifs de la hanche G.

Le rapport de l'IRM lombaire du 24.11.2016 mentionne un canal lombaire étroit constitutionnel et dégénératif en L3-L4 et L4-L5 et une arthrose des articulations postérieure, prédominant en L3-L4 et L4-L5.

Le rapport de l'arthro-IRM de l'épaule G du 07.12.2016 indique une rupture partielle non transfixiante du tendon du muscle sus-épineux, une arthrose acromioclaviculaire.

Le rapport des RX de la colonne cervicale du 05.05.2017 indique une uncarthrose C5-C6 et C6-C7, une sténose foraminale C5-C6 et C6-C7 bilatérale.

Le rapport de l'IRM cervicale du 09.06.2017 mentionne une discopathie C5-C6 avec un rétrécissement foraminal bilatéral.

La déchirure du tendon du sus-épineux et l'arthrose acromioclaviculaire de l'épaule G justifient des LF (réd. : limitations fonctionnelles) concernant les activités exercées au-dessus de l'horizontale et les ports de charges.

Au niveau lombaire, l'assuré présente également une atteinte dégénérative significative. Bien qu'il ne se plaigne pas spontanément de douleurs lombaires, elles apparaissent rapidement lors des mouvements d'extension, ce qui est concordant avec une arthrose des articulations postérieures. Compte tenu de la décompression chirurgicale effectuée le 24.01.2017, on ne peut plus parler de canal lombaire étroit. La discopathie et l'arthrose des articulations postérieures, qui prédominent en L3-L4 et L4-L5, justifient toutefois des limitations concernant les contraintes mécaniques exercées sur cette région.

Au niveau cervical, l'assuré n'a pas de plaintes spontanées. Les bilans RX ne montrent pas d'atteinte dégénérative aussi sévère qu'au niveau lombaire. Les douleurs annoncées par l'assuré sont plutôt en lien avec l'atteinte de l'épaule G et non pas cervicales.

Dans le RM (réd. : rapport médical) du 04.09.2017, le Dr G. _____ considère également que les douleurs proviennent de l'épaule. Malgré la discopathie présente à l'IRM au niveau cervical, le médecin ne retient pas non plus une origine rachidienne. Il n'y a pas de LF au niveau cervical.

Au niveau de la hanche D, aucune complication après la mise en place de la PTH n'a pu être objectivée. Aucun substrat organique n'a pu être objectivé concernant les douleurs persistantes à la face latérale de hanche D. Aucune LF n'est à retenir au niveau de la hanche D, hormis celles habituelles après arthroplastie, c'est-à-dire l'exposition à un risque de chute.

Au niveau de la hanche G, l'arthrose est peu avancée et peu symptomatique. Il n'y a pas de LF à retenir pour cette articulation.

Les atteintes dégénératives objectivées n'expliquent que partiellement les douleurs de l'assuré. Plusieurs RM vont aussi dans ce sens. Dans le RM du 28.07.2015, le Dr X. _____ indique que les douleurs irradiant dans le MID (réd. : membre inférieur droit) ne sont pas systématisées. Dans le RM du 24.08.2015, le Prof. T. _____ et le Dr F. _____ mentionnent une certaine discordance entre les découvertes RX et la symptomatologie hyperalgique de l'épaule D. A noter que l'assuré n'a plus de plainte au niveau de l'épaule D. Les douleurs sont du côté G. Dans le RM du 22.09.2015, le Dr X. _____ signale que les douleurs ne sont pas typiques d'un problème de hanche ni typique d'un problème du rachis. Dans le RM du 05.08.2016, le Prof. J. _____ relève qu'il n'y a pas d'éléments évidents pour évoquer une origine articulaire à la symptomatologie. Dans le RM du 08.05.2017, le Dr G. _____ relève une discordance radioclinique importante.

Il n'y a pas de substrat organique identifié aux douleurs persistantes de la hanche D. Les différences de la sensibilité tactile entre les MS (réd. : membres supérieurs) et MI (membres inférieurs) ne concordent pas non plus avec une atteinte neurologique. Il s'agit vraisemblablement de troubles fonctionnels.

