

## VD\_FINDINFO AI 248/18 - 328/2020 vom 25. September 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-09-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_248\\_18\\_-\\_328\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_248_18_-_328_2020)

FR: VD\_FINDINFO AI 248/18 - 328/2020 du 25 septembre 2020

IT: VD\_FINDINFO AI 248/18 - 328/2020 del 25 settembre 2020

### Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REJET DE LA DEMANDE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 25.09.2020 AI 248/18 - 328/2020

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REJET DE LA DEMANDE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 248/18 - 328/2020 ZD18.036054 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 25 septembre 2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Dessaux ,  
présidente Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur Greffier : M.  
Klay \*\*\*\*\* Cause pendante entre : N. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Jana  
Burysek, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à  
Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 LAI ;  
art. 88a al. 1 RAI E n f a i t : A. N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...]  
et travaillait comme maçon auprès de T. \_\_\_\_\_ SA. Par déclaration d'accident du  
10 octobre 2011 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la  
CNA), l'employeur a annoncé un accident dont avait été victime l'assuré le 30 septembre  
2011. Il était indiqué que l'intéressé avait fait une chute et était tombé sur son poignet droit.  
En avait découlé une luxation audit poignet droit. Le 13 octobre 2011, la CNA a informé  
l'assuré qu'elle lui allouait les prestations d'assurance pour les suites de l'accident  
professionnel du 30 septembre 2011. Aux termes d'un rapport du 23 décembre 2011, la  
Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a notamment  
indiqué avoir mis l'assuré à l'arrêt de travail depuis le 22 décembre 2011. Une réévaluation  
aurait ensuite lieu. Dans un rapport du 25 janvier 2012, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en  
neurologie, a posé le diagnostic d'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative  
du nerf ulnaire droit au poignet mais également au coude. Par rapport du 30 avril 2012, le  
Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé le  
diagnostic d'entorse du poignet droit, indiquant une chute d'une hauteur d'un mètre avec  
réception sur le poignet droit survenue le 28 septembre 2011. Aux termes d'un rapport du  
7 janvier 2013 d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM de la colonne  
lombaire), la Dre PN. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à des séquelles de la  
maladie de Scheuermann au niveau dorsolombaire connues et stationnaires par rapport au

CT-SCAN du 27 septembre 2010, à un discret signe de discopathie L1-L2 et L2-L3 et minime protrusion à base large L5-S1, à l'absence de composante de compression radiculaire ou de rétrécissement canalaire et à une spondylarthrose qui prédominait en L5-S1. Dans un rapport du 7 janvier 2013 d'IRM cervicale, la Dre PN. \_\_\_\_\_ a indiqué une discopathie pluri-étagée C4 à C7 avec débords ostéodiscaux prédominant en C6-C7 à droite où le neuroforamen était diminué de calibre. Ceci était également le cas dans une moindre mesure en C5-C6 à gauche et en C4-C5 des deux côtés, le tout pouvant préteriter les racines nerveuses C5-C6 et C7 homolatérales. Il n'y avait pas de rétrécissement canalaire ou d'argument en faveur d'une myélopathie associée. La Dre PN. \_\_\_\_\_ a en outre constaté une discarthrose type Modic I en C4-C5 gauche. En parallèle, dans un rapport de radiographies de l'épaule et de la clavicule droites du 13 mars 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a décrit que les incidences de face en rotations interne et externe ne montraient pas de lésion traumatique au niveau scapulo-huméral ni au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, la démonstration d'une petite densité de tonalité calcique en regard du rebord supérieur de la glène, pouvant correspondre soit à une calcification dans l'un des tendons de la coiffe ou encore au niveau labral, une discrète sclérose du bord supérieur du tubercule majeur et quelques remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire. Aux termes d'un rapport de radiographies du poignet droit face profil du 13 mars 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_ a mentionné une variance ulnaire nulle, ainsi que l'absence de fracture au niveau du poignet, des os de l'avant-bras ou des métacarpiens, de diastasis scapho-lunaire ou luno-triquetral, d'évidence ( sic ) bascule anormale des os du carpe, avec angle scapho-lunaire, angle radio-capital dans les limites de la norme, et de lésion osseuse focale suspecte. Par rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du poignet droit du 13 mars 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_ a conclu à une arthro-IRM du poignet droit démontrant une déchirure du ligament scapho-lunaire sur son versant dorsal et potentiellement sur son versant palmaire également, à une lésion du ligament luno-triquétral sur son versant dorsal, à des altérations ne s'accompagnant pas de diastasis ou d'altérations cartilagineuses de ces différents os, à un remaniement de l'insertion ulnaire du complexe fibrocartilagineux triangulaire (ligament entre cubitus et carpe ; ci-après TFCC), y compris les ligaments radio-ulnaires palmaires et dorsaux, sans déchirure démontrée, à une possible petite brèche dans le TFCC, à une possible petite tendinopathie associée de l'extenseur ulnaire du carpe au niveau de son passage de la styloïde ulnaire et à une érosion cartilagineuse du pôle proximal de l'hamatum sur sa moitié palmaire, sur toute l'épaisseur du cartilage. Dans un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 18 mars 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_ a conclu à une lésion antéro-postérieure du labrum supérieur (SLAP) de type 2c du labrum glénoïdien, à une tendinopathie de 7 mm du tendon supra-épineux, débutant à 5 mm de son insertion humérale, et à une petite bursite sous acromio-deltoïdienne associée à cette altération ou associée à l'atteinte dégénérative relativement proéminente de l'articulation acromio-claviculaire. Par déclaration de sinistre du 22 avril 2013, T. \_\_\_\_\_ SA a annoncé une rechute concernant l'assuré le 13 mars 2013, en relation avec l'événement du 30 septembre 2011. Aux termes d'un rapport du 15 mai 2013, la Dre J. \_\_\_\_\_ a, dans le cadre de la rechute, posé les diagnostics de déchirures du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-triquétral du poignet droit, de lésion SLAP de type 2c du labrum glénoïdien de l'épaule droite et de tendinopathie du tendon supra-épineux. L'assuré lui avait indiqué une chute en avant sur les bras, avec douleurs au niveau du poignet droit, puis l'apparition de paresthésies dans toute la main et lâchages d'objets. La Dre J. \_\_\_\_\_ a constaté des douleurs du poignet droit quand

l'intéressé serrait la main, ainsi qu'au niveau du coude et de l'épaule droits. Par rapport du 14 juin 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, concernant l'épaule droite, de SLAP de type 2 avec désinsertion du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur et de l'insertion du tendon du long-chef du biceps, de lésions du tendon du sus-épineux non transfixiantes et, au niveau du poignet droit, de déchirure du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-triquétral, ainsi que de probable déchirure du ligament triangulaire. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a constaté des douleurs à la mobilisation de l'épaule droite, surtout lors des mouvements contre résistance, et des douleurs du poignet dans les mouvements de flexion et à la palpation de l'articulation radio-cubitale distale. Selon lui, ces constatations concordaient avec l'événement invoqué par l'intéressé et semblaient plausibles. Le 21 juin 2013, la CNA a indiqué à l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 30 septembre 2011. Le 5 juillet 2013, l'intéressé a subi une intervention menée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, consistant en une suture du ligament scapho-lunaire du poignet droit avec double embrochages, une suture et réinsertion dorsale du ligament triangulaire du poignet droit et chondrectomie de propreté du pôle proximal de l'hamatum. Dans un rapport du 9 septembre 2013, ce médecin a expliqué qu'au niveau du poignet droit, l'évolution semblait favorable ensuite de ladite intervention. Le pronostic était bon. Par rapport de radiographies du poignet droit, face et profil, du 2 septembre 2013, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a décrit un status huit semaines après embrochage du ligament scapho-lunaire en raison d'une déchirure de ce ligament, sans anciens clichés standards à titre comparatif. Les radios actuelles montraient une situation correcte de deux broches traversant depuis le côté radial du poignet à la fois l'os scaphoïde et l'os semi-lunaire en passant à travers le ligament scapho-lunaire. Le Dr S.\_\_\_\_\_ relevait la persistance d'un léger diastasis entre le scaphoïde et le semi-lunaire avec une distance de 3 mm séparant ces deux os. Il mentionnait en outre une légère décalcification osseuse des os du carpe, sans signes d'un syndrome de Sudeck, une petite érosion déjà décrite de l'os crochu dans sa partie proximale et une arthrose de l'articulation radio-cubitale distale se manifestant par un pincement articulaire avec ostéophytose marginale. Le 6 septembre 2013, l'intéressé a subi une intervention menée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, soit l'ablation des deux broches. Le 19 novembre 2013, une opération a été effectuée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, consistant en une arthroscopie de l'épaule droite, avec toilette articulaire avec résection partielle du labrum antérieur et ténodèse du long chef du biceps par une petite arthrotomie, suture et réinsertion de la coiffe des rotateurs par des ancrs corkscrew 5 mm, pushlock 4,5 mm, bursectomie et acromioplastie. Le 28 mars 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conduit une nouvelle intervention sur l'intéressé, à savoir une arthrolyse endoscopique de l'épaule droite et une ablation du granulome et du nœud du fil de réinsertion du ligament scapho-lunaire du poignet droit. B. L'assuré a déposé une demande de prestations du 1<sup>er</sup> mai 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en mentionnant un accident professionnel et un traumatisme du poignet et de l'épaule droits, existant depuis le 30 septembre 2011. Le 27 mai 2014, T.\_\_\_\_\_ SA a rempli un questionnaire, donnant des précisions sur le salaire de l'intéressé et indiquant qu'il n'y avait pas de possibilité de placement en son sein pour l'assuré et que depuis le 4 mai 2011, ce dernier avait un rendement de 50 %. L'intéressé a séjourné à la Clinique K.\_\_\_\_\_ (ci-après : la K.\_\_\_\_\_) d 16 avril au 13 mai 2014. Aux termes d'un rapport final du 18 juin 2014, le Dr A.\_\_\_\_\_ et la Dre M.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-assistant à la K.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques

et fonctionnelles pour raideur de l'épaule et du poignet droits et les diagnostics supplémentaires de probable capsulite de l'épaule droite, d'arthrolyse endoscopique et mobilisation de l'épaule droite sous narcose le 28 mars 2014, d'arthroscopie de l'épaule droite le 19 novembre 2013, avec toilette articulaire, résection partielle du labrum antérieur et ténodèse du long chef du biceps, par une petite arthrotomie, suture et réinsertion de la coiffe des rotateurs, par des ancrs, bursectomie et acromioplastie, de déchirure complète du tendon du supra-épineux, partielle du tendon de l'infra-épineux et du sous-scapulaire, tendinopathie et rupture partielle du tendon du long chef du biceps, et conflit sous-acromial selon une arthro-IRM du 13 mars 2013, d'ablation des deux broches du poignet du 6 septembre 2013, d'arthroscopie du poignet droit du 5 juillet 2013, suture du ligament scapho-lunaire qui était maintenu provisoirement par deux broches, suture et réinsertion dorsales du ligament triangulaire et chondrectomie de propreté du pôle proximal de l'hamatum, de déchirure du ligament scapho-lunaire du poignet droit, désinsertion dorsale du ligament triangulaire du poignet droit, érosions cartilagineuses du pôle proximal de l'hamatum selon une arthro-IRM du 13 mars 2013 et de chute avec traumatisme du poignet droit du 30 septembre 2011. Les médecins ont précisé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie. Les plaintes fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. A la sortie, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de charges en porte-à-faux, travaux répétitifs du membre supérieur droit, travaux au-dessus du plan des épaules, travaux de force du membre supérieur droit. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 3 à 6 mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées était favorable. Dans un rapport de radiographies de l'épaule droite en rotation en interne et externe et du poignet droit face oblique du 11 septembre 2014, la Dre P. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a, en comparaison d'un cliché du poignet datant du 2 septembre 2013, décrit au niveau du poignet un status après ablation des broches situées dans les os scaphoïde et semi-lunaire avec un espace scapho-lunaire dans la norme, de 2 mm, un remodellement dégénératif entre le scaphoïde et les os trapèzes et trapézoïdes avec un espace articulaire irrégulier, aminci et un ostéophyte, une érosion sur le segment proximal de l'os crochu, comparable, l'absence d'autre anomalie des os du carpe ou de rapports articulaires, ainsi que quelques petites géodes/érosions à l'extrémité de la styloïde radiale, dans l'os semi-lunaire et le trapézoïde, sans changement. S'agissant de l'épaule, elle a constaté trois vis d'ancrage dans la tête humérale non présentes sur les clichés précédents de 2013, correspondant à des sutures tendineuses, et l'absence d'anomalie des rapports articulaires gléno-humérale ou sous-acromiale. Par rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 11 septembre 2014, la Dre P. \_\_\_\_\_ a conclu à un status après suture du tendon sus-épineux qui, compte tenu du status postopératoire, ne démontrait pas de signe de déchirure, ainsi qu'à l'absence de lésion des tendons sous-épineux et sous-scapulaire. Le long chef du biceps était mal reconnaissable dans son trajet intra-articulaire. Une structure pouvant correspondre à ce tendon était accolée à la capsule antéro-supérieure si celui-ci n'avait pas fait l'objet d'une ténodèse dans la gouttière bicapitale. La Dre P. \_\_\_\_\_ a aussi indiqué une déchirure de type SLAP du labrum débutant à midi et se prolongeant jusqu'à 17h. Le 27 janvier 2015, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a opéré une nouvelle fois l'intéressé, sous la forme d'une résection distale de la clavicule et

fixation selon Waever-Dunn. Le 8 avril 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement. Dans un rapport de radiographies de l'épaule droite de face en rotation interne et externe et du poignet droit face et profil du 30 avril 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_ a décrit ce qui suit : « En comparaison avec les radiographies de l'épaule droite réalisées le 11/09/2014, le status radiologique est resté pratiquement inchangé : on retrouve 3 vis d'ancrage situées au niveau de la tête humérale. Amincissement de l'espace sous-acromial par hypertrophie de la face inférieure de la pointe de l'acromion mais pas d'image de périarthrite calcifiante de l'épaule droite. Importante sclérose du bord supérieur du trochiter au niveau de l'insertion des tendons de la coiffe des rotateurs compatible avec une périarthrite non calcifiante de l'épaule. Légère chondropathie gléno-humérale se manifestant par un discret pincement articulaire supérieur. L'articulation acromio-claviculaire est encore bien conservée. La minéralisation osseuse est normale. Au niveau du poignet droit, il s'agit d'un status après embrochage du ligament scapho-lunaire en raison d'une déchirure de ce ligament, opération effectuée début juillet 2013. Status après ablation des deux broches. Les clichés actuels montrent l'absence de bâillement de l'espace situé entre le scaphoïde et le semi-lunaire avec une distance de seulement 1.5mm entre ces deux éléments osseux. Érosion connue de la partie proximale de l'os crochu. Arthrose radio-cubitale distale se manifestant par un pincement articulaire avec ostéophytose marginale. Arthrose débutante également de l'articulation radio-carpienne se manifestant par un discret pincement articulaire du côté radial. La minéralisation osseuse est tout à fait satisfaisante. » Par rapport du 3 juillet 2015, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assuré présentait une atteinte dans le territoire cubital droit. Le nerf cubital était luxable au coude mais l'examen clinique notamment de la force des muscles dépendant du nerf cubital dans l'avant-bras et de la vitesse de conduction motrice au niveau du coude étaient normales, indiquant qu'il n'y avait probablement pas d'atteinte grave à partir du coude. Par contre, il y avait clairement une atteinte du nerf moteur profond et probablement du nerf sensitif cubital. Il fallait considérer cette lésion comme consécutive aux accidents avec trauma du poignet. L'intéressé présentait d'autre part, une parésie de la pronation de la pince pouce index avec une douleur à l'arcade des pronateurs et un examen électroneuromyogramme qui confirmait une lésion ancienne du nerf interosseux antérieur droit. Le 2 octobre 2015, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a mené une nouvelle intervention auprès de l'assuré et effectué une cure d'épitrachléite, une neurolyse et transposition antérieure du nerf cubital au niveau du coude droit et une neurolyse du nerf cubital au niveau du tunnel de Guyon. Par rapport de radiographies mains face/oblique, épaule droite rotations interne et externe et clavicule droite face/tangentielle du 3 février 2016, la Dre X. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a décrit ce qui suit : « Main droite : