

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 décembre 2024

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Parrone, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, a exercé la profession de grutier de 1997 à 2009. Depuis 2001, il était également au bénéfice de trois contrats de conciergerie auprès des C. _____, qui a mis fin à deux d'entre eux au 31 décembre 2015 et le troisième au 31 mars 2016, le salaire annuel étant fixé à 22'260 fr. dès le 1^{er} janvier 2011. D'avril 2008 à octobre 2010, l'assuré a également exploité l'entreprise S. _____ en raison individuelle (petite maçonnerie, dépannage 24/24 dans le domaine du génie civil), radiée en octobre 2010 en raison de la création de S. _____ Sàrl, active dans les mêmes domaines, elle-même radiée en mai 2013, à la suite de la clôture d'une procédure de faillite. Depuis 2012, il exerçait également une activité dans l'entreprise N. _____ Sàrl, dont son épouse était l'associée-gérante.

b) En décembre 2008, l'assuré a fait l'objet d'une procédure de détection précoce en raison de lombalgies, causant une incapacité de travail à 100 % depuis le 21 août 2008. Le recourant n'a toutefois pas souhaité déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité, préférant se réinsérer par lui-même, au sein de la société de nettoyage de son épouse. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a ainsi clos son dossier le 19 mars 2009.

c) Le 26 août 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI indiquant comme motif des lombalgies chroniques et une incapacité de travail à 100 % depuis le 1^{er} janvier 2012.

d) Selon le rapport médical établi le 8 septembre 2014 par le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale, à la demande de l'OAI, le recourant souffrait de lombalgies chroniques depuis 2006, le médecin constatant une arthrose facettaire L3-L4 et L4-L5, causant « les limitations usuelles du rachis ». Il attestait d'une incapacité de travail à 100 % dès le 1^{er} janvier 2012.

e) Par projet de décision du 12 janvier 2015, confirmé par décision du 24 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, statuant en l'état dossier, l'assuré n'ayant pas transmis les informations et documents requis, malgré les relances.

B. a) Le 27 mars 2015, l'assuré a fait l'objet d'une nouvelle procédure de détection précoce, en raison d'un accident vasculaire cérébral (AVC) survenu le 27 février 2015, le formulaire indiquant une incapacité de travail à 50 % dès cette date.

b) Le 10 juillet 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant comme motifs un AVC ischémique et des lombalgies chroniques.

c) Selon le rapport médical établi le 21 juillet 2015 par le Dr W._____, l'assuré souffrait de cervico-dorso-lombalgies chroniques et avait subi un AIT [accident ischémique transitoire] de la PICA [*posterior inferior cerebellar artery* ; artère cérébelleuse postéro-inférieure] droite en février 2015, avec persistance de troubles visuels et dysesthésie du membre supérieur gauche. L'incapacité de travail était de 100 % du 27 février au 1^{er} juillet 2015. Un travail léger respectant les limitations usuelles du rachis et sans tâches cognitives complexes était théoriquement exigible. Etaient joints à ce rapport :

- Un rapport établi le 3 juillet 2014 par le Dr M._____, chef de clinique adjoint au Département de l'appareil locomoteur du Service de rhumatologie du K._____ (ci-après : K._____), faisant état d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) révélant une lésion de type Modic I en L5 ainsi qu'une arthrose facettaire L3-L4 et L4-L5.
- Un rapport établi le 26 mars 2015 par la Prof. L._____, cheffe de service de l'unité de neuropsychologie du K._____, et F._____, psychologue, relatif à un examen neuropsychologique effectué le 23 mars 2015, celui-ci mettant en évidence une normalisation des performances avec toutefois la présence de résultats encore limites dans certaines épreuves exécutives et attentionnelles.

d) Selon un rapport établi le 8 septembre 2015 par la Prof. L._____ et G._____, psychologue, l'examen neuropsychologique effectué le 7 septembre 2015 mettait en évidence, comparativement au dernier bilan du 23 mars 2015, l'apparition d'un déficit léger à modéré en mémoire épisodique antérograde verbale, la présence d'une faiblesse en mémoire à court terme et de travail verbal, ainsi qu'une péjoration légère de certaines performances exécutives et une péjoration importante des fonctions attentionnelles. Un défaut de motricité manuelle fine était également noté. Il était ainsi relevé une péjoration du tableau sur les plans mnésique verbal, exécutif et attentionnel, de nature à limiter la capacité de travail.

