

VD_FINDINFO AI 150/16 - 28/2017 vom 27. Januar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_150_16_-_28_2017

FR: VD_FINDINFO AI 150/16 - 28/2017 du 27 janvier 2017

IT: VD_FINDINFO AI 150/16 - 28/2017 del 27 gennaio 2017

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, MOTIF DE RÉVISION, DURÉE DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REVENU D'INVALIDE, BASE DE CALCUL, COMPARAISON DES REVENUS | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 29 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.01.2017 AI 150/16 - 28/2017

RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, MOTIF DE RÉVISION, DURÉE DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REVENU D'INVALIDE, BASE DE CALCUL, COMPARAISON DES REVENUS | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 29 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 150/16 - 28/2017 ZD16.026224 COUR DES ASS

URANCES SOCIALES _____ Arrêt du
27 janvier 2017 _____ Composition : M. Métral , président Mme
Thalmann et M. Gutmann, assesseur Greffier : M. Germond ***** Cause pendante
entre : M. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Joëlle Vuadens, avocate à
Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.
_____ Art. 6ss, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a al. 1 RAI E n f
a i t : A. M. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant portugais,
est au bénéfice d'une autorisation de séjour en Suisse de type "C". Il est droitier. Sans
formation professionnelle, il a travaillé en dernier lieu en qualité de chauffeur-livreur à
plein temps pour le compte de la société N. _____ SA, à [...]. Son revenu mensuel brut
était de 4'625 fr., servi treize fois par an. Il a déposé une demande de prestations de
l'assurance-invalidité le 13 juillet 2011 en indiquant être en incapacité de travailler à 100%,
dès le 6 décembre 2010, après une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Le
21 juillet 2011, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA)
a transmis en particulier les pièces et documents suivants : - une déclaration de sinistre LAA
du 7 décembre 2010, dont il ressort que le 6 décembre 2010, l'assuré a été victime, sur son
lieu de travail (à la Clinique de [...]), de l'événement suivant : "Il était en train de tirer un
chariot et il a glissé et est retombé sur son coude gauche". La partie du corps atteinte était
l'épaule gauche (contusions), le travail ayant été interrompu dès le lendemain ; - une
décision du 9 décembre 2010 par laquelle la CNA informait l'assuré de sa prise en charge
des suites (frais de traitement médical et versement des indemnités journalières) de
l'accident professionnel du 6 décembre 2010 ; - un rapport intermédiaire complété le 1 er
avril 2011 par le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique de l'Hôpital de [...],

qui a posé le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche opérée le 15 mars 2011, avec une évolution post opératoire immédiate satisfaisante. Le suivi médical consistait en des séances de physiothérapie prévues sur une année, sans qu'une reprise du travail n'apparaisse alors indiquée (risque de séquelles) ; - une fiche intitulée "Feuille-accidents LAA" non datée à teneur de laquelle, le Dr Q._____ attestait une incapacité de travailler à 100% de l'assuré dès le 6 décembre 2010 ; - un courrier du 3 mai 2011 adressé au médecin-conseil de la CNA dans lequel le Dr Q._____ s'exprimait comme il suit sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré : “ Voici quelques nouvelles concernant votre assuré M. M. _____. Il a donc été opéré d'une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche il y a 6 semaines. Comme on pouvait s'y attendre, l'évolution est assez difficile bien qu'actuellement il ait moins mal. Je pense qu'il serait souhaitable qu'il puisse bénéficier d'un programme de rééducation au Centre Romand de Réadaptation de la Suva d'ici 1 mois. Ceci lui serait très probablement profitable et à même d'accélérer sa reprise du travail. Merci de prendre cette demande en considération. ” ; - un rapport LAA complété le 6 mai 2011 par la Dresse P._____, médecin de l'Hôpital de [...] ayant prodigué les premiers soins, qui a posé le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs G en indiquant une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche (douleur importante et persistante) après une chute de l'assuré le 6 décembre 2010, date du début de son incapacité de travailler à 100%. Les radiographies ne montraient pas de fracture et une arthro-IRM du 7 février 2011 mettait en évidence une rupture de la coiffe des rotateurs. Une opération avait eu lieu le 15 mars 2011 ; - une demande d'admission du 13 mai 2011 du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie, complétée en vue d'un séjour de réadaptation auprès de la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la CNA, à Sion. La demande fait état des diagnostics suivants: rupture massive coiffe des rotateurs épaule G le 6.12.2010 avec réparation coiffe des rotateurs épaule G, transposition musculaire, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie le 15 mars 2011, diabète type II, hypertension artérielle (HTA) traitée et surcharge pondérale ; - des décomptes du 19 juillet 2011 qui établissent le versement d'indemnités journalières par la CNA, du 9 décembre 2010 au 30 avril 2011, sur la base d'un taux d'incapacité de travail de l'assuré à 100%. A teneur d'une fiche d'examen du dossier No 1 établie le 20 juillet 2011, le / la gestionnaire en charge du dossier auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a décidé l'octroi de mesures d'intervention précoce (MIP) à l'assuré. Dans un rapport complété le 21 juillet 2011, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, renvoyait l'OAI à l'avis de son confrère chirurgien, le Dr Q._____. En annexe à son rapport, le Dr H._____ joignait ainsi les éléments suivants : - un courrier médical du 6 juin 2011 rédigé à la suite d'une consultation du même jour de l'assuré auprès du Dr Q._____, et dont ressortent en particulier les constatations suivantes: “ [...] L'évolution est plutôt favorable actuellement, il n'a plus beaucoup de douleurs. Ne prend plus d'antalgiques. A bien progressé à la physio par rapport aux dégâts présents. Status: On constate une élévation active à 90°, en passif on arrive à 110°. Rotation externe à 40 et interne aux alentours de S1. Il présente une force assez correcte au niveau du sus et du sous-épineux. Diagnostic : Status après réparation rupture massive coiffe des rotateurs épaule gauche. Attitude: Il va partir en séjour à la Clinique Romande de réadaptation le 26 juin. Je le reverrai pour ma part fin août pour un examen clinique. L'arrêt de travail reste bien entendu à 100% pour le moment. ”; - un avis de sortie du 20 juillet 2011 du Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, consécutif à un séjour de

l'assuré auprès de la CRR, du 21 juin au 20 juillet 2011. Ce document fait état de la liste de diagnostics suivants: “ Diagnostics : - Capsulite rétractile de l'épaule gauche - Rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche le 06.12.2010 - Acromioplastie, ténodèse du long chef du biceps et réparation de la coiffe des rotateurs gauches le 15.03.2011 dans le cadre d'une importante rupture de la coiffe des rotateurs prédominant sur le supra-épineux. ” Indiquant un traitement de physiothérapie à raison de deux fois par semaine au sortir du séjour, le Dr B._____ retenait une incapacité de travail de l'assuré à 100% du 21 juin au 22 août 2011 (à réévaluer par le Dr Q._____ lors de son prochain contrôle). Selon le questionnaire de l'employeur reçu le 9 août 2011 par l'Office AI, depuis son engagement à plein temps (42h.50 par semaine) le 21 mai 2005 par N._____ SA, l'assuré réalisait un revenu mensuel brut de 4'625 fr. (en 2009 et 2010), puis de 4'630 fr. dès le 1 er janvier 2011, servi treize fois par an. En annexe à un rapport du 26 août 2011 adressé à l'OAI, le Dr Q._____ a joint, entre autres, un rapport de consultation du 22 août 2011 qui se termine ainsi: “ Attitude: Le patient va poursuivre sa physio intensive, il reste à l'arrêt de travail à 100% dans son activité de chauffeur-livreur. Une demande AI est pendante, il s'agit en effet d'envisager un recyclage professionnel. Pour le moment ce patient a encore des douleurs lorsqu'il conduit une voiture, il est capable de la conduire sur de courtes distances, probablement qu'il faudra trouver une réadaptation professionnelle dans une activité qui ne surcharge pas le membre supérieur G. PC [prochain contrôle] dans 2 mois pour faire le point. ” Le 12 octobre 2011, la CNA a transmis notamment les nouveaux éléments suivants : - un rapport du 11 août 2011 consécutif au séjour de l'assuré à la CRR du 21 juin au 20 juillet 2011, dans lequel les Drs K._____, spécialiste en rhumatologie, et B._____, ont posé les diagnostics suivants: “ DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Thérapies physiques et fonctionnelles pour impotence fonctionnelle de l'épaule gauche. DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES - Probable capsulite rétractile de l'épaule gauche - Rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche le 06.12.2010 - Acromioplastie, ténodèse du long chef du biceps et réparation de la coiffe des rotateurs gauches le 15.03.2011, dans le cadre d'une importante rupture de la coiffe des rotateurs, prédominant sur le supra-épineux - Diabète de type II traité depuis environ dix ans - Hyperuricémie traitée depuis 15 ans - Hypercholestérolémie traitée - Hypertension artérielle traitée - Obésité (BMI : 35.1 kg/m²) - Notion d'allergie au Tramal - Antécédent de crises de goutte aux chevilles et aux genoux il y a environ 15 ans. ” Ces spécialistes se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré : “ APPRECIATION ET DISCUSSION 1. A l'admission, Monsieur M._____ décrit la persistance de douleurs principalement nocturnes localisées sur le devant de l'épaule gauche, s'étendant en région latéro-cervicale gauche et sur la face antéro-externe du bras gauche. Les douleurs sont décrites comme des brûlures d'intensité moyenne, évaluées à 5.5/10 sur l'EVA (minimum 4.5/10, maximum 8/10), augmentées par la mobilisation, calmées par le froid ou la prise de Dafalgan. Dans l'ensemble les douleurs, importantes jusqu'à 6 semaines après l'opération sont maintenant diminuées. Il est encore gêné dans les mouvements en hauteur et à la mobilisation. A l'examen clinique, la cicatrice à l'épaule gauche est calme, légèrement sensible. Les mobilités de l'épaule gauche sont limitées, douloureuses avec en passif une élévation antérieure à 115°, une abduction à 120°, une rotation externe à 20° et un rythme scapulo-thoracique perturbé. La clinique est en faveur d'une capsulite rétractile probable chez un diabétique. L'arthro-IRM du 25.01.2011 montre une importante rupture de la coiffe des rotateurs s'étendant principalement sur le supra-épineux, modérément atrophié. Le trochiter montre quelques géodes avec un aspect d'impaction, sans œdème visible. On