Par rapport à l'expertise du Dr R. _____ (cf RM du 04.01.2017), on constate que la palpation des épineuses du rachis lombaire n'est plus douloureuse. Le Schober lombaire a très légèrement diminué. La DDS (réd. : distance doigts-sol) s'est améliorée. Il persiste une boiterie du côté D et une antéflexion du tronc. Les amplitudes articulaires de l'épaule G se sont nettement améliorées. Au niveau de la hanche D, il persiste une palpation douloureuse de la région trochantérienne. La flexion n'a pas évolué. L'abduction a progressé et les rotations sont restées symétriques. Bien que l'assuré ne signale pas d'amélioration concernant ses douleurs, l'examen clinique de ce jour montre quelques progrès par rapport à l'expertise du Dr R. _____.

L'assuré ne se voit pas reprendre une activité professionnelle. On constate toutefois qu'il dispose de certaines ressources physiques. Il va régulièrement se promener à [...]. Il passe plusieurs heures par jour dans un parc public à discuter avec des amis. L'été dernier, il a voyagé pendant 24 heures en car pour se rendre en Macédoine.

Compte tenu des atteintes dégénératives multiples, l'activité d'ouvrier agricole n'est plus exigible. Cette activité est trop exigeante sur le plan physique. L'IT (réd. : incapacité de travail) de 100 % à partir du 17.06.2014, attestée par le Dr C. _____, est justifiée (cf RM du 11.05.2015). Une ITT (réd. : incapacité totale de travail) dans cette activité est également retenue par le Dr R. _____, lors de l'expertise du 04.01.2017.

Dans une activité réalisée essentiellement en position assise, avec la possibilité d'effectuer quelques déplacements, et sans port de charges, le Dr R. _____ indique, lors de son expertise, une CT (réd. : capacité de travail) préservée, avec toutefois une baisse de rendement de l'ordre de 15-20 %.

Compte tenu des atteintes dégénératives multiples, et malgré une légère amélioration clinique lors de l'examen de ce jour, il ne faut en

effet pas s'attendre à une amélioration de la CT dans une activité adaptée. Une baisse de rendement de 20 % est justifiée.

La décompression chirurgicale pour le canal lombaire étroit justifie une IT (réd. : incapacité de travail) de 100 %, mais limitée dans le temps. Il y a lieu de retenir une période de convalescence de 3 mois après le geste chirurgical.

Compte tenu de la légère amélioration sur le plan clinique par rapport à 2017 et des ressources de l'assuré au vu de ses activités quotidiennes, une IT dans une activité adaptée ne se justifie pas. L'assuré est toutefois focalisé sur ses douleurs. Il n'envisage pas de reprendre une activité professionnelle et demande une rente. Dans ce contexte et au vu de la durée de l'AT, des mesures d'ordre professionnel ont peu de chances à aboutir.

Sur le plan thérapeutique, au vu du maigre résultat des interventions chirurgicales sur les plaintes subjectives de l'assuré, il est préférable d'éviter toute nouvelle intervention chirurgicale. La prise en charge médicale ne doit pas être focalisée sur les douleurs mais doit plutôt rechercher une amélioration fonctionnelle. L'assuré doit être encouragé à marcher régulièrement. Une prise en charge de physiothérapie visant à corriger les troubles posturaux (attitude penché en avant, voûté avec enroulement des épaules) pourrait avoir un effet favorable sur les amplitudes articulaires de l'épaule. Au niveau lombaire, un renforcement de la sangle abdominale, un étirement de la musculature sous-pelvienne en physiothérapie sont indiqués.

Limitations fonctionnelles

Épaule G : activité prolongée au-dessus de l'horizontale, soulèvement de charge au-delà de 2 kg.

Colonne lombaire : marche continue au-delà de 500 mètres, position statique debout au-delà de 15 minutes, position assise au-delà de 1 heure, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion-extension et rotation lombaire, port de charges au-delà de 10 kg.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Dans l'activité habituelle d'ouvrier agricole, il y a une IT de 100 % depuis le 17.06.2014.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'IT est restée totale dans l'activité d'ouvrier agricole.

Dans une activité adaptée, il y a une IT de 20 % à partir de l'examen orthopédique du Dr R. _____ daté du 05.12.2016 (cf rapport d'expertise du 04.01.2017).

La décompression chirurgicale lombaire du 24.01.2017 justifie une IT dans toute activité, mais limitée à 3 mois.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques de l'épaule G dans le cadre d'une déchirure partielle du tendon du sus-épineux et d'une arthrose acromioclaviculaire et de la tolérance aux contraintes mécaniques de la colonne lombaire dans le cadre d'une discopathie et d'une arthrose des articulaires postérieurs prédominant en L3-L4 et L4-L5. Une PTH sans complication ne justifie pas d'autre LF que l'exposition à un risque de chutes.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation

Au plus tard lors de l'examen du Dr R. _____ du 05.12.2016.