e) Selon son rapport du 18 mai 2016, le Dr V._____, spécialiste en médecine du travail, du Service médical régional (SMR) a retenu une incapacité de travail durable dès le 27 février 2015. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité adaptée, peu complexe et peu exigeante, elle était de 100 % dès le 29 mai 2015, date du dernier contrôle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : sur le plan somatique, manœuvre d'économie du dos et sur le port de charges, inaptitude au port de charges lourdes, pas de mouvement en porte-à-faux ; sur le plan neurologique, inaptitude au travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier ; sur le plan neuropsychologique, déficit attentionnel et exécutif.

f) Au vu des différentes activités professionnelles déployées par l'assuré au fil des ans, en partie en qualité d'indépendant, sa situation économique a fait l'objet d'un premier rapport d'analyse économique pour les indépendants le 14 décembre 2017. En raison des informations incomplètes à la disposition de l'OAI, celui-ci a requis divers documents à différents intervenants avant de procéder à une seconde analyse le 12 juillet 2018. Il a abouti au constat que les documents transmis, en particulier par l'assuré, étaient insuffisants pour procéder à une analyse fiable du revenu sans invalidité.

g) Par projet de décision du 29 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a constaté que depuis le 27 février 2015, l'assuré était en incapacité de travail et que le délai d'attente arrivait à échéance le 27 février 2016. Si l'assuré n'était pas atteint dans sa santé, il exercerait le métier de grutier à 100 %. A l'échéance du délai d'attente, il présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de grutier mais présentait une capacité entière de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (manœuvre d'économie du dos et sur le port de charges, inaptitude au port de charges lourdes, pas de mouvement en porte-à-faux, inaptitude au travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, déficit attentionnel et exécutif) et ce depuis le mois de mai 2015. Après comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité (tous les deux fondés sur les données statistiques), et en tenant compte d'un taux d'abattement de 10 % pour le second, l'OAI est parvenu à un taux d'invalidité de 12,47 %, n'ouvrant pas le droit à une rente, ni à des mesures professionnelles.

h) L'assuré, alors assisté de Me David Métille, s'est opposé au projet de décision du 29 janvier 2019.

i) Le 1^{er} octobre 2019, a été versé au dossier de l'OAI, un rapport non daté établi par le Dr X._____, spécialiste en neurochirurgie, à la suite de la consultation du 8 juillet 2019, indiquant les diagnostics de cervicobrachialgies C6 droites et lombosciatalgies L5 droites non déficitaires et annonçant la réalisation d'une IRM.

j) Le 31 octobre 2019, l'assuré a complété ses objections. Il a, d'une part, contesté la fixation du revenu sans invalidité, singulièrement l'absence de prise en compte de ses revenus réels. D'autre part, il a estimé que sa situation médicale n'était pas suffisamment instruite, en particulier sur le plan orthopédique, voire rhumatologique. A l'appui de son écriture, il a produit :

- Un rapport médical établi le 18 juin 2018 par le Dr Z._____, dont il ressort que le patient a été suivi en raison de douleurs ressenties à l'épaule droite, au cou droit antérieur, aux lombes et à l'avant-bras

droit à la suite d'un accident survenu en avril 2018. L'IRM des lombes n'avait rien révélé d'anormal et celle de l'épaule droite une tendinopathie très modérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il était encore relevé que les douleurs persistaient.

- Un rapport (en italien) d'une IRM effectuée en Italie le 24 avril 2019.
- Un rapport médical établi le 30 septembre 2019 par le Dr R._____, chef de clinique à la consultation de médecine physique et réhabilitation de E._____, qui a posé les diagnostics de cervico-brachialgies C5 droites, non déficitaires et de lombosciatalgies droites, non déficitaires. Il en ressort que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travail en élévation antérieure des bras au-delà de 90°).

k) Par décision du 28 octobre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant son projet de décision du 29 janvier 2019. Dans le courrier accompagnant la décision, l'OAI a exposé que les documents transmis par l'assuré étaient insuffisants pour procéder à une analyse fiable du revenu sans atteinte à la santé, soulignant l'impossibilité d'apprécier les parts de revenus de chaque conjoint dans la société et la répartition de ceux-ci ainsi que l'absence de données comptables pour l'activité indépendante de l'assuré de 2008 à 2012 et le prononcé de la faillite de la société à responsabilité limitée de l'assuré. L'assuré n'ayant pas pu pérenniser son activité sur le plan économique, il fallait admettre qu'en bonne santé, il aurait dû reprendre une activité salariée, de grutier. La comparaison du salaire qu'il pourrait obtenir en tant que grutier avec celui qu'il pourrait obtenir dans une activité adaptée aboutissait à un préjudice insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. Il n'était pas tenu compte de l'activité accessoire de concierge dans la mesure où les contrats avaient été résiliés indépendamment de l'état de santé de l'assuré, l'employeur n'ayant pas eu connaissance d'une quelconque incapacité de travail.

C. **a)** H._____, désormais assisté de Me Muriel Vautier, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 30 novembre 2020, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2015, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, le recourant a souligné qu'il avait subi un accident en avril 2018 et qu'il souffrait de troubles à l'épaule droite depuis lors, d'ailleurs suffisamment sérieux pour qu'une intervention chirurgicale soit planifiée en novembre 2020, toutefois repoussée en raison de la pandémie. Malgré la mention de ce fait dans ses objections et la production de rapports médicaux établissant les diagnostics et l'existence d'une incapacité de travail en découlant, l'OAI n'avait ni instruit, ni même mentionné ces troubles dans sa décision. L'avis du SMR sur lequel se fondait l'OAI datait de 2016, c'est-à-dire antérieurement à son accident et à l'aggravation de son état de santé. L'OAI ne pouvait ainsi se passer d'instruire cet aspect et la décision devait donc être annulée. Le recourant a par ailleurs contesté la fixation du revenu sans invalidité, singulièrement l'absence de prise en compte de ses revenus réels. Il requiert en outre la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et neurologique.

A l'appui de son recours, le recourant a notamment produit les pièces suivantes :

- Un rapport d'expertise médicale spécialisée établi le 17 avril 2019 par le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, à la demande de l'avocate du recourant dans le cadre du litige l'opposant à son assurance-accident. Après un examen du patient et des IRM, ce médecin a indiqué que le recourant souffrait d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec une bursite sous-acromio-deltoïdienne à l'épaule droite ainsi que de lésions dégénératives au niveau des cervicales et d'une arthrose inter-facettaire, essentiellement en L4-L5 à gauche.
- Un rapport établi le 8 octobre 2019 par la Dre B._____, spécialiste en radiologie, concernant la réinterprétation de l'IRM passée en Italie le 24 avril 2019 dont les conclusions sont : « IRM de l'épaule droite de qualité suboptimale où la zone de tendinopathie en

hypersignal T2 linéaire, non liquidienne se situant au niveau interstitiel du tendon du muscle supra-épineux n'est pas identifiée avec certitude. Pas d'évidence d'autre déchirure tendineuse. Pas de tendinopathie du long chef bicipital. Bursite sous acromio-deltaïdienne d'importance modérée. Poussée congestive d'importance modérée de l'arthropathie acromio-claviculaire. A remarquer qu'il s'agissait d'un examen effectué sans injection de produit de contraste intra-articulaire et en l'absence d'acquisition ABER [*Abduction external rotation*] ». Il en ressort également qu'en l'absence d'injection de produit de contraste intra-articulaire, l'analyse du labrum était délicate mais qu'il existait une irrégularité du labrum antéro-supérieur correspondant à la déchirure de type SLAP [*Superior labral antero-posterior lesion*] IIA visualisée lors d'une IRM du 18 juin 2019.

- Une décision sur opposition rendue le 11 novembre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : CNA) rejetant l'opposition formée par le recourant contre sa décision du 11 janvier 2019. En substance, la CNA a estimé que le tableau clinique de l'assuré était évocateur d'atteintes dégénératives si bien que l'arrêt des prestations six mois après l'événement était, au regard du mécanisme accidentel, justifié.

b) Par réponse du 9 mars 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à l'avis SMR établi le 3 mars 2021 par le Dr Q._____, produit à l'appui de son écriture.

L'avis SMR précité a relevé qu'à l'examen des rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de ses objections et de son recours, des nouvelles atteintes à la santé avaient été révélées, à savoir des cervico-brachialgies droites C5 non déficitaires avec une hernie cervicale C4-C5 et des omalgies bilatérales prédominantes à droite sur une bursite sous-acromio-deltaïdienne et une possible tendinite de la coiffe. Les lombalgies chroniques aspécifiques sur arthrose facettaire postérieure étaient déjà notées dans le rapport final SMR de 2016 et les imageries récentes ne montraient pas de hernie discale ni de canal

lombaire étroit. Les différents rapports médicaux analysés montraient que ces atteintes articulaires n'étaient pas durablement incapacitantes dans une activité adaptée d'épargne articulaire et que les plaintes de l'assuré avaient une part subjective. Cela conduisait à retenir une limitation fonctionnelle supplémentaire, à savoir l'absence de travail avec élévation antérieure des bras au-delà de 90°, telle que proposée par le Dr R._____. Au niveau neuropsychologique, le rapport du 8 septembre 2015, bien que rapportant une aggravation des fonctions mnésiques verbales, exécutives et attentionnelles, ne décrivait pas de facteur d'aggravation objectivable. Il n'y avait pas de tests de validation et il apparaissait surprenant que l'aggravation intervienne cinq mois après l'AIT qui, par définition, n'entraînait pas de séquelles durables.

c) Dans sa réplique du 16 juin 2021, le recourant a relevé que la production de l'avis du SMR tendait à démontrer que l'instruction était lacunaire, soulignant que la procédure de recours ne devait pas servir à l'administration pour pallier des lacunes d'instruction. Il a en outre indiqué que son état s'était encore péjoré, qu'il avait finalement subi une arthroscopie de l'épaule droite en février 2021, reportée à plusieurs reprises en raison de la situation sanitaire, ainsi qu'une infiltration cervicale en avril 2021. Il a réitéré sa requête de mise en œuvre d'une expertise orthopédique et neurologique. A l'appui de son écriture, il a produit les documents suivants :

- Un rapport établi le 28 octobre 2020 par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressort qu'une opération chirurgicale s'avérait nécessaire, à savoir une arthroscopie de l'épaule droite associant une ténotomie-ténodèse du long-chef du biceps, une réparation de la coiffe des rotateurs et une résection acromio-claviculaire droite, l'opération étant fixée au 10 novembre 2020.
- Une ordonnance de sortie établie le 26 avril 2021 par le Dr T._____ indiquant la persistance de douleurs à prédominance nocturne et l'échec d'une infiltration cervicale pratiquée le 22 avril 2021.
- Un certificat d'incapacité de travail à 100 % du 26 avril au 31 mai 2021.

d) Par courrier du 6 juillet 2021, l'OAI a maintenu ses conclusions et souligné que le rôle du SMR était également de vérifier qu'aucun élément médical n'avait été ignoré, ce qu'il avait fait dans son avis du 3 mars 2021, en examinant les rapports médicaux fournis par le recourant.

D. a) Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

b) Le 8 novembre 2024, une copie de l'arrêt (définitif et exécutoire) rendu le 3 mai 2024 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans la cause opposant H. _____ à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (AA 170/19 - 50/2024) a été versé au présent dossier, ce dont les parties ont été informées par courrier du même jour. En bref, il en ressort en particulier les éléments pertinents suivants :

En avril 2018 - la date de l'accident étant toutefois incertaine, le recourant la situant parfois le 17 avril, parfois le 30 avril 2018 -, le recourant a chuté dans la rue en marchant sur un regard de la route mal fixé, cet accident ayant été annoncé par l'employeur du recourant le 14 août 2018 à la CNA, assureur-accident du précité.

Le 2 mai 2018, l'assuré a consulté le Dr W. _____, qui a fait réaliser des radiographies de la colonne cervicale. La conclusion du rapport du Centre d'imagerie de [...] était « discopathie dégénérative C6-C7. Rectitude cervicale ». Le 20 mai 2018, en raison de douleurs persistantes, le recourant est allé consulter à la J. _____, où il a ensuite été régulièrement suivi. Le 23 mai 2018, le recourant a été soumis à un scanner lombaire, qui n'a pas révélé de lésion traumatique osseuse, ni de signe de hernie discale ou de conflit foraminaux pouvant expliquer les paresthésies droites et le 28 juin 2018, à une IRM de la colonne lombaire qui a révélé une arthrose interfacettaire prédominant en L4-L5 gauche,

présentant un rehaussement inflammatoire modéré mais sans hernie discale ni compression radiculaire.