remarque une extravasation du produit de contraste. Il n'y a pas de subluxation du biceps ni de grosse lésion du sus-scapulaire. Les RX [radiographies] de l'épaule gauche du 24.06.2011 montrent un remaniement du trochiter, avec une empreinte de type Hill Sachs. Les rapports articulaires sont conservés. On note la présence d'un petit ostéophyte sur le bord inférieur de la tête humérale. M. M. _____ a été présenté à notre consultant chirurgien-orthopédiste, spécialiste de l'épaule, le 27.06.2011. Trois mois après réparation de la coiffe des rotateurs, il persiste une raideur compatible avec une capsulite rétractile. Il est proposé la poursuite de la rééducation, en réévaluant, chez un patient diabétique, l'indication à une infiltration gléno-humérale selon l'évolution. Durant le séjour, M. M. _____ a suivi un programme de physiothérapie, comprenant des traitements passifs (mobilisation de l'épaule, TENS, kinétec) et des traitements actifs de mobilisation de l'épaule, PNF, exercices de proprioception et de stabilisation, renforcement, travail du rythme scapulo-huméral. La participation a été jugée élevée. Il a participé au groupe d'entraînement en salle de gymnastique, à l'entraînement thérapeutique sur appareils de fitness, à la piscine, à l'aqua-gym, à la marche rapide. Au terme du séjour, M. M. _____ note une amélioration de la mobilité active de l'épaule gauche. Il n'y a pas de modification de la symptomatologie douloureuse. Objectivement il y a une légère amélioration des amplitudes articulaires de l'épaule gauche, en actif et en passif. Le score de Constant est en amélioration de 12/100 pts, à 35.4/100 pts du côté gauche. La force isométrique à 90° d'abduction est à 0.7 kg à gauche (0 kg à l'entrée); contre 7 kg à droite. A la sortie il est prévu la poursuite de la physiothérapie, dans le but de récupérer les amplitudes articulaires, dans un premier temps. Le patient a rendez-vous le 22.08.2011, à la consultation du Dr Q. _____. Il est proposé de rediscuter d'une infiltration gléno-humérale selon l'évolution de la symptomatologie douloureuse, l'infiltration n'ayant pu avoir lieu durant le séjour. Dans le cadre d'une prise pondérale, des conseils diététiques ont été apportés à M. M. _____. On note durant le séjour une perte pondérale de 3.4 kg. 2. Sur le plan socio-professionnel : On rappelle que M. M. _____ travaille comme chauffeur-livreur dans une activité de conduite de véhicules, et de manutention de sacs de linge, sans formation professionnelle. Dans le but de préserver ses droits, dans le cadre d'une incapacité de travail se prolongeant, une annonce AI a été finalisée durant son séjour. La situation médicale n'est actuellement pas stabilisée. En résumé : Quatre mois après réparation d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, l'évolution est marquée par le développement d'une capsulite rétractile. Sous une prise en charge en physiothérapie intensive, il y a une légère amélioration des amplitudes articulaires. Il persiste des douleurs à la mobilisation. Après avis auprès de notre consultant chirurgien-orthopédiste spécialiste de l'épaule, il n'y a pas d'indication chirurgicale actuellement. Il est proposé de poursuivre la physiothérapie et de réévaluer, en cas de persistance des douleurs, une infiltration gléno-humérale. ” - un nouveau rapport du 27 novembre 2011 du Dr Q. _____ consécutif à la dernière consultation du 21 octobre 2011 de l'assuré, dont il ressort que ce dernier se trouvait toujours en incapacité de travailler à 100% depuis l'opération du 15 mars 2011 compte tenu d'un état de santé pas encore stabilisé; un délai supplémentaire de six à douze mois se justifiait, de l'avis de ce chirurgien, pour une stabilisation définitive. Le Dr Q. _____ notait que son patient n'était plus en mesure de porter des charges lourdes ni d'utiliser ses membres supérieurs en élévation au-dessus de la tête de manière répétée. La prochaine consultation de contrôle était prévue à la fin décembre 2011. Par lettre du 14 novembre 2011, l'entreprise N. _____ SA a résilié les rapports de travail la liant à l'assuré avec effet au 28 février 2012. Il ressort en particulier ce qui suit d'un rapport initial du 17 janvier

2012 du spécialiste en réinsertion professionnelle de l'Office AI, consécutif à une entrevue du même jour avec l'assuré : “ [...] 5. Observations (point de vue du conseiller) Etat de santé, comportement, humeur, discernement quant à l'état de santé Notre assuré exerce depuis 1996 une activité de chauffeur poids lourds. Victime d'un accident en décembre 2010 il présente depuis cette date une incapacité de travail de 100%. Selon le journal médical, une capacité de travail entière est exigible dans une activité sans port de charges de plus de 10 kg et travaux avec le membre gauche au-dessus de l'horizontale. N'étant pas au bénéfice d'une formation professionnelle et au vu de son préjudice économique inférieur à 20%, le droit à des mesures professionnelles n'est pas a priori ouvert. Néanmoins, une aide au placement peut lui être allouée. Afin de définir des pistes professionnelles mieux adaptées à son état de santé, un stage d'orientation est nécessaire. Par ailleurs, notre assuré rencontre également quelques difficultés pour s'exprimer en français. Dans ce but, nous avons contacté la Fondation [...] à [...] pour la mise sur pied d'un cours de communication en français comprenant également une mesure d'orientation professionnelle ainsi qu'un stage en entreprise. 6. Objectifs et stratégie Attente de l'assuré et motivation pour un projet professionnel : Notre assuré souhaiterait bénéficier d'une reconversion professionnelle. Stratégie de réinsertion professionnelle envisagée : MIP : Orientation professionnelle avec cours de français et stage en entreprise auprès de la Fondation [...] à [...]. ” Un contrat d'objectifs a été conclu en ce sens les 17 et 20 janvier 2012 entre l'assuré, d'une part, et l'OAI, d'autre part. Dans un rapport du 25 janvier 2012, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale du Service Médical Régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a retenu l'atteinte principale à la santé de rupture de la coiffe des rotateurs épaule gauche (M75.1), avec comme facteurs / diagnostics associés, un diabète de type II et une hypertension artérielle (HTA). Ce praticien constatait que selon la CRR et l'orthopédiste traitant (le Dr Q._____), les limitations fonctionnelles (à savoir : pas de port de charges de plus de 10 kilos et pas de travaux avec le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale) persisteraient durablement, avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle impliquant la manutention de charges lourdes ; l'assuré conservait cependant une pleine capacité de travail, depuis novembre 2011, dans une activité adaptée aux limitations précitées. Dans le cadre de l'instruction par la CNA, l'assuré a effectué un nouveau séjour auprès de la CRR, du 28 mars au 24 avril 2012. Dans leur rapport du 12 juin 2012, les Drs O._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et médecine du sport et C._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants: “ DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgie gauche. DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES - Probable capsulite rétractile de l'épaule gauche en 2011 - Rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche le 06.12.2010, avec acromioplastie, ténodèse du long chef du biceps et réparation de la coiffe des rotateurs gauches le 15.03.2011, dans le cadre d'une importante rupture de la coiffe des rotateurs, prédominant sur le supra-épineux - Diabète de type II traité depuis environ dix ans - Hyperuricémie traitée depuis environ 15 ans (crise de goutte initiale aux chevilles et aux genoux) - Hypercholestérolémie traitée - Hypertension artérielle traitée depuis environ 10 ans - Obésité (BMI : 35.1 kg/m²) ” Ils se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré: “ APPRECIATION ET DISCUSSION A l'admission, Mr M._____ se plaint de douleurs au repos à 4/10, et à la mobilisation jusqu'à 8-10/10. Il ressent également des douleurs la nuit, qui le réveillent plusieurs fois et nécessitent la prise de Tramal le soir. Il signale également des difficultés lorsqu'il doit prendre des objets en hauteur, avec une mobilité limitée et douloureuse. Au status, la palpation est douloureuse au niveau du trapèze

gauche ainsi que de la coracoïde et la face externe du biceps du bras gauche.

L'acromio-claviculaire gauche est également douloureuse à la palpation. La flexion active est limitée à 130°, l'abduction active à 100° et la rotation externe active à 10°. La rotation interne est également limitée avec une distance pouce-C7 de 40 cm à gauche versus 30 cm à droite. Les tests de conflit sont positifs. La force est à M4 pour le membre supérieur gauche, principalement en raison des douleurs. Le bilan radiologique à disposition à l'entrée comprend une arthro-IRM du 25.01.2011, qui montre une importante rupture de la coiffe des rotateurs, s'étendant principalement sur le supra-épineux, modérément atrophié. Le trochiter montre quelques géodes avec un aspect d'impaction, sans œdème visible. Il est également remarqué une extravasation du produit de contraste. Les RX de l'épaule gauche du 24.06.2011 montrent un remaniement du trochiter, avec une empreinte de type Hill Sachs. Les rapports articulaires sont conservés et on note la présence d'un petit ostéophyte sur le bord inférieur de la tête humérale. Dans le cadre du bilan des douleurs, un ultrason de l'épaule est organisé avec l'idée de pouvoir faire également une infiltration dans l'articulation gléno-humérale. Lors de l'examen, il est vu une persistance de signes de tendinopathie chronique avec probable rupture partielle du sus-épineux. Etant donné le status après ténodèse, l'infiltration dans le récessus antérieur est aléatoire et la corpulence du patient rend également difficile un autre abord pour une infiltration sous US [ultrasons]. Il est donc organisé une infiltration sous accule. Cette dernière se fait le 03.04.2012. Mr M. _____ n'a remarqué aucune amélioration de ses douleurs à la suite de ce geste. Le patient est également revu par notre psychiatre qui ne met pas en évidence de problématique psychiatrique. Cependant, la précarité de sa situation sociale fait qu'il est organisé un soutien psychologique individuel durant le séjour. A la fin du séjour, la psychologue note que le patient a bien compris qu'il n'y aurait probablement pas d'évolution spectaculaire au niveau de la douleur ressentie au niveau de l'épaule. Le patient a suivi un programme de physiothérapie intensive, privilégiant les techniques actives à sec et en piscine avec traitements individuels et en groupe. Le programme comprenait mobilisation et thérapies manuelles du complexe articulaire de l'épaule gauche, étirements musculaires doux, massages décontractants, électrothérapie (programme Tens) et kinésiotaping avec également un travail de stabilité et renforcement doux de l'épaule. Au terme du séjour, le patient note une amélioration de la mobilité et de la souplesse de son épaule mais aucun changement du point de vue des douleurs. La participation aux thérapies a été bonne. Il est proposé de poursuivre en ambulatoire à visée antalgique du Tens et du kinésiotaping. Sur le plan professionnel, Mr M. _____ travaillait comme chauffeur de poids lourds chez N. _____ depuis treize ans avec une activité de conduite de véhicules et de manutention de sacs de linge. Le patient a été licencié à la fin février 2012. Une demande AI avait alors été faite. L'assuré est considéré par l'AI comme réadaptable à 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans port de charges au-delà de 10 kg et pas de travail au-dessus de la ligne horizontale des épaules. Lors du séjour, il est suivi aux ateliers professionnels. Durant l'évaluation il est noté qu'il est possible à Mr M. _____ d'œuvrer à temps plein dans une activité professionnelle qui respecterait les limitations suivantes : pas de port de charges excédant 10 à 15 kg, pas de mouvements répétés au-dessus du plan de l'épaule gauche et pas de posture demandant de maintenir ou d'utiliser le membre supérieur gauche tendu en position horizontale. Au vu de l'implication de Mr M. _____ aux ateliers, malgré le fait que le patient soit relativement réservé, il est proposé de débiter une phase 1. Cette dernière est acceptée et a pour objectif de rechercher et de valider d'autres champs professionnels compatibles avec les limitations de Mr M. _____ et de mettre à jour ses connaissances

dans les techniques de recherche d'emploi. Cette mesure débutera le lundi 30 avril 2012 pour une période de quatre semaines. Mr [...] de l'AI Vaud est informé de la mise en place de la phase 1. En conclusion, Mr M._____ présente toujours des douleurs de l'épaule malgré une infiltration sous scopie de l'articulation gléno-humérale. L'adaptation du traitement médicamenteux n'a pas non plus permis d'améliorer de manière significative les douleurs. La physiothérapie intensive a permis d'améliorer la mobilité et la souplesse de l'épaule gauche. Sur le plan professionnel, le patient ne pourra plus exécuter son travail de chauffeur- livreur avec manutention de sacs lourds. Lors de l'évaluation aux ateliers professionnels, les limitations suivantes sont mises en évidence : pas de port de charges excédant 10 à 15 kg, pas de mouvements répétés au-dessus du plan de l'épaule gauche et pas de posture demandant de maintenir ou d'utiliser le membre supérieur gauche tendu en position horizontale. Au vu de son implication, il est présenté pour une phase I à l'AI qui est acceptée. Cette dernière débutera le 30 avril 2012. ” Etaient notamment joints à cette appréciation, les documents suivants : - les résultats d'une évaluation qui s'était déroulée, du 30 avril au 25 mai 2012, aux ateliers professionnels de la CRR. Dans leur rapport du 15 mai 2012 intitulé « rapport de la phase 1A », le Dr D._____, chef de service, X._____, faisant fonction de maître socio-professionnel et L._____, psychologue OSP, ont fait état des observations suivantes s'agissant du panel de professions compatibles avec les restrictions orthopédiques de l'assuré : “ Adéquation du choix professionnel : Les projets professionnels retenus, pour autant que les limitations fonctionnelles (pas de travaux en-dessus du plan des épaules, port de charges limité à 10-15 kg, mouvements répétitifs du MSG [membre supérieur gauche], pas d'utilisation d'appareils vibrants) soient respectées, sont les suivants: - Concierge: un stage de 2 jours a été organisé durant la mesure et a permis à l'assuré de constater qu'il pouvait fonctionner dans un tel poste; tout semble dépendre du cahier des charges: par exemple, le nettoyage des vitres devrait être très limité; il faudrait également que l'assuré puisse gérer le nettoyage des sols à l'aide de la serpillère et du balai en plusieurs étapes. En effet, il lui est difficile de dépasser les 30 minutes d'affilée en raison de ses douleurs. - Travail en usine: un stage initialement de 3 jours a été programmé mais a été limité à 2 jours en raison de douleurs à son épaule; les gestes répétitifs du MSG sont peu adéquats à sa situation de santé; par contre nous estimons qu'une activité industrielle demandant l'utilisation ou la gestion d'une machine non vibrante (un grappin par exemple), est réaliste et réalisable par rapport à la situation de santé de M. M._____. - Surveillant de parking: les positions de travail semblent adéquates à la problématique de M. M._____. En effet, un contact téléphonique a été effectué par la psychologue OSP auprès d'un parking de la région lausannoise; la personne nous a confirmé que le travail consistait à effectuer du service de guichet, de la vidéosurveillance, des rondes de surveillance et du nettoyage du bureau mis à leur disposition; une formation interne d'un à deux mois est également dispensée par l'entreprise; ces informations ont été transmises à l'assuré. Il dispose également d'une liste des parkings de l'arc lémanique et des sociétés qui les gèrent. - Employé communal travaillant à la STEP: Il s'est montré intéressé par la visite effectuée durant cette mesure; bien qu'un poste dans une STEP soit adapté aux limitations fonctionnelles de M. M._____, nous émettons malgré tout une réserve à la faisabilité de ce projet puisqu'il s'agit d'un poste communal qui implique d'avoir son lieu d'habitation sur ladite Commune; l'épouse de l'assuré travaillant au centre-ville et n'ayant pas le permis de conduire, il sera difficile pour l'assuré de postuler ailleurs qu'à la Commune de [...]. - Le conditionnement ou la logistique dans l'industrie horlogère: le domaine est peu connu de M. M._____ ; nous laissons le soin à l'assuré d'effectuer une visite dans une entreprise pour

rendre plus concret ce projet. L'intérêt, les compétences et les expériences professionnelles de M. M. _____ se situe[nt] dans le domaine de la conciergerie. L'assuré, bien qu'ayant connaissance des autres pistes professionnelles semblent les avoir peu assimilées et restent donc grandement secondaires. Au vu des résultats de M. M. _____ lors d'un test de logique nous estimons que des cours demandant un apprentissage plutôt pratique sont envisageables: nous précisons cependant que la maîtrise du français peut, par contre, être un frein à tout apprentissage théorique. Les projets suivants ont été abandonnés: - cordonnier: l'assuré s'est rendu dans un centre commercial abritant l'entreprise [...]. En discutant avec le gérant, M. M. _____ a constaté que le travail demandait une position des bras incompatible avec ses limitations fonctionnelles (travail au niveau du plan des épaules). - le domaine de la sécurité: la fille de l'assuré s'est renseigné[e] quant à l'existence de postes d'assistant de police à la Commune de [...]; il semble que tous les postes soient déjà pourvus sans compter qu'il est nécessaire de posséder des capacités dans la rédaction du français ce qui fait défaut à l'assuré. Concernant le métier d'agent de sécurité, les entreprises ont une préférence pour les personnes polyvalentes; M. M. _____ ne connaissant personne dans ce domaine et n'ayant manifesté qu'un intérêt limité pour ce projet, aucune autre démarche n'a été effectuée à ce jour; nous lui avons malgré tout conseillé de prendre contact avec une entreprise pour obtenir des informations plus précises. Conclusions et propositions :

Analyse du potentiel : M. M. _____ est une personne réservée pour qui toutes démarches demandant une prise de contact avec un tiers est difficile; un soutien nous paraît donc nécessaire. L'établissement d'objectifs précis pour inciter l'assuré à effectuer une prise de contact nous semble également important. Descriptif des activités adaptées: Les activités retenues pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées sont: - concierge - travail en usine - surveillance de parkings - employé dans une STEP Toutes activités légères telles que le conditionnement ou préparation de commandes, contrôle de qualité, etc. ”; - un rapport "préavis AI" du 20 avril 2012 du coordinateur AI à la CRR dont il résulte que, du point de vue médical, l'état de santé de l'assuré était stabilisé malgré que ce dernier soit toujours demandeur de soins et qu'il se fixait sur ses douleurs, avec une sous-utilisation du membre supérieur gauche. Il en ressort également que l'assuré avait déclaré vouloir entreprendre des démarches afin de trouver un poste de gardien de parkings ou pour tenir une conciergerie avec son épouse. Dans ce contexte, il s'était vu réorienté par le médecin de la CRR vers le centre antalgique de l'Hôpital de [...]. Dans un rapport du 15 juin 2012 intitulé "Consilium d'Orthopédie", le Dr Q. _____ s'est positionné en ces termes sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis la sortie de son dernier séjour à la CRR : “ Anamnèse : A fait un séjour à la CRR de Sion semble-t-il de 5 semaines, est sorti au mois de mai. Depuis a plus mal, dort mal la nuit, est assez malheureux en fait. Status : Objectivement l'épaule va mieux, il a une élévation active à 150, en forçant on arrive à 160, rotation externe toujours à 40 avec une force qui est assez bien revenue au niveau du sus-épineux et sous-épineux, et une absence d'atrophie dans les fossettes. Diagnostic : Status après réparation rupture massive coiffe des rotateurs. Attitude : Le problème de douleurs est au premier plan. Je lui represcris du Tramal à plus haute dose pour la nuit car il commence à être assez fatigué. On va essayer le Miacalcic et il aura un RDV [rendez-vous] en antalgie. Je le reverrai en septembre 12, s'il n'y a aucune amélioration on referra un bilan complet avec arthro-IRM, éventuellement une infiltration de l'espace sous-acromial et discuter d'une arthrolyse arthroscopique. Cependant je n'ai pas l'impression que c'est l'enraidissement qui est au premier plan de ses douleurs étant donné que son épaule est encore relativement souple. ” Dans un courrier médical du 10 août 2012, le Dr R. _____,

spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur de l'Hôpital de [...], s'est adressé comme il suit au médecin-conseil de la CNA : “ Le patient susnommé est au bénéfice d'un stimulateur électrique transcutané depuis plusieurs semaines. Compte tenu du résultat obtenu par ce dispositif, largement supérieur à toutes les autres modalités thérapeutiques essayées par le passé, il paraît judicieux de poursuivre le traitement à long terme et ceci d'autant plus que tout permet de croire que le résultat obtenu au cours des derniers mois va se maintenir. En effet, l'expérience montre que lorsque l'effet antalgique lié au stimulateur électrique transcutané s'épuise, ceci survient généralement au cours des premiers mois d'utilisation. Par ailleurs, il s'agit d'un mode de traitement non invasif, sans effet secondaire significatif connu. Dès lors, il apparaît raisonnable de proposer à M. M._____ l'acquisition d'un instrument afin de pouvoir en bénéficier à long terme. Le prix de l'instrument est de l'ordre de 300.- Frs. Nous vous remercions de bien vouloir nous faire savoir dans quelle mesure vous participerez à cette acquisition et, le cas échéant, quelle est la part qui devrait être supportée par votre assuré. ” Le 31 août 2012, la CNA a informé le Dr R._____ que sa participation pour l'acquisition d'un stimulateur électrique se montait à 270 fr. en lui demandant de bien vouloir adresser la quittance d'achat de l'appareillage le moment venu. Par communication du 20 septembre 2012, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge, à titre de mesure d'intervention précoce (MIP) sous la forme d'une orientation professionnelle, des coûts d'un stage de technique d'emploi auprès de la Fondation [...] à [...], du 11 septembre au 16 novembre 2012, ceci conformément au contrat d'objectifs des 17 et 20 janvier 2012. Au terme d'un nouveau rapport du 24 septembre 2012 consécutif à la une consultation de l'assuré du même jour, le Dr Q._____ a posé le diagnostic de "status après rupture massive coiffe des rotateurs et capsule rétractile post opératoire". Ce chirurgien attestait que "pour le moment", l'assuré restait en incapacité de travailler à 100%, le prochain examen étant planifié en fin d'année. Le Dr Q._____ a par ailleurs envoyé à l'OAI une missive, ainsi libellée : “ Je viens de revoir en contrôle M. M._____, L'évolution au niveau de son épaule gauche n'est pas favorable en ce moment. Il est totalement inapte à reprendre un travail quel qu'il soit, en effet il présente de très importantes douleurs même au repos la nuit, il est actuellement fatigué, ne peut pas se concentrer et fatigue extrêmement vite cette épaule. Il est donc totalement illusoire d'envisager pour le moment une reprise du travail quelle qu'elle soit même un travail «adapté». En l'état actuel des choses, ce patient n'a aucune chance de retrouver un emploi et ne serait pas apte à le faire d'un point de vue médical. Je vous demande donc de revenir sur votre décision, de ne pas entrer en matière sur son cas. D'un point de vue médical, ce patient a actuellement été présenté au service d'antalgie. Il a bénéficié d'une infiltration du nerf sous-scapulaire avec un effet transitoire, il va maintenant bénéficier de neurostimulation. Pour ma part, le bilan va être complété par une IRM [imagerie par résonance magnétique], éventuellement il y aura encore une arthroscopie de libération des adhérences à la clé. [...] ” Par communication du 19 novembre 2012 - suivant une note interne du 15 novembre 2012 qui s'en référait à un avis du 2 novembre 2012 du Dr V._____ -, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a estimé que la situation médicale n'étant pas stabilisée, il était impossible de mettre en place une mesure de réadaptation d'ordre professionnel quelle qu'elle fût. L'assuré était informé de l'examen de son droit éventuel à d'autres prestations et qu'il recevrait un projet de décision à ce sujet. Il a ainsi été mis un terme, le même jour, à la mesure débutée dans l'intervalle par l'assuré auprès de la Fondation [...]. Le 8 février 2013, le Dr Q._____ a pratiqué une nouvelle intervention chirurgicale sous la forme d'une arthrolyse arthroscopique de l'épaule gauche de l'assuré. Il ressort ce qui suit

d'un rapport du 18 mars 2013 établi par ce chirurgien : “ Anamnèse : Durant cette intervention, une arthrolyse arthroscopique de l'épaule G a été effectuée il y a 1 mois, on avait pu procéder à une bonne libération des adhérences notamment au niveau de l'espace de l'intervalle des rotateurs, la cicatrisation du sus-épineux au niveau du trochiter apparaissait bonne, on avait pu gagner en rotation externe et élévation. Malheureusement les suites post opératoires sont assez catastrophiques, le patient a plus mal qu'avant la libération, il n'a pas bien pu faire sa mobilisation post opératoire si bien qu'aujourd'hui il a plus mal qu'avant cette libération et on n'a pas gagné grand-chose en mobilité. Le patient est assez désespéré moi aussi d'ailleurs. Status : On arrive à une élévation d'environ 130, rotation externe à 20 et rotation interne aux alentours de L2. Diagnostic : Status après arthrolyse arthroscopique de son épaule G. Attitude : Le patient est bien soulagé par la glace, l'épaule est un peu plus chaude. Devant ce status encore inflammatoire, je lui propose un schéma de dexaméthasone sur 9 jours avec un relais ensuite avec du Celebrex. Il va augmenter son Tramal mais prendre moins de Dafalgan car il arrivait à 4-5 cpr par jour ce qui risque d'être toxique pour son foie. Il reprend contact avec le Dr R. _____ en antalgie dans 3 semaines, pour ma part je le reverrai dans 6 semaines, je vous tiendrai au courant de l'évolution qui j'espère redeviendra favorable. ” Le 29 avril 2013, dans un rapport consécutif à la dernière consultation de l'assuré, le Dr Q. _____ a posé le diagnostic d'algodystrophie et douleur neurogène après opération de la coiffe des rotateurs pour rupture massive. Il notait de "tous petits progrès" en tout cas au niveau de la douleur et, bien qu'il n'était pas encore confortable, l'intéressé avait le sentiment que l'arthrolyse lui avait donné un tout petit peu plus d'amplitude dans les mouvements. Il était prévu de poursuivre l'ergothérapie de désensibilisation, avec la prise de Lyrica® en parallèle. De l'avis du Dr Q. _____, la situation n'étant pas stabilisée, un recyclage professionnel n'était pas d'actualité, la moindre sollicitation de l'épaule (re)déclenchant des douleurs "terribles". Le 7 novembre 2013, la CNA a transmis la copie d'un rapport du 28 octobre 2013 et ses annexes, consécutif à un séjour de l'assuré à la CRR du 17 septembre au 15 octobre 2013. Les Drs O. _____ et J. _____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants : “ **DIAGNOSTIC PRINCIPAL** - Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle de l'épaule gauche. **DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES** - Arthroscopie avec arthrolyse de l'épaule gauche le 08.02.2013. - Capsulite rétractile de l'épaule gauche. - Acromioplastie, ténodèse du long chef du biceps et réparation de la coiffe des rotateurs gauches le 15.03.2011, dans le cadre d'une importante rupture de la coiffe des rotateurs, prédominant sur le supra-épineux - Rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche le 06.12.2010. - Légère plexopathie axonale gauche ancienne de degré léger, touchant le tronc supérieur (nerf supra-scapulaire et axillaire) - Stéatose hépatique accompagnée d'une hépatosplénomégalie - Diabète de type II traité depuis environ 13 ans - Hyperuricémie traitée depuis environ 16 ans (crise de goutte initiale aux chevilles et aux genoux) - Hypercholestérolémie traitée - Hypertension artérielle traitée depuis environ 11 ans - Obésité (BMI : 36.25 kg/m²) ” Ces spécialistes se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré : “ **APPRECIATION ET DISCUSSION** A l'entrée les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : douleurs permanentes, surtout le soir, s'aggravant à la moindre mobilisation du membre supérieur gauche. Ces douleurs sont cotées à 4-5/10 sur l'échelle EVA au repos et augmentent vite à 7-8/10 à la mobilisation. Elles sont localisées au niveau de toute l'épaule, avec irradiations à la face antéro-externe du bras et ainsi qu'au niveau cervical. Ces douleurs sont décrites par le patient comme des coupures au couteau, parfois des griffures ainsi que

des brûlures. Cela le réveille souvent la nuit. Il sent son épaule chaude. La sensibilité au niveau de l'épaule est perturbée, avec des zones d'hyposensibilité et d'autres zones d'hypersensibilité. La physiothérapie a aidé à améliorer un peu la mobilité au niveau de l'épaule, mais pas les douleurs. L'ergothérapie de désensibilisation l'a un peu aidé. L'examen clinique est décrit ci-dessus. Les examens radiologiques montrent : sur l'IRM post opératoire de la coiffe, mise en évidence d'une coiffe qui semble intacte, mais avec un tendon de qualité précaire. L'ancre au niveau de la tête humérale est un peu longue. A noter lors de l'arthrolyse sous arthroscopie, une intégrité de la coiffe des rotateurs confirmée par le chirurgien. Il n'est mentionné lors de la visualisation sous-acromiale aucun problème au niveau de l'ancre. Une scintigraphie osseuse a été effectuée pendant le séjour, ne montrant aucun signe d'algodystrophie. En raison d'une perturbation des tests hépatiques, un US (ultrasons) abdomen complet a été effectué le 27.09.2013. Il est objectivé une stéatose hépatique accompagnée d'une hépatosplénomégalie. Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour : Sur le plan orthopédique : aucun. Sur le plan psychiatrique : aucun. Sur le plan neurologique : légère plexopathie axonale ancienne de degré léger, touchant le tronc supérieur (nerf supra-scapulaire et axillaire). Cependant, la réinnervation est bien achevée et de bonne qualité et ne peut pas expliquer les limitations de la force et de la mobilité de l'épaule gauche. Autre : stéatose hépatique accompagnée d'une hépatosplénomégalie. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient. Il semble assez démuni face à un retour dans le monde professionnel, mettant en avant son âge et son manque de formation. Diminution de l'estime de soi, installation d'un processus d'invalidation chez un patient centré sur la douleur. Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) : x physiothérapie x ergothérapie x ateliers professionnels. Le patient a été présenté à la consultation d'antalgie durant le séjour. Comme traitement antalgique, en attendant une nouvelle consultation auprès du Dr R. _____ du centre d'antalgie de [...], il est proposé d'utiliser le Tramadol cp 100 mg matin et soir ainsi que des push[es] de Tramadol avant et après la physiothérapie. Le TENS, efficace jusqu'à maintenant, peut être associé au traitement. L'évolution subjective et objective est non significative (Cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient est ponctuel, mais à un tel point centré sur la douleur qu'il a été difficile de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne. Aucune incohérence n'a été relevée. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : pas de port de charges excédant 10 à 15 kg, pas de mouvements répétés au-dessus du plan de l'épaule gauche et pas de posture demandant de maintenir ou d'utiliser le membre supérieur gauche tendu en position horizontale. Même si la situation n'est pas totalement stabilisée du point de vue médical elle peut être considérée comme stabilisée du point de vue des aptitudes fonctionnelles liées au travail. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait améliorer la qualité de vie du patient. La poursuite d'un traitement de désensibilisation vibratoire et sensitive dans le but d'amélioration de la sensibilité est également proposée. Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 3-6 mois. Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison des limitations fonctionnelles (facteurs médicaux retenus après l'accident). Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable (facteurs non-médicaux; cf. ci-dessus). ” Les Drs O. _____ et J. _____ n'étaient pas favorables à un nouveau