Pronostic

Les atteintes ostéoarticulaires dégénératives ne devraient pas empêcher l'assuré à reprendre une activité professionnelle adaptée. Des facteurs non médicaux ont toutefois un rôle défavorable ; il s'agit de la longue durée sans emploi, de l'âge, de la mauvaise connaissance du français, des ressources financières fournies par les services sociaux.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'OUVRIER AGRICOLE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 80 %

DEPUIS LE : 05.12.2016

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION. »

Le 31 octobre 2018, le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible. Il s'articule comme suit :

« **TA : 1** : Niveau de compétence : 1 - Année : 2016 (date d'aptitude REA).

1	Salaire OFS sur 40 heures hebdom.		Fr.	5 357.00	
2	Salaire OFS sur xx heures hebdom. (x12)	41.7	Fr.	5 584.67	Fr. 67 016.07
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 67 016.07
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 67 016.07
3	Indexation (année)			0.00%	Fr. 67 016.07
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 67 016.07
4	Horaire en %			80%	Fr. 53 612.86
5	Diminution de rendement en %			0%	Fr. 53 612.86
6	Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial :			15%	
	<input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles <input type="checkbox"/> Âge <input type="checkbox"/> Années de service <input type="checkbox"/> Nationalité et permis <input type="checkbox"/> Taux d'occupation 25 % au maximum				

7	Salaire exigible final (RI)	Fr.	45 570.93
8	Revenu sans l'atteinte à la santé (RS) :	Fr.	40 118.88
9	Préjudice économique :	Fr.	-5 452.05
10	Préjudice économique en % :		0.00%

Explication de la réduction : réduction supplémentaire de 5% [sic] justifiée en raison des LF de l'assuré, de l'âge (+ de 50 ans au moment du dépôt de demande), et pour le taux d'occupation pour un homme.

Source du RS : Demande AI du 30.04.2015, soit Fr. 3'320 x 12 = 39'840.- en 2015, indexé à 2016 = Fr. 40'118.88 (pas de Rapport employeur au dossier malgré plusieurs demandes et rappels).

Sources médicales : Examen clinique SMR du 14.02.2018.

Exemples d'activités adaptées :

Activités industrielles légères de type conditionnement, contrôle qualité, montage de composants électroniques. »

Le 15 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions de l'aide au placement.

Le 27 novembre 2018, le Dr C. _____, en réaction au courrier du 15 novembre 2018 précité, a écrit au nom de l'assuré à l'OAI en ces termes :

« Je lis le courrier que vous adressez à Monsieur S. _____.

Je rappelle mon courrier du 19.09.2017 où l'on cite trois motifs de mise complète à l'AI.

Aucun des motifs n'est résolu.

Dans ces conditions, je ne comprends pas le courrier adressé au patient où on lui signale qu'il est réadaptable, ce qui me paraît impossible dans les conditions actuelles.

Dans ces conditions il ne peut chercher du travail et donner des preuves des dispositions entreprises pour améliorer sa capacité au travail.

En ce moment, il est en attente d'une décision chirurgicale quant à son épaule gauche.

Le courrier adressé à Monsieur S. _____ me paraît ainsi inadapté et hors propos.

En vous remerciant de réanalyser son cas sur papier. »

Par projet de décision du 27 novembre 2018, l'OAI a fait savoir qu'il entendait allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er}

octobre 2015 au 31 mars 2017 fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. En ce qui concerne la suppression de la rente d'invalidité au 31 mars 2017, l'OAI a relevé ce qui suit :

« Depuis le 5 décembre 2016, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles suivantes : *Épaule G : activité prolongée au-dessus de l'horizontale, soulèvement de charge au-delà de 2 kg. Colonne lombaire: marche continue au-delà de 500 mètres, position statique debout au-delà de 15 minutes, position assise au-delà de 1 heure, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion-extension et rotation lombaire, port de charges au-delà de 10 kg.*

A ce stade, il y a lieu de déterminer la perte économique que vous subissez. Dès lors que vous êtes sans travail, c'est par une approche théorique des revenus que nous avons calculé votre préjudice.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu auquel vous auriez pu prétendre si vous aviez continué d'exercer votre activité habituelle d'ouvrier agricole, avec le salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples dans le secteur privé (activité industrielles légères), selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), en tenant compte d'un abattement en raison de vos limitations fonctionnelles.

Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que le revenu d'invalidé auquel vous pouvez raisonnablement prétendre est au moins aussi élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé.

En l'absence de préjudice économique découlant de votre atteinte à la santé, le droit à des mesures de reclassement, ainsi qu'à des prestations financières de notre assurance (minimum 40 % de préjudice économique) doit vous être nié.

Conformément à l'article 88a RAI, votre rente doit être supprimée trois mois après l'amélioration du 5 décembre 2016. Comme indiqué, un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne plus droit à une rente.

Toutefois, pour vous aider à réintégrer le monde de l'économie, nous vous proposons le soutien de notre service de placement, selon notre communication du 15 novembre 2018. »

Par courrier du 7 décembre 2018, l'assuré a contesté ce projet de décision en faisant valoir que son état de santé ne lui permettait actuellement pas de reprendre une activité professionnelle. Ce faisant, il s'est référé au courrier du Dr C. _____ du 27 novembre 2018.

En complément à sa contestation, l'assuré a produit un rapport du 7 décembre 2018 du Prof T. _____, Chef de service du Département de l'appareil locomoteur du O. _____, à teneur duquel, à la suite de la consultation du 4 décembre 2018, il posait comme diagnostics des lésions

dégénératives partielles du sus-épineux gauche et une arthrose acromioclaviculaire gauche. Au status, l'épaule était souple avec une mobilité passive complète ; l'assuré n'était pas parvenu à une flexion-abduction au-delà de 80° en raison des douleurs. Le Prof T. _____ précisait que l'arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée le 14 novembre 2018 n'avait pas mis en évidence de fuite de liquide de contraste dans l'espace sous-acromial. Une lésion dégénérative du sus-épineux avec un amincissement étendu prenant toute la partie antérieure du tendon avait été constatée, les autres tendons de la coiffe étant en continuité. Il concluait que cette lésion ne se prêtait pas à une prise en charge chirurgicale et indiquait qu'il avait répété une infiltration sous-acromiale et reverrait le patient dans deux mois.

L'assuré a également produit un rapport du 23 octobre 2018 adressé par le Prof T. _____ au Dr C. _____, qui indiquait notamment qu'il avait constaté lors de consultation du 18 octobre 2018 que l'assuré, droitier, présentait des douleurs de l'épaule gauche dans le cadre d'une lésion chronique et dégénérative du sus-épineux associée à une tendinopathie du long biceps et une arthrose acromioclaviculaire. Ne pouvant pas affirmer sur la base des éléments actuellement à sa disposition que la lésion était réparable, il avait demandé une arthro-IRM de contrôle, après laquelle il reverrait le patient pour discuter des possibilités thérapeutiques.

Le 8 février 2019, le Dr C. _____ a renvoyé à l'OAI la « charte de collaboration au placement » adressée à l'assuré avec un délai au 5 février 2019 pour la retourner, avec l'indication manuscrite suivante : « aucun emploi possible pour cet assuré ».

Le 19 février 2019, l'OAI a informé l'assuré que les rapports médicaux qu'il avait produits n'étaient pas susceptibles de remettre en cause sa position et qu'il recevrait par conséquent prochainement une décision.

Par décision du 7 juin 2019, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2017, en retenant qu'à compter du 5 décembre 2016, une capacité de travail entière pouvait être exigée dans une activité adaptée, respectant les limitations suivantes : épaule gauche : activité prolongée au-dessus de l'horizontale, soulèvement de charge au-delà de 2 kg. Colonne lombaire : marche continue au-delà de 500 mètres, position statique debout au-delà de 15 minutes, position assise au-delà de 1 heure, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion-extension et rotation lombaire, porte de charges au-delà de 10 kg. Pour le surplus, en l'absence de préjudice économique découlant de l'atteinte à la santé, le droit à des mesures de reclassement devait être nié. Toutefois, pour l'aider à réintégrer le monde de l'économie, un soutien du service de placement était proposé, selon la communication du 15 novembre 2018.

B. Par acte du 8 juillet 2019, S._____, représenté par Procap Suisse, Service juridique, a recouru contre la décision de l'OAI du 7 juin 2019 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il conteste les conclusions de l'instruction médicale de son dossier selon lesquelles il présenterait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Il soutient qu'au contraire aucune des problématiques qu'il présente n'est résolue, que les douleurs consécutives à la pose de la prothèse totale de la hanche droite sont invalidantes et que les experts ont considérablement minimisé l'impact de ses diverses atteintes à la santé sur sa capacité de travail.

Par décision du 23 juillet 2019, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire en l'exonérant des frais judiciaires et de leur avance.

Dans sa réponse du 27 août 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours en relevant que les conclusions du spécialiste en médecine physique et réadaptation du SMR du 12 mars 2018 remplissaient toutes

les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur d'un rapport médical. Selon l'intimé, ses conclusions sont claires et convaincantes et les courriers du Prof T._____ des 23 octobre et 7 décembre 2018 n'apportent pas de nouveaux éléments médicaux susceptibles de les remettre en question.

Par réplique du 18 novembre 2019, le recourant a maintenu ses conclusions en se référant au rapport établi le 23 août 2019 par le Dr G._____, à teneur duquel celui-ci estime que sa capacité de travail n'est que de 50 % dans une activité adaptée en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : absence de port de charge fréquent au-delà de 10 kg, limitations fonctionnelles au travail en antéflexion et porte-à-faux du tronc de façon prolongée, limitations au travail en élévation des bras au-delà de 90 degrés, limitations fonctionnelles de la marche au-delà de 30 minutes sans possibilité de pause, limitations fonctionnelles au travail statique en position assise ou debout sans possibilité de changement de position au-delà de 30 minutes, limitations fonctionnelles à la pratique des escaliers et au travail en position accroupie ou à genoux. Se positionnant quant au « rapport du SMR du 14 février 2018 », le Dr G._____ explique que ses conclusions sont adaptées avec une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'ouvrier agricole, mais la persistance d'une capacité de travail avec diminution du rendement dans le cadre d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans dit rapport. Le Dr G._____ rejoint également les conclusions du rapport SMR du 14 février 2018 concernant les facteurs non médicaux jouant un rôle défavorable sur le pronostic de réinsertion. Dans un autre moyen, le recourant soutient que l'intimé aurait dû recourir aux données statistiques de l'ESS pour établir le revenu sans invalidité, dès lors qu'il a cessé son activité depuis plusieurs années et dans la mesure où les renseignements sur les revenus avant l'atteinte à la santé retenus par l'OAI ne sont pas fiables (calcul du 20 octobre 2018). Il en déduit que son degré d'invalidité s'élèverait alors à un taux supérieur à 20 %, ce qui lui ouvre un droit potentiel à un reclassement professionnel. Il précise à cet égard que même si l'objet du litige ne concerne que le droit à la rente, il serait opportun d'aborder cette problématique dans le cadre du jugement à

venir, car en cas de taux d'invalidité supérieur à 20 %, il entend faire valoir son droit à des mesures professionnelles.

Dans sa duplique du 10 décembre 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a produit un avis de la Dre V. _____ du SMR, du 9 décembre 2019, dans lequel elle observe que le rapport du Dr G. _____ se réfère aux diagnostics déjà connus et pris en compte dans le rapport SMR du 14 février 2018. Les limitations fonctionnelles qu'il retient sont par ailleurs superposables à celles retenues par le SMR, bien qu'il estime que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée serait de 50 % seulement. Faute d'argumentation du Dr G. _____ sur ce point et dans la mesure où, par ailleurs, il valide les conclusions du rapport du SMR, les estimant adaptées, la Dre V. _____ estime qu'on ne peut que considérer que le Dr G. _____ ne trouve pas d'incohérence dans ledit rapport. Selon la Dre V. _____, le rapport du Dr G. _____ ne remet ainsi pas en cause la position du SMR.

Par écriture du 2 mars 2020, le recourant a maintenu ses conclusions et moyens.

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) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptibles de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2017.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

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, 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. 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 LPGGA).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une

appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante ; il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid.

5b, 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a été en incapacité totale de travail à compter du 7 juillet 2014, ni que son activité habituelle d'ouvrier agricole n'est plus adaptée à son état. Le recourant soutient cependant qu'il présente toujours des douleurs invalidantes. Il se prévaut notamment du rapport du 27 novembre 2018 du Dr C._____, de ceux du Prof T._____ des 23 octobre et 7 décembre 2018 et de celui du Dr G._____ du 23 octobre 2019.

b) En l'occurrence, l'OAI a retenu, en se fondant en particulier sur le rapport du Dr Q._____ du 12 mars 2018 faisant suite à l'examen clinique du recourant du 14 février 2018, que la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée est de 80 % depuis le 5 décembre 2016.