Après avoir soumis le dossier à son médecin d'arrondissement, la CNA a, par décision du 11 janvier 2019, informé le recourant qu'elle prenait en charge l'accident du 17 avril 2018 en ce qui concernait les troubles cervicaux mais interrompait la prise en charge de celui-ci au 17 octobre 2018, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident assuré étant considéré comme atteint au plus tard dans un délai de six mois. Les troubles à la colonne lombaire, à la jambe et à l'épaule droites ainsi qu'aux mains n'étaient, quant à eux, pas en lien de causalité probable avec l'accident de sorte qu'ils n'étaient pas à la charge de la CNA.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le recourant a notamment produit un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite établi le 19 juin 2019 par la Dre B._____, dont les conclusions étaient : « pas de déchirure des différents tendons identifiée sur les acquisitions standards mais il existe cependant sur l'acquisition ABER [*Abduction external rotation*] une lésion comparable avec une déchirure de la face articulaire du tendon du muscle supra-épineux intéressant 50 % de l'épaisseur tendineuse. SLAP [*Superior labral antero-posterior lesion*] IIA. Bursite sous acromio-deltoïdienne d'importance modérée. Pas de poussée congestive significative de l'arthropathie acromio-claviculaire. Bonne trophicité sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs ».

Par décision sur opposition du 11 novembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par le recourant.

Dans le cadre de la procédure de recours ouverte devant la CASSO à la suite du recours formé par H._____, contre la décision précitée, celui-ci a produit entre autres un rapport établi le 25 mai 2020 par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, expert médical certifié SIM, qui se fondait notamment sur deux IRM des 27 et 30 avril 2020. Selon celui-ci, le recourant souffrait, à l'épaule droite, d'une

déchirure partielle des tendons supra-épineux et sous-scapulaire, d'une subluxation médiale du tendon du chef long du biceps (LCB) probablement en rapport avec un status post-entorse de la sangle ligamentaire bicipitale ainsi que d'une déchirure du labrum de type SLAP 2A et, à l'épaule gauche, d'une déchirure partielle du tendon supra-épineux et d'une subluxation médiale du LCB avec un petit épaissement de la sangle ligamentaire bicipitale. Le Dr D._____ s'est en outre prononcé sur la question du lien de causalité entre l'accident et les lésions constatées, considérant qu'il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Soumis par la CNA à sa médecin conseil, la Dre P._____, spécialiste en chirurgie, l'avis du Dr D._____ a été contesté par celle-ci, en particulier quant à la nature des lésions constatées (accidentelle ou dégénérative) et à la question du lien de causalité entre celles-ci et l'accident.

Le 3 mai 2024, la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 11 novembre 2019 et renvoyé la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle a estimé que les avis de la médecin de la CNA et du Dr D._____ quant à l'existence d'un lien de causalité entre les lésions aux épaules du recourant et l'accident d'avril 2018 étaient si divergents qu'il apparaissait difficile de les départager sans connaissances médicales spécialisées, si bien que la cause devait être renvoyée à la CNA, afin qu'elle ordonne une expertise médicale.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date, à savoir le 28 octobre 2020.

3. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de sa demande du 10 juillet 2015.

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

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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 fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

b) Dans le domaine des assurances sociales, 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir ignoré les atteintes à son épaule droite impliquant une incapacité totale de travail et des limitations fonctionnelles importantes.

a) A titre liminaire, il convient d'examiner la recevabilité des pièces produites par le recourant à l'appui de sa réplique.