séjour de l'assuré auprès de la CRR. Son traitement médicamenteux à la sortie était le suivant: “ TRAITEMENT A LA SORTIE - Allopur cp 300 mg 0-0-1-0. - Atorvastatin Pfizer cp pell 20 mg 0-0-1-0. - Beloc Zok cp Retard 100 mg 1-0-0-0. - Brufen cp pell 400 mg 1-0-1-0. - Diamicron MR cp 60 mg 1-0-0-0 - Exforge HCT cp pell 5 mg/160mg/12.5 mg 1-0-0-0. - Galvumet cp pell 50/1000 1-0-1-0. - Lyrica caps 75 1-0-1-0. - Tramadol 100 mg 1-0-1-0. - Tramadol Mepha gtttes 100 mg/ml av pomp dos 50 ml 3-4 pushes 4x/jour max spray en réserve, si douleurs. - Physiothérapie 2-3 x/semaine. - Ergothérapie 2 x/semaine. ” Dans un avis SMR du 6 février 2014, le Dr V._____ s'est prononcé comme il suit s'agissant de la question de l'exigibilité de la part de l'assuré à l'aune des derniers développements au dossier : “ Voir le Rapport SMR du 25.01.2012 et les communications des 04.10 et 02.11.2012. Ce chauffeur poids lourds de 49 ans est en IT [incapacité de travail] depuis décembre 2010 suite à une déchirure massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Un reclassement professionnel est nécessaire, mais les mesures ont été interrompues en octobre 2012 en raison de douleurs très intenses. Nous attendons la prise de position du médecin d'arrondissement de la SUVA par rapport à la CT [capacité de travail] exigible dans une activité adaptée ménageant l'épaule gauche. Selon le dossier SUVA du 07.11.2013, l'assuré a séjourné à la CRR du 17.09 au 15.10.2013. Les médecins de la clinique signalent une évolution défavorable au niveau de l'épaule gauche, avec capsulite rétractile, pour laquelle l'assuré a été traité par arthrolyse en arthroscopie le 08.02.2013, sans effet sur les douleurs. Les limitations fonctionnelles déjà retenues dans le Rapport SMR de janvier 2012 sont confirmées, ainsi que la CT nulle comme chauffeur poids lourds. Dans une activité adaptée, la CT est théoriquement entière, mais, selon la CRR, le pronostic de réinsertion est défavorable en raison de facteurs non médicaux (âge, manque de formation, assuré centré sur ses douleurs). Les conclusions du Rapport SMR de janvier 2012 sont confirmées. ” L'assuré a été examiné le 6 mars 2014 pour bilan final par le médecin d'arrondissement de la CNA. Le Dr W._____ a indiqué notamment ce qui suit dans son rapport du même jour : “ 5. Appréciation Nous nous trouvons à plus de 3 ans après un accident avec rupture de la coiffe des rotateurs, à 3 ans d'une réparation de cette coiffe des rotateurs et à un peu plus d'1 année d'une arthrolyse arthroscopique de cette épaule G. Aux dires du patient, pas d'amélioration de la situation, voire même péjoration de la situation. Subjectivement, le patient se plaint d'être réveillé la nuit toutes les 2h30 environ par des douleurs de son épaule G avec ré-endormissement très difficile. Durant la journée, douleurs constantes au repos évaluées à 4-5 sur une échelle de 0 à 10 le matin et 7-8 sur cette même échelle de 0 à 10 le soir. Cette symptomatologie douloureuse est augmentée après environ 10 minutes MSG [membre supérieur gauche] sans appui et après environ 15 minutes MSG appuyé soit sur une table, soit dans la poche du pantalon. L'augmentation de la symptomatologie douloureuse oblige alors le patient à mobiliser quelque peu son épaule pendant environ 5 minutes. L'intensité de la symptomatologie douloureuse est, d'autre part augmentée dès que le patient sollicite son épaule G, en particulier lorsqu'il écarte son bras G du tronc. Objectivement à l'examen clinique, patient paraissant très fatigué et sur les nerfs en raison de la symptomatologie douloureuse constante. Douleurs alléguées à la rotation de la tête à G, rotation qui n'est pas limitée. Douleurs importantes alléguées à l'effleurement de la région du trapèze G, du deltoïde G et de la partie sus-mamelonnaire du grand pectoral G. Sensation désagréable de type inflammation à l'effleurement de tout le MSG, sensation désagréable diminuant de plus en plus, plus on se dirige distalement, mais malgré tout présente jusqu'à l'extrémité des doigts de la main G. Abduction et antépulsion actives de l'épaule G limitées à 90°, rotation externe de l'épaule G coudes au corps limitée à 10° et

rotation globale interne de l'épaule G avec pouce n'atteignant que L2. Diminution de la force de la rotation int./ext. coudes au corps et importante diminution de la force au test du portefeuille. Du point de vue professionnel, le patient n'a pas retravaillé depuis son accident du 06.12.2010. Il n'a pas de formation professionnelle sanctionnée par un diplôme. Je ne vois pas quelle possibilité thérapeutique pourrait améliorer la situation. Si les douleurs de l'épaule G à la sollicitation de cette dernière et les limitations des amplitudes articulaire[s] de cette épaule G peuvent être mises en relation avec les séquelles du traumatisme de l'épaule G du 06.12.2010, la persistance de douleurs constantes même au repos membre G soutenu, et les douleurs à l'effleurement du trapèze G, du deltoïde G et de la partie sus-mamelonnaire du grand pectoral G, sans signe clinique (pas de chaleur, rougeur, augmentation de sudation etc.) et para-clinique (cf. investigations effectuées lors du dernier séjour à la CRR) objectivable est médicalement difficilement explicable. Je ne trouve pas de relation de causalité médicale pour le moins probable entre cette dernière symptomatologie douloureuse et l'accident du 06.12.2010. En ce qui concerne les séquelles structurelles de l'accident du 06.12.2010, les limitations fonctionnelles d'une activité professionnelle adaptée sont les suivantes: pas de mouvements du MSG au-dessus du niveau des épaules, pas de port de charges de plus de 1 kg avec le MSG éloigné du corps, pas de mouvement répétitif du MSG éloigné du corps, pas de mouvement répétitif de rotation interne ou externe coudes au corps et pas de port de charges de plus de 5 kg, MSG au corps. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, les douleurs que pourraient ressentir le patient en relation avec les séquelles structurelles de l'accident devraient céder avec des antalgiques mineurs et permettre à l'assuré d'avoir une CT totale. Toujours en relation avec les séquelles structurelles en relation avec l'accident du 06.12.2010, restent à la charge de la Suva les antalgiques mineurs prescrits pour la symptomatologie de l'épaule G et, toujours si prescrites, 2x9 séances de physiothérapie antalgique de l'épaule G. L'IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] fait l'objet d'une appréciation séparée. ” Dans un second rapport du 6 mars 2014 intitulé "Estimation de l'atteinte à l'intégrité", le Dr W. _____, après avoir rappelé les constatations évoquées dans son premier rapport tant subjectivement qu'objectivement à l'examen clinique, a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 15%, selon la table 1 des Indemnités des atteintes à l'intégrité selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20). Dans un rapport du 9 septembre 2014 relatif à une arthro-IRM de l'épaule gauche de l'assuré, les Drs P.P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et W.W. _____, médecin-assistant de la Clinique universitaire [...] à [...], ont mis en évidence une nouvelle rupture de la coiffe des rotateurs et proposé des infiltrations diagnostiques avant d'envisager une éventuelle nouvelle intervention de réparation de la coiffe. Dans leur rapport du 5 décembre 2014, les Drs Q.Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine du sport et W.W. _____ ont infirmé l'indication d'une nouvelle opération compte tenu de l'absence d'amélioration des douleurs après infiltrations. Ces spécialistes ont proposé par contre, la réalisation d'un nouvel examen neurologique et rhumatologique de l'assuré afin d'éventuellement éclaircir la situation. Dans un avis du 4 février 2015, le Dr V. _____ constatait la nécessité de réactualiser le dossier en mains de la CNA afin de savoir si une nouvelle opération de l'épaule gauche de l'assuré avait été (ou allait être) réalisée. Ce praticien estimait toutefois que les limitations fonctionnelles ainsi que les capacités de travail retenues en janvier 2012 restaient d'actualité. Du 16 au 18 mars 2015, l'assuré a effectué un quatrième séjour à la CRR. Dans leur rapport d'évaluation interdisciplinaire (neurologique, rhumatologique et

psychiatrique) du 24 mars 2015, les Drs A. _____, spécialiste en neurologie et G. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, se sont exprimés comme il suit : “ APPRECIATION ET DISCUSSION M. _____ est un homme de 50 ans, portugais, marié et père de deux enfants. Il n'a pas accompli de formation professionnelle et réside en Suisse depuis 1989 où il a d'abord œuvré comme ouvrier agricole. Il a été engagé comme chauffeur poids lourd[s] chez N. _____ depuis le 21.09.2005, poste dont il a été licencié 18 mois après le début de l'arrêt de travail soit depuis la date de l'accident du 06.12.2010. Ses antécédents médicaux sont marqués par un syndrome métabolique. Le 06.12.2010 sur son lieu de travail, il glisse et chute sur le coude gauche. L'arthro-IRM de l'épaule gauche de janvier 2011 démontre une importante rupture de la coiffe des rotateurs, prédominant sur le supra-épineux. Le 15.03.2011 il est opéré avec réparation de la coiffe des rotateurs, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie. L'évolution post-opératoire étant difficile, il est hospitalisé une première fois à la CRR du 21.6 au 20.07.2011 où l'on retient un diagnostic de probable capsulite rétractile de l'épaule gauche. Malgré les traitements de physiothérapie, l'évolution reste défavorable. Il est à nouveau hospitalisé du 28.03 au 24.04.2012 à la CRR où une infiltration infra-articulaire sous scopie est réalisée, sans amélioration. On propose dans les suites du séjour une observation aux ateliers professionnels dans le cadre d'une phase I sous supervision de l'AI à partir du 30.04.2012. M. M. _____ initie un suivi au centre d'antalgie de [...] où il bénéficie de plusieurs infiltrations et d'une intensification du traitement antalgique par opiacés et par Lyrica. Finalement une arthrolyse arthroscopique est réalisée le 08.02.2013 dans le but de libérer les adhérences et d'améliorer la symptomatologie. En raison de la persistance d'importantes plaintes douloureuses malgré un traitement ergothérapeutique de désensibilisation et la physiothérapie, il est hospitalisé pour la troisième fois à la CRR du 17.09 au 15.10.2013. Durant ce séjour, une scintigraphie est réalisée, ne démontrant pas d'hypercaptation en faveur d'une algodystrophie, alors qu'un examen neurologique avec ENMG [electro-neuro-myogramme] met en évidence une légère plexopathie axonale ancienne de degré léger touchant le tronc supérieur mais n'expliquant pas les limitations de la force et de la mobilité de l'épaule gauche. On soulève au cours de ce séjour des facteurs contextuels pouvant influencer négativement les aptitudes fonctionnelles. Depuis la sortie de la CRR en 2013 le patient a poursuivi le suivi en antalgie à [...] où il a tenté l'application d'un stimulateur externe sans succès. Le patient passe l'examen médical final à la SUVA en mars 2014 où l'on estime une atteinte à l'intégrité de l'ordre de 15%. Il est quand même référé à la clinique d'orthopédie de l'hôpital universitaire [...] en juillet 2014. De nouvelles investigations sont menées, par ponction tirer-pousser en statique ne concordant pas avec les charges déplacées dans les tests de pousser-tirer en dynamique, pour comprendre la pauvreté de l'effort consenti. Par conséquent, les performances représentent ce qu'il a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales. La volonté de donner le maximum aux différents tests a donc été incertaine et le niveau de cohérence pendant l'évaluation est jugé moyen. Ces discordances, relevées également lors de l'examen clinique, donnent à penser que d'autres facteurs que purement somatiques puissent entrer en jeu dans la mauvaise évolution. L'examen psychiatrique spécialisé nous met face à un homme ponctuel, collaborant. Initialement la mimique est assez douloureuse, le patient supportant le poids du bras gauche à l'aide de sa main droite mais les comportements d'épargne s'atténuent au fil de de l'évaluation. On ne remarque aucun signe de fatigue ou ralentissement. Le discours est cohérent et structuré mais le contenu reste assez pauvre. Le patient semble se percevoir comme une personne de peu de valeur sur le plan intellectuel