Pour arriver à ce constat, le Dr Q._____ a pris connaissance de toutes les pièces au dossier, et en particulier du rapport d'expertise du Dr R._____ du 4 janvier 2017. Il a en outre résumé l'anamnèse du recourant, listé ses plaintes, et procédé à un examen clinique détaillé de l'assuré. Le Dr Q._____ a retenu le diagnostic principal avec effet sur la capacité de travail de déchirure partielle du tendon du sus-épineux et d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche (M75.1) ; il a encore posé les diagnostics associés de lombalgies intermittentes dans le cadre de discopathies et d'arthrose des articulations postérieures en L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Sans effet sur la capacité de travail, il a fait état d'uncarthrose C5-C6, C6-C7, de discopathie C5-C6, actuellement peu symptomatique, de douleurs chroniques irréductibles de la hanche droite dans le cadre d'un status après arthroplastie totale le 18 juillet 2014, d'arthrose débutante de la hanche gauche et de status après décompression chirurgicale pour un canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5 le 24 janvier 2017. Le Dr Q._____ a ensuite procédé à l'appréciation du cas. Dans ce cadre, il a noté que les atteintes dégénératives objectivées n'expliquaient que partiellement les douleurs de l'assuré. S'agissant plus spécifiquement des douleurs persistantes de la hanche droite, le Dr Q._____ a noté qu'il n'y avait pas de substrat organique identifié à celles-ci, relevant en particulier que les différences de sensibilité tactile entre les membres supérieurs et les membres inférieurs ne concordaient pas non plus avec une atteinte neurologique. Le Dr Q._____ a en outre pris le soin d'exposer que par rapport à l'expertise du Dr R._____, la palpation des épineuses du rachis lombaire n'était plus douloureuse, que le Schober lombaire avait très légèrement diminué, que la distance doigts-sol s'était améliorée et que s'il persistait une boiterie du côté droit et une antéflexion du tronc, les amplitudes articulaires de l'épaule gauche s'étaient nettement améliorées. Au niveau de la hanche droite, il persistait une palpation douloureuse de la région trochantérienne, la flexion n'avait pas évolué mais l'abduction avait progressé et les rotations étaient restées symétriques. Le Dr Q._____ relevait ainsi que, bien que l'assuré ne signale pas d'amélioration concernant ses douleurs, l'examen clinique du jour montrait quelques progrès par rapport à l'expertise du Dr R._____. Le Dr Q._____ a encore noté que si l'assuré ne se voyait pas reprendre

une activité professionnelle, il disposait cependant de ressources physiques : il allait ainsi régulièrement se promener à [...] et passait plusieurs heures par jour dans un parc public, à discuter avec des amis. Il s'occupait de son petit-fils de 3 ans, et avait été en mesure de voyager durant 24 heures pour se rendre en Macédoine. Le Dr Q._____ en a conclu que si l'activité d'employé agricole n'était plus exigible car elle était trop exigeante sur le plan physique, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pour rappel : épaule gauche : activité prolongée au-dessus de l'horizontale, soulèvement de charge au-delà de 2 kg ; colonne lombaire : marche continue au-delà de 500 mètres, position statique debout au-delà de 15 minutes, position assise au-delà de 1 heure, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion-extension et rotation lombaire, port de charges au-delà de 10 kg) était exigible à 80 % à compter du 5 décembre 2016, soit à la date à laquelle le recourant avait été examiné par le Dr R._____.

Les conclusions du Dr Q._____ sont claires, bien étayées et dénuées de contradiction. Ce médecin a pris en compte les différents avis médicaux au dossier et exposé de façon détaillée les raisons le conduisant à retenir une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Son rapport remplit ainsi les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

c) Les éléments dont se prévaut le recourant ne sont par ailleurs pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport du 12 mars 2018 du Dr Q._____. S'agissant des rapports du Prof T._____, (rapports des 23 octobre et 7 décembre 2018), il y a tout d'abord lieu de constater que ce spécialiste ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail. Il a fait état de lésions dégénératives partielles du sus-épineux gauche, en rappelant cependant que la mobilité de l'épaule droite, chez un patient droitier, était complète. A gauche, l'épaule était souple, avec une mobilité passive complète, le patient ne parvenant toutefois pas à une flexion-abduction au-delà de 80° en raison des douleurs. Finalement, le Prof T._____ a constaté que la lésion de l'épaule gauche ne se prêtait pas à une prise en charge chirurgicale. Ces observations ne contredisent

pas les appréciations de l'état de santé de l'assuré telles qu'elles ressortent du rapport d'examen clinique du SMR du 12 mars 2018, dans lequel le Dr Q._____ a lui aussi posé le diagnostic principal avec effet sur la capacité de travail de déchirure partielle du tendon du sus-épineux et d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche (M75.1). Le Dr Q._____ a du reste retenu, s'agissant de l'épaule gauche, les limitations fonctionnelles suivantes : activité prolongée au-dessus de l'horizontale, soulèvement de charge au-delà de 2 kg.

En procédure de recours, l'assuré a encore produit un avis du Dr G._____ du 23 octobre 2019. Cependant, là encore, ce rapport n'est pas de nature à faire douter des conclusions du Dr Q._____. Non seulement le Dr G._____ retient les mêmes diagnostics que le Dr Q._____, mais comme le souligne la Dre V._____ du SMR dans son avis du 9 décembre 2019, les limitations fonctionnelles indiquées sont superposables à celles retenues par le Dr Q._____. En outre, le Dr G._____ admet que les conclusions du rapport du SMR du 14 février 2018 (réd. : 12 mars 2018) lui semblent « adaptées » ; il estime par ailleurs lui aussi que des facteurs non médicaux jouent un rôle défavorable sur le pronostic de réinsertion du patient. Ainsi, comme le relève la Dre V._____ dans son avis du 9 décembre 2019, il n'y a pas lieu, dans ces conditions, d'écarter l'appréciation du SMR selon laquelle le recourant dispose d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Enfin, le rapport du 27 novembre 2018 du Dr C._____ ne permet pas non plus de remettre en cause les conclusions de l'examen SMR sur lequel se fonde l'OAI : ce médecin fait état d'une éventuelle décision chirurgicale quant à l'épaule gauche. Or, le Prof T._____ a indiqué qu'il n'y aurait pas d'intervention à ce niveau. En outre, les atteintes auxquelles se réfère le Dr C._____, qu'il a listées dans son rapport du 19 septembre 2017, à savoir la prothèse totale de la hanche douloureuse douloureuse, la cure de canal lombaire étroit et la problématique de l'épaule gauche, ont été prises en considération et examinées par le Dr Q._____, qui a en particulier retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité prolongée au-dessus de l'horizontale, pas de soulèvement de charge au-delà de 2 kg et a estimé qu'il y avait lieu de retenir une capacité de

travail non pas entière, mais de 80 %. Ainsi, le Dr C._____ ne fait pas état d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés par le Dr Q._____ et seraient de nature à conduire à modifier ses observations.

En conclusion, l'appréciation médicale de la situation du recourant telle qu'elle ressort du rapport d'examen du Dr Q._____ du 12 mars 2018 échappe à la critique et doit être confirmée. La capacité de travail de l'assuré est ainsi de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 12 mars 2018 du Dr Q._____ et rappelées ci-avant (cf. consid. 5b).

6. Dans un autre moyen, le recourant soutient que c'est sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) qu'aurait dû être arrêté son revenu sans invalidité, dans la mesure où il a cessé son activité depuis plusieurs années et que les renseignements sur les revenus avant l'atteinte à la santé retenus par l'intimé ne sont pas fiables à ses yeux.

a) 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 LPGGA).

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 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). 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 l'assuré aurait effectuée s'il était resté 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 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 (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).

b) Le recourant cite l'ATF 129 V 222, estimant que, dans la mesure où il a cessé son activité depuis plusieurs années, son revenu de valide devrait être fixé sur la base de l'ESS. Or, comme relevé ci-dessus (cf. let. a), pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). On voit mal dès lors que l'arrêt dont se prévaut l'intéressé doive conduire à retenir un revenu de valide qui ne serait pas fixé sur le gain qu'il a réalisé dans son activité d'ouvrier agricole. A cet égard, s'il est exact que le Service de réadaptation de l'OAI a relevé dans son rapport du 31 octobre 2018 qu'il n'y avait pas de rapport employeur au dossier, il n'en demeure pas moins que selon l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré celui-ci a, durant son activité habituelle d'ouvrier agricole, réalisé

les revenus suivants : 24'804 fr. en 2008 (juin à décembre), 23'100 fr. en 2009, 23'240 fr. en 2010, 26'560 fr. en 2011 et en 2012 et 39'840 fr. en 2013. Le revenu réalisé en 2014 (21'140 fr. de janvier à juillet) ne saurait être pris en considération, dès lors qu'il s'agit de l'année durant laquelle a débuté l'incapacité de travail. Selon ces données, l'assuré a donc réalisé en moyenne un revenu mensuel soumis à cotisation de 2'450 fr. de 2008 à 2013. Ce revenu est ainsi inférieur à celui que le recourant a indiqué dans sa demande de prestations, par 3'320 fr., et sur lequel s'est fondé l'OAI pour calculer le revenu sans invalidité à prendre en compte en 2016 (soit au moment de l'amélioration de la capacité de travail du recourant).