S'agissant du rapport du Dr T. _____ daté du 28 octobre 2020 – c'est-à-dire du même jour que la décision attaquée – il se rapporte à une consultation ayant eu lieu le 15 octobre 2020 et les faits qu'il constate, antérieurs à la décision attaquée, sont donc recevables. Tel n'est en revanche pas le cas des deux autres pièces produites, datées du 26 avril 2021 et relatives à une infiltration intervenue le 22 avril 2021 et à l'incapacité de travail en découlant attestée du 26 avril au 31 mai 2021. Ces faits étant postérieurs à la décision attaquée, ils doivent être écartés.

b) S'agissant de la situation médicale du recourant, la décision attaquée se fonde sur l'avis du SMR du 18 mai 2016. Elle ne tient ainsi pas compte de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis lors. En particulier, le dossier de l'intimé ne contient pas de copie du dossier de la CNA relatif à l'accident d'avril 2018. Toutefois, à tout le moins dans le cadre de la procédure d'objections au projet de décision de l'intimé, les problèmes d'épaule du recourant ont été évoqués, en particulier dans le rapport du Dr Z. _____ du 18 juin 2018, sans que l'intimé ne soumette à nouveau la situation médicale du recourant au SMR ou n'instruise ce point plus avant. Quoi qu'il en soit, dans le cadre de la présente procédure, l'intimé a soumis au SMR les pièces médicales nouvellement connues,

avant de déposer sa réponse au recours. Le médecin du SMR a toutefois estimé que celles-ci ne démontraient pas que les atteintes dont elles attestaient étaient durablement incapacitantes dans une activité d'épargne des épaules. L'OAI n'a cependant pas jugé utile de soumettre au SMR les pièces produites à l'appui de la réplique du recourant, de sorte qu'aucun médecin du SMR ne s'est prononcé sur le rapport du Dr T._____ du 28 octobre 2020, en particulier quant à l'intervention chirurgicale envisagée, plus particulièrement sur ce que signifie le fait qu'une opération soit envisagée sur la gravité des atteintes subies par le recourant et sur la question de la stabilisation de son état de santé.

En outre, il ressort de l'arrêt rendu par la CASSO le 3 mai 2024 que le recourant a subi une arthro-IRM de l'épaule droite en juin 2019. A cet égard, le rapport établi le 19 juin 2019 par la Dre B._____ a conclu qu'il existait une lésion comparable avec une déchirure de la face articulaire du tendon du muscle supra-épineux intéressant 50 % de l'épaisseur tendineuse, SLAP [*Superior labral antero-posterior lesion*] IIA, et une bursite sous acromio-deltoïdienne d'importance modérée (arrêt CASSO AA 170/19 - 50/2024, consid. B.a). Par ailleurs, la situation médicale du recourant a également fait l'objet d'un rapport établi le 25 mai 2020 par le Dr D._____, qui se fondait notamment sur deux IRM des 27 et 30 avril 2020. Selon celui-ci, le recourant souffrait, à l'épaule droite, d'une déchirure partielle des tendons supra-épineux et sous-scapulaire, d'une subluxation médiale du tendon du chef long du biceps (LCB) probablement en rapport avec un status post-entorse de la sangle ligamentaire bicipitale ainsi que d'une déchirure du labrum de type SLAP 2A et, à l'épaule gauche, d'une déchirure partielle du tendon supra-épineux et d'une subluxation médiale du LCB avec un petit épaissement de la sangle ligamentaire bicipitale. Si ces rapports médicaux et les faits qui y sont attestés n'ont pas été portés à la connaissance de l'intimé ou de son SMR, il s'avère qu'ils sont antérieurs à la décision attaquée et il doit par conséquent en être tenu compte. En outre, ces éléments permettent d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la situation médicale globale du recourant n'était pas suffisamment instruite et connue de l'intimé lorsqu'il a statué le 28 octobre 2020 et que la question

de la stabilisation de celle-ci se posait également. En particulier, les diagnostics posés dans les deux documents susmentionnés ne ressortaient pas des pièces soumises au SMR. En outre, il ressort du rapport du Dr D. _____ que le recourant souffre également d'atteintes à l'épaule gauche, ce qui ne ressortait pas non plus des documents auquel le SMR a eu accès, à tout le moins ce point n'a fait l'objet d'aucun examen par celui-ci.

c) Au vu de ce qui précède, la situation médicale du recourant n'a pas été entièrement instruite par l'intimé, qui a, par conséquent, statué en méconnaissance de l'état de santé global du recourant, des limitations fonctionnelles en découlant éventuellement et de sa capacité résiduelle de travail. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. La décision attaquée doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Au vu de l'issue du litige, la question litigieuse de l'évaluation du préjudice économique par l'OAI peut souffrir de demeurer indécise en l'état.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 28 octobre 2020 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à l'intimé, qui succombe.

c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de ses conseils successifs (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 28 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour H. _____),
- 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 :