avec une tendance à la dévalorisation. Il ne tient pas de propos revendicateur. Du point de vue cognitif, la vigilance, l'orientation et la mémoire paraissent dans les normes. L'humeur est peu modulée, mais globalement conservée chez un patient peu expressif ne prenant pas spontanément la parole sans y avoir été invité. Des fluctuations de l'humeur sont rapportées mais non observées, même après l'évocation de souvenirs douloureux. Il n'y a pas d'anhédonie marquée. Sur le plan de l'anxiété, il est tout à fait calme, ne manifestant pas de signe d'angoisse ou d'anxiété. Sur le plan de la personnalité, on retient surtout la manière déférente d'entrer en contact mais sans indice pour un trouble de la personnalité constitué. Au terme de son évaluation et comme constaté lors de la dernière hospitalisation, l'expert psychiatre ne retient aucun diagnostic psychiatrique. Le pronostic d'évolution est assombri par certains facteurs comme déjà soulevé dans la dernière hospitalisation en 2013 à la CRR : même si aucune psychopathologie n'est mise en évidence, on relève les faibles ressources du patient avec un bagage scolaire très restreint et une personnalité passive et soumise, avec un long éloignement du monde professionnel. De même, l'importance des autolimitations et la collaboration très moyenne démontrée lors de l'ECF avec un score PACT dérisoire illustre à quel point le patient s'autolimité et se considère inapte à exercer toute activité. Le score intermed élevé traduit encore une importante complexité bio-psycho-sociale, influençant de façon négative le pronostic d'évolution. L'atteinte somatique correspond aux suites d'une capsulite rétractile après lésion traumatique de la coiffe des rotateurs malgré deux interventions chirurgicales, et paraît actuellement fixée. L'atteinte neurologique enfin est modeste et ne suffit pas à expliquer l'intensité du tableau douloureux et les limitations de l'épaule. Du point de vue thérapeutique, comme cela a déjà été démontré par les résultats décevants des deux interventions, d'infiltrations locales multiples et d'une prise en charge intensive de rééducation (3 séjours stationnaires à la CRR), aucune mesure spécifique n'est actuellement susceptible d'améliorer la situation. ” Était joint notamment à cette appréciation un rapport du 18 mars 2015 d'évaluation psychiatrique au terme duquel la Dresse H.H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a conclu à l'absence de diagnostic affectant l'assuré sur le plan psychique. Interpellé par l'OAI selon la formule suivante : "Pour déterminer le droit à la rente limité dans le temps, merci de bien vouloir établir le rapport d'examen SMR en déterminant notamment l'aptitude à la réadaptation et cas échéant l'évolution de la CTAA (capacité de travail dans une activité adaptée)", dans un avis SMR du 12 mai 2015, le Dr B.B. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, s'est exprimé comme il suit : “ Cf. Rapport d'examen SMR du 25.01.2012, avis médical du 06.02.2014 et du 04.02.2015. Pour mémoire, il s'agit de la 1 ère demande de prestations de la part de cet assuré portugais, âgé actuellement de 50 ans, minimement scolarisé, sans formation professionnelle qualifiée, en Suisse depuis 1988, bénéficiaire d'un permis C. Cet assuré droitier travaillait comme chauffeur de poids lourds pour le compte d'une lingerie professionnelle. L'atteinte à la santé débute par une chute de sa hauteur, lors de son travail, survenue le 06.12.2010, responsable d'une large rupture de la coiffe des rotateurs. L'évolution a été d'emblée pénible et compliquée en dépit d'une prise en charge compétente et adaptée (acromioplastie, ténodèse du long chef du biceps, réparation de la coiffe des rotateurs le 15.03.2011, arthroscopie avec arthrolyse le 08.02.2013). L'assuré a séjourné à 2 reprises à la CRR (21.06 – 20.07.2011, 17.09 – 15.10.2013) et – finalement – il a été exploré dans le service de Prof [...] à la Clinique [...] entre juillet et décembre 2014. Les lésions anatomiques objectives sont modestes mais les plaintes douloureuses et l'empêchement allégués sont majeurs. Les spécialistes de [...] ont encore suggéré une évaluation neurologique et rhumatologique, ce qui a été réalisé lors d'une évaluation

interdisciplinaire à la CRR de 16.03 au 18.03.2015, rapport du 24.03.2015 (GED Dossier SUVA 30.04.2015), sans qu'un problème somatique supplémentaire n'ait été mis en évidence. Il n'y a pas de psychopathologie limitative quant à la CT même s'il est reconnu que l'assuré « témoigne d'une certaine passivité et soumission au discours médical », qu'il est fixé sur ses douleurs et qu'il dispose de faibles ressources (« bagage scolaire très restreint, personnalité passive et soumise, long éloignement du monde professionnel »).

Cette évaluation complète confirme les conclusions de l'examen final par le MA de la SUVA le 06.03.2014 (GED Dossier SUVA 11.03.2014); l'IT est de 100% dans l'activité de chauffeur de poids lourds depuis le jour de l'accident le 06.12.2010 mais elle est de 100% dans une activité adaptée depuis la date de l'examen, mars 2014, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : pas de mouvement du membre sup gauche au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges de plus de 1 kg avec le membre sup gauche éloigné du corps, pas de mouvement répétitif du membre sup gauche éloigné du corps, pas de mouvement répétitif de rotation interne ou externe coudes au corps et pas de port de charges de plus de 5 kg membre sup gauche au corps. Cette détermination se distancie des conclusions du Rapport d'examen SMR du 25.01.2012 dans le sens que la complexité de l'évolution contraint à admettre que l'aptitude à la réadaptation n'existe qu'à partir de mars 2014 et au prix de limitations fonctionnelles plus restrictives que celles qui avaient été retenues initialement. ” Par projet de décision du 22 octobre 2015, l'Office AI a fait part à l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière (basée sur un degré d'invalidité de 100%) d'une durée limitée dans le temps, du 1 er janvier 2012 au 31 mai 2014, et de lui refuser le droit à des mesures professionnelles sous la forme d'un reclassement. Il constatait en particulier une pleine capacité de travail, dès le 1 er mars 2014, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale ; pas de port de charges de plus de 1kg avec le membre supérieur gauche éloigné du corps ni de mouvement répétitif ou encore de rotation interne ou externe et de port de charges de plus de 5kg. Cette capacité de travail résiduelle lui permettait de réaliser un revenu excluant le droit à une rente ou à des mesures de reclassement. Le 30 novembre 2015, Me Joëlle Vuadens a contesté le projet précité. Elle s'est référée aux conclusions d'un rapport d'examen neurologique du Dr A._____ du 23 mars 2015, critiquant la prise en compte d'une capacité de travail après une "prétendue" amélioration de l'état de santé depuis mars 2014. Le 24 décembre 2015, l'OAI a recueilli un avis SMR "Audition" du B.B._____, lu et approuvé par le Dr K.K._____, spécialiste en anesthésiologie. Ce rapport se termine ainsi : “ [...] Les conclusions de l'avis médical du 12.05.2015 sur lesquelles est basé le projet de décision contesté du 22.10.2015 sont en accord avec les conclusions dûment fondées médicalement du MA de la SUVA. Il n'est nullement fait mention d'une amélioration de la situation à partir de mars 2014 mais d'une stabilisation permettant à la SUVA de clore le cas. Par le biais de son avocat, l'assuré fait opposition au projet de décision du 22.10.2015. À l'appui de son opposition, l'avocat de l'assuré fait valoir le fait que les douleurs de l'assuré restent inchangées. Il fournit aussi un rapport d'examen neurologique et électroneuromyographique réalisé le 23.03.2015 (GED Correspondance juridique 30.11.2015) par le Dr A._____, neurologue à la CRR. Il convient de relever que le neurologue signale au status clinique l'absence d'hypoamyotrophie, une force segmentaire isométrique normale au même supérieur gauche « mais le testing est légèrement limité par les douleurs au niveau de l'épaule », « une diminution de la sensibilité de tout l'hémi-thorax supérieur dès le sternum avec un bord strictement médian pour la qualité factio-algique. Cette hypoesthésie est encore

plus prononcée pour le bras gauche, de manière circulaire, et devient à nouveau dès le coude distal. Cependant, le toucher-piquer est toujours reconnu ; la pallesthésie est normale ».

Au plan strictement clinique, cet examen frappe par l'absence d'amyotrophie, ce qui ne saurait manquer d'étonner en présence d'une quasi absence d'utilisation de membre supérieur gauche alléguée depuis 5 ans. Quant aux troubles de la sensibilité ils ne respectent « pas vraiment les territoires anatomiques ». Au plan électrophysiologique, on ne dispose pas du rapport d'EMG qui devrait être joint au rapport du Dr A._____.

La neurographie distale est dans les limites de la norme. Dans son commentaire, le Dr A._____ note que « l'EMG démontre toujours de légers signes d'une atteinte axonale » qui l'incitent à retenir « le même diagnostic d'une possible plexopathie brachiale supérieure gauche par une légère atteinte axonale mais ce tableau ne peut pas expliquer les limitations et les douleurs actuelles ».

Le Dr A._____ constate donc l'absence d'évolution subjective et objective entre ses observations de 2013 et celles de 2015 et répète que les constatations cliniques et électrophysiologiques ne permettent pas d'expliquer les plaintes de l'assuré. Il n'est pas possible d'inférer de ces constats — qui font donc apparaître des éléments de non-organicité — qu'aucune activité professionnelle n'est exigible même dans une activité épargnant très significativement le membre supérieur gauche, non-dominant.

En conclusion, l'argumentation de l'avocat lui-même et les conclusions de l'examen neurologique et électrophysiologique du 23.03.2015 ne sont pas de nature à invalider les conclusions de l'avis médical du 12.05.2015, lequel s'appuyait sur l'étude de l'ensemble du dossier et notamment sur le rapport d'examen final, bien argumenté, du MA de la SUVA du 06.03.2014. »

Par décision du 9 mai 2016, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 22 octobre 2015, allouant à l'assuré une rente entière (basée sur un degré d'invalidité de 100%) limitée dans le temps, du 1 er janvier 2012 au 31 mai 2014, et lui refusant le droit à des mesures professionnelles.

Le 31 mars 2016, l'OAI avait informé l'avocate de l'assuré que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, le projet critiqué reposant selon lui "sur une instruction complète sur le plan médical et économique" et étant "conforme en tous points aux dispositions légales".

B. Par acte de son conseil déposé le 8 juin 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, M._____ a conclu avec dépens, principalement à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée à partir du 1 er janvier 2012.

Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire afin "d'obtenir un avis éclairé sur le pronostic d'invalidité ainsi que les incidences du traitement médicamenteux suivi sur son état de santé".

Il reproche en substance à l'intimé de ne pas s'être prononcé sur les critiques formulées dans ses lignes du 30 novembre 2015, soit en particulier l'absence d'un examen récent par un de ses médecins-conseils.

Le recourant produit à cet égard deux rapports des 8 et 21 janvier 2016, rédigés respectivement par les Drs Q._____ et R._____. Ces documents témoignent de l'incompréhension de ces praticiens s'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail de l'assuré par la CNA, compte tenu de son état de santé actuel (importantes douleurs neuropathiques).

Cet état de santé l'obligeait à prendre des médicaments antidouleurs (tels que le Lyrica® à "haute dose" et le Palexia®) qui ne le soulageraient que partiellement mais induiraient d'importants effets secondaires (état de fatigue chronique et pertes de concentration) rendant toute activité professionnelle quasiment impossible pour l'instant.

De l'avis du Dr Q._____, le recourant serait actuellement incapable de conduire plus de quelques kilomètres, ne pourrait pas se concentrer ni s'atteler à des tâches administratives, et se trouverait plongé probablement dans un état dépressif et de fatigue chronique couronnée d'insomnies.

Partant,

la conduite de l'instruction menée par l'OAI est qualifiée par le recourant d'"appréciation purement administrative et abstraite" de son état de santé compte tenu de l'absence d'examen ou d'entretien avec l'un de ses médecins depuis plusieurs années. Il en va ainsi, selon lui, de l'avis SMR "Audition" du 24 décembre 2015 qui ne se prononcerait en particulier pas sur la problématique liée au traitement suivi par le recourant. Basé uniquement "sur les quelques rares rapports au dossier", cet avis n'aurait pas valeur probante pour mettre un terme à la rente entière allouée jusqu'au 31 mai 2014. Le recourant conteste présenter une amélioration de son état de santé depuis cette dernière date; dans sa décision, l'intimé se livrerait en effet à une interprétation erronée de la stabilisation évoquée par son médecin-conseil, celle-ci ne devant être comprise que comme le précise le Dr Q._____, à savoir dans le sens de l'absence d'une nouvelle solution pour soulager son patient ayant conduit à la clôture de son dossier par la CNA. Le recourant en infère que le fait que son état se soit stabilisé ne signifie en aucun cas qu'il eût présenté une amélioration de sa santé, et encore moins la récupération d'une quelconque capacité de travail. Finalement, l'intimé se serait fondé à tort sur l'avis SMR, seul document évoquant une stabilisation de l'état de santé, et non pas une amélioration, rapport au demeurant en opposition totale avec ceux des Drs Q._____ et R._____, lesquels ont quant à eux récemment examiné M._____. Sous le bordereau de pièces joint à l'acte de recours, figuraient notamment : - un rapport du 23 mars 2015 relatif à un examen neurologique effectué le 16 mars 2015 par le Dr A._____. A son terme, ce neurologue à la CRR s'est exprimé comme il suit sur le cas de l'assuré au vu de ses constatations cliniques : “ CONCLUSION Il s'agit donc d'un patient droitier et sans formation, ayant travaillé comme chauffeur poids lourds, âgé de 50 ans, d'origine portugaises, marié, père de deux enfants. Il chute en 2010 sur l'épaule gauche et on constate rapidement une perte de force et un manque de mobilité. On met en évidence des lésions ligamentaires qui sont rapidement opérées. Malgré cela, l'évolution est défavorable, surtout en raison de douleurs à la mobilisation. On retient alors une capsulite rétractile et le patient séjourne finalement une troisième fois en 2013 à la CRR où un EMG met en évidence de légers signes axonaux dans l'infra spinatus et dans une moindre mesure le deltoideus relevant une légère atteinte axonale du plexus brachial gauche, partie supérieure. Depuis, l'évolution est stable. Les problèmes actuels sont identiques avec des douleurs localisées à la face antérieure de l'épaule, avec quelques caractéristiques neuropathiques de type brûlures avec irradiation vers le thorax et les doigts II et III. L'examen neurologique met en évidence une hypoesthésie que ne suit pas vraiment les territoires anatomiques connus et prend tout l'hémithorax supérieur face antérieure et postérieure mais également tout le bras, de manière circulaire. La force et la sensibilité sont bien conservées plus distalement. Les neurographies sensitivomotrices sont à nouveau normales et l'EMG démontre toujours de légers signes d'une atteinte axonale du muscle infra-spinatus mais plus de deltoideus. Je retiens donc une légère atteinte axonale mais ce tableau ne peut pas expliquer les limitations et les douleurs actuelles. ” - un rapport du 8 janvier 2016 adressé à la CNA par le Dr Q._____, libellé comme il suit: “ Je revois en date du 8.01.2016, le patient susmentionné que j'avais suivi jusqu'au 21.02.2014 pour une rupture massive de la coiffe des rotateurs, opéré avec malheureusement des suites difficiles et défavorables et un syndrome douloureux neurogène persistant. J'ai perdu de vue le patient car la Suva l'a redirigé vers d'autres spécialistes, notamment le Professeur [...] dont les rapports me sont inconnus. Ce jour, je le vois avec son épouse et j'apprends avec grand étonnement qu'actuellement l'incapacité de travail qui lui est octroyée est de 18%. Au vu de la situation clinique de ce

patient aujourd'hui, je n'arrive vraiment pas à comprendre cette décision de la Suva. En effet, Monsieur M. _____ est actuellement suivi par le service d'antalgie avec le Dr R. _____, il est obligé de prendre des médicaments antalgiques neurogènes comme le Lyrica à haute dose et le Palexia, ces médicaments le soulagent que partiellement mais par contre occasionnent un état de fatigue chronique, des pertes de concentration. Actuellement, il est incapable de conduire plus de quelques km, ne peut pas se concentrer, ne peut pas s'atteler à des tâches administratives, est plongé probablement dans un état dépressif et de fatigue chronique couronnée d'insomnies. Par ailleurs, cliniquement son épaule G est douloureuse limitée et ne lui permet pas de faire d'activités. Au vu de cette situation, je ne comprends vraiment pas comment on a pu lui faire une reprise du travail à 82%! Je vous prie instamment de reconsidérer votre décision qui semble tout à fait inadéquate. ” - un rapport du 21 janvier 2016 dans lequel le Dr R. _____ s'est adressé en ces termes au médecin-conseil de la CNA : “ Monsieur et cher Confrère, Je suis à ma consultation d'antalgie de l'Hôpital de [...] le patient susnommé depuis juillet 2012 en raison d'une douleur du membre supérieur gauche consécutive à un traumatisme suite à une chute de sa hauteur en décembre 2010 avec réception sur le dos et le coude gauche avec rupture traumatique de la coiffe des rotateurs à gauche. Le patient a subi une opération à ciel ouvert en mars 2011 avec récupération fonctionnelle incomplète mais surtout persistance de douleurs siégeant à la face antéro-supérieure de l'épaule irradiant dans le bras jusqu'au coude et parfois jusqu'à la main et dans la région thoracique gauche. Les douleurs sont à forte connotation neuropathique, décrites comme des brûlures, des serremments et des coups de couteau avec allodynie aux frottements. Le patient a ensuite bénéficié d'une nouvelle arthrolyse par arthroscopie par le Dr Q. _____ début 2013 sans effet significatif sur la symptomatologie douloureuse. Le patient a ensuite été suivi en ergothérapie pour rééducation sensitive qui s'est montrée sans effet sur le territoire allodynique. J'ai progressivement introduit une médication antiépileptique de Lyrica à doses croissantes, du Tramadol puis du Palexia. Un essai de Saroten a été interrompu en raison des effets secondaires. J'ai revu le patient en contrôle le 8 janvier 2016 et ce dernier m'a informé de la décision de la SUVA de lui accorder une invalidité à 18 % seulement. Je ne peux que témoigner mon incompréhension face à cette décision chez un patient présentant d'importantes douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche l'obligeant à prendre une médication antiépileptique et d'opiacés induisant d'importants effets secondaires notamment sous forme de somnolence rendant toute activité professionnelle quasi impossible pour l'instant. Je vais pour ma part continuer à suivre Monsieur M. _____ à ma consultation antalgique pour adaptation du traitement antalgique. Je reste à disposition pour tout renseignement complémentaire et vous présente, Monsieur et cher Confrère, mes meilleures salutations ”. Dans sa réponse du 25 août 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Il a produit en ce sens, un nouvel avis SMR du 25 juillet 2016 du Dr B.B. _____, auquel il se réfère, et qui prend position comme il suit sur les griefs élevés par le recourant dans son mémoire du 8 juin 2016 : “ [...] En se basant sur le Dossier SUVA qui est riche des conclusions de 3 séjours à la CRR, des conclusions de l'équipe du Prof [...] de la Clinique [...] à [...], et de l'examen personnel de l'assuré par le MA de la SUVA le 06.03.2014, le SMR a admis qu'une activité professionnelle respectueuse de limitations fonctionnelles majeures et précises est exigible de l'assuré d'autant plus qu'il s'agit du membre supérieur non-dominant et qu'il y a une discordance entre l'ampleur des plaintes et la réalité biomécanique (notamment l'absence d'hypomyotrophie du moignon de l'épaule

gauche). Cette inadéquation entre les plaintes et les consta[ta]tions objectives est également relevée lors de de l'évaluation interdisciplinaire réalisée à la CRR en mars 2015 qui comprend notamment un examen clinique et électrophysiologique du Dr A. _____, neurologue FMH. Dans son acte de recours du 08.06.2016 (GED 27.06.2016), les avocats de l'assuré reprochent en particulier à l'OAI VD, respectivement au SMR, de ne pas avoir examiné personnellement l'assuré, d'avoir fait une sélection partielle des pièces médicales allant dans le sens de ses a priori et de ne pas avoir tenu compte de l'importance des douleurs ressenties par l'assuré ni de la lourde médication qu'elles imposent. > Certes aucun des médecins du SMR n'a examiné personnellement l'assuré, mais la décision contestée est basée sur les conclusions du dossier SUVA lequel contient les comptes rendus des examens cliniques réalisés durant les 3 séjours à la CRR, de l'examen clinique effectué dans le service du Prof [...], de l'évaluation interdisciplinaire réalisée à la CRR en mars 2015. L'aspect clinique de la situation a été dûment évalué par des spécialistes compétents et leurs constatations ont à juste titre été considérées comme suffisamment évidentes par le SMR pour qu'un examen clinique à l'interne apparaisse superflu. > La partialité dans le choix des pièces médicales est une allégation infondée, à la limite de la calomnie. > Dans son écrit au Médecin[-]Conseil de la SUVA du 21.01.2016, le Dr R. _____, spécialiste en Antalgie, résume l'histoire médicale de l'assuré et exprime son incompréhension face aux décisions de la SUVA. Sans fournir de données quant au status clinique, le Dr R. _____ signale qu'il prescrit à l'assuré une médication de Lyrica® (prégabaline — antiépileptique utilisé notamment pour le traitement de douleurs neurogènes) et de Palexia® en remplacement du tramadol (Palexia®= tapentadol, antalgique de 2^{ème} palier) et que cette médication est responsable d'une somnolence incompatible avec quelque activité professionnelle que ce soit. > Quant au Dr Q. _____, chirurgien-orthopédiste, dans son écrit au Médecin[-] Conseil de la SUVA du 08.01.2016, il exprime son étonnement face à la décision de la SUVA mais n'apporte non plus pas de données cliniques ni de précisions quant à la dose des médicaments prescrits. Conclusion : les reproches faits à l'instruction du dossier par les avocats de l'assuré et les rapports médicaux des Dr[s] R. _____ et Q. _____ n'apportent pas de notions médicales objectives qui justifieraient de modifier les conclusions de l'avis médical du 24.12.2015. ” L'intimé précise encore que la réalisation d'un examen clinique par le SMR ou une expertise n'est pas systématique et qu'il importe peu qu'il se soit basé en l'occurrence sur des rapports médicaux transmis par une autre assurance dont seule leur teneur, et non leur provenance, s'avère déterminante. Il a dès lors également conclu au rejet par le Tribunal de l'expertise pluridisciplinaire requise par le recourant. Au terme de ses déterminations du 20 septembre 2016 sur la réponse de l'OAI, le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes. Il observe à lecture de l'avis du 25 juillet 2016 produit qu'aucun des médecins du SMR ne l'a personnellement examiné. Il conteste en outre l'appréciation du Dr B.B. _____, arguant que dans leurs derniers rapports ses médecins attestent une incapacité de travailler totale. Par ordonnance du 22 septembre 2016, le juge instructeur a rejeté les mesures d'instruction requises dans la mesure où il n'y avait pas déjà été donné suite. La cause paraissant suffisamment instruite, les parties ont été informées qu'un jugement leur serait notifié dès que la charge de travail du Tribunal le permettrait. Le dossier a été gardé à juger. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58

LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il 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 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c). b) En l'espèce, le litige porte uniquement sur le droit éventuel du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2012 sans limite dans le temps en lieu et place de celle allouée par l'OAI pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 mai 2014. 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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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). Il a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). d) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2 et 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement

important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, 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]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 et les autres références citées). 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 et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculogique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 5. a) Le recourant conteste en l'occurrence la suppression par l'OAI de son droit à la rente avec effet au 31 mai 2014. Il réfute en ce sens l'amélioration de son état de santé retenue dès le 1 er mars 2014. Il se plaint à cet égard, d'une part, d'une instruction médicale incomplète, voire viciée, au motif que l'intimé n'a pas jugé nécessaire de le faire convoquer en vue d'un examen clinique par les médecins

du SMR dans leurs locaux à [...]. D'autre part, se référant à l'avis des Drs Q._____ et R._____, le recourant soutient être en incapacité totale de travailler compte tenu des effets (sommolence) consécutifs à la médication antidouleurs prescrite. A titre liminaire, il convient d'observer que le recourant ne soulève aucun grief sur le taux d'invalidité de 100% tel que fixé par l'intimé pour la période antérieure au 1^{er} juin 2014. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir, sous réserve de ce qui suit (cf. consid. 5b in fine). Le revenu sans invalidité (63'100 fr. en 2014) n'est pas davantage contesté. En l'absence de tout grief, il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. b) En ce qui concerne l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant, l'OAI n'était pas tenu de requérir un examen clinique par les médecins du SMR. De nombreux examens ont en effet été pratiqués, en particulier lors de plusieurs séjours auprès de la CRR, durant lesquels l'assuré a également fait l'objet d'observations en ateliers professionnels (cf. notamment le rapport du 15 mai 2012 intitulé « rapport de la phase 1A » du Dr D._____, assisté de X._____ et L._____). Les différents rapports établis par les spécialistes de la CRR, puis par les médecins de la clinique [...], et enfin à nouveau par les médecins de la CRR (cf. le rapport d'évaluation interdisciplinaire [neurologique, rhumatologique et psychiatrique] du 24 mars 2015 des Drs A._____ et G._____) établissent de manière probante les motifs pour lesquels le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations purement somatiques. Le Dr B.B. _____ en a dûment tenu compte pour constater les limitations fonctionnelles (à savoir : pas de mouvement du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale ; pas de port de charges de plus d'un kilo avec le membre supérieur gauche éloigné du corps ni de mouvement répétitif ou encore de rotation interne ou externe et de port de charges de plus de cinq kilos), dans son rapport du 12 mai 2015. Tout au plus doit-on se demander si effectivement, une reprise du travail dans une activité adaptée n'aurait pas pu être exigée antérieurement au 1^{er} mars 2014 (date arrêtée en l'occurrence par l'OAI compte tenu de l'examen final du 6 mars 2014 réalisé par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA); la question doit toutefois être laissée ouverte dans la mesure où il conviendrait, de toute façon, de renoncer à une reformatio in pejus au détriment du recourant, en raison des incertitudes liées à toute évaluation de la capacité de travail d'un assuré. Le recourant se réfère à l'avis des Drs A._____, R._____ et Q._____. Le premier nommé ne pose toutefois aucune constatation relative à la capacité résiduelle de travail. Ce neurologue à la CRR conclut uniquement que ses constatations cliniques et électrophysiologiques ne lui permettent pas d'expliquer les plaintes de l'assuré. Concernant les rapports des médecins consultés par le recourant, il sied de préciser d'emblée que ces pièces doivent être admises avec réserve puisqu'elles émanent des médecins traitants lesquels, par la position de confident privilégié que leur confère leur mandat, ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid 4.2). En outre, les Drs R._____ et Q._____ affirment pour leur part péremptoirement qu'aucune activité professionnelle ne peut être exigée du recourant, principalement en raison des douleurs de l'épaule gauche et de la sommolence entraînée par la médication antidouleurs. Toutefois, les médecins de la CRR ont constaté de manière probante que les atteintes objectivables à la santé n'expliquaient pas entièrement les douleurs. Ils n'ont pas mentionné d'incapacité de travail en raison d'une sommolence liée à la médication, sans que rien n'indique qu'il s'agisse d'un oubli de leur part de prendre en considération cette médication, dont ils avaient connaissance. Au demeurant, même en admettant une diminution de rendement

conséquente liée à cette médication, soit de l'ordre de 25% au maximum, le taux d'invalidité du recourant resterait inférieur au seuil de 40% permettant le maintien du droit à la rente (cf. consid. 5c infra). c) Le recourant ne soulève aucun grief relatif à l'évaluation de la capacité résiduelle de gain telle qu'effectuée par l'OAI en référence aux valeurs statistiques de l'enquête de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) sur la structure des salaires (ESS), données indexées jusqu'en 2014. Ce faisant, l'intimé a en effet fixé le revenu d'invalidé comme l'y autorise la jurisprudence lorsque l'assuré n'a pas repris une activité adaptée (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En l'occurrence, l'OAI pouvait également se fonder sur le tableau ESS 2014 plus récent, pour effectuer le calcul. Ainsi, le revenu avec invalidité exigible pour 2014 est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, 5'365 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2014, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures; site de l'OFS), le revenu mensuel s'élèverait à 5'593 fr. (5'365 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 67'116 francs. Le montant résultant des données statistiques peut faire l'objet d'une réduction. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). En l'espèce, l'intimé a procédé à une réduction de 10%. La prise en compte d'un abattement de 15% afin de tenir compte des circonstances liées à la personne de l'assuré est toutefois plus appropriée, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées, de l'absence de formation professionnelle du recourant ("minimement scolarisé") et de son âge. Dès lors, le revenu hypothétique d'invalidé s'élève à 57'048 fr. 60. En 2014, le taux d'invalidité du recourant était de 9.59% ($\frac{63'100 \text{ fr.} - 57'048 \text{ fr.} 60}{63'100 \text{ fr.}} \times 100$), arrondi à 10% (cf. ATF 130 V 121). Inférieur au minimum de 40% (cf. art. 28 al. 2 LAI), le degré d'invalidité du recourant ne lui ouvre en conséquence plus le droit à la rente trois mois après le 1^{er} mars 2014 (cf. art. 88a RAI), soit dès le 1^{er} juin 2014, comme le retient l'OAI dans sa décision. Même en admettant une hypothétique diminution de rendement liée à la médication antidouleurs, dont on voit mal qu'elle puisse être supérieure à 25% dans la mesure où les médecins du SMR n'en ont pas fait mention dans leurs rapports successifs, cela n'aurait au final pas d'incidence sur l'issue du litige. En effet, après comparaison entre les revenus raisonnablement exigibles au sens de l'art. 16 LPGa, le taux d'invalidité du recourant serait alors de 32.19% ($\frac{63'100 \text{ fr.} - 42'786 \text{ fr.} 45}{63'100 \text{ fr.}} \times 100$), arrondi à 32%, soit un degré d'invalidité également inférieur au seuil de 40% permettant le maintien du droit à la rente. 6. Cela étant, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant le 8 juin 2016 doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015

consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). 7. Vu ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; 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 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 9 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Joëlle Vuadens (pour M._____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.