Ainsi, le revenu sans invalidité, indexé à l'année 2016, d'un montant de 40'118 fr. 88 ($3'320 \times 12 = 39'840$ fr. en 2015, indexé à 2016 = Fr. 40'118 fr. 88) retenu par l'OAI peut être confirmé. En effet, aucun élément ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait réalisé un revenu plus élevé s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. L'atteinte à la santé est en effet survenue alors que le recourant œuvrait depuis plus de six ans pour le compte du même employeur, ce qui permet de retenir l'existence de rapports de travail stables. Si le salaire réalisé par l'assuré en qualité d'ouvrier agricole tel que retenu par l'OAI n'est certes pas élevé, il est toutefois conforme au salaire du personnel travaillant dans le secteur agricole, qui, pour l'année 2016, a été fixé à 3'420 fr. par mois par le Conseil d'Etat, soit un revenu annuel de 41'040 fr. (cf. arrêté du 18 février 2015 du Conseil d'Etat du canton de Vaud modifiant celui du 3 avril 2000 établissant un contrat-type de travail pour l'agriculture et fixant le salaire minimal d'un ouvrier agricole sans formation à 3'420 fr. dès le 1^{er} janvier 2016).

c) Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'OAI, respectivement le Service de réadaptation (cf. calcul du 31 octobre 2018), au demeurant non critiqué par le recourant, est correct et doit être confirmé. L'OAI s'est fondé, pour calculer le revenu avec invalidité de l'assuré - qui n'a pas repris d'activité lucrative - sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS, conformément à la jurisprudence en la matière (ATF 129 V 472 consid.

4.2.1). Ainsi, considérant que le recourant ne dispose d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, l'intimé s'est basé sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347) en les adaptant à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération et en tenant compte de l'évolution des salaires nominaux 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), soit 67'016 fr. 07. A 80 %, le revenu avec invalidité s'élève à 53'612 fr. 86. L'OAI a ensuite procédé à un abattement de 15 % sur ce revenu, pour tenir compte de l'âge, des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation de l'assuré, pour retenir un revenu annuel avec invalidité de 45'570 fr. 95.

Le revenu avec invalidité étant supérieur à celui réalisé sans invalidité, c'est à juste titre que l'intimé a constaté l'absence de préjudice économique, ce qui exclut dès lors le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

d) Au demeurant, même à suivre le recourant lorsqu'il affirme qu'il y aurait lieu de retenir comme revenu sans invalidité celui fondé sur l'ESS, ce qui conduirait, après comparaison des revenus, à arrêter le taux d'invalidité à plus de 20 %, il faudrait constater que le recourant ne pourrait, de ce seul fait, bénéficier de mesures de reclassement.

En effet, selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de cette disposition, celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 p. 403; 130 V 488 consid.

4.2 p. 489 et les références). Par ailleurs, le droit à une mesure de réadaptation suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010).

Or, le recourant n'a pas de formation, et ne maîtrise pas bien le français (cf. rapport d'examen SMR du Dr Q. _____ du 12 mars 2018 qui relève que l'examen s'est déroulé avec l'assistance d'un interprète et que l'assuré ne comprend et surtout ne parle pas bien le français). Par conséquent, il est douteux que la mise en œuvre de mesures professionnelles soit de nature à améliorer la capacité de gain du recourant, ce d'autant qu'il ne s'estime pas en mesure de travailler, et qu'il a renoncé à bénéficier de la mesure d'aide au placement que lui a proposé l'intimé le 15 novembre 2018. Compte tenu en outre de l'éventail d'activités simples et légères à la portée du recourant, moyennant une rapide mise à niveau, des mesures professionnelles n'entrent pas en considération.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais judiciaires, ces frais sont provisoirement à la charge de l'Etat.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours déposé le 8 juillet 2019 par S. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 juin 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.** 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 est au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V.** 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 :

- Procap Suisse, Service juridique, à Bienne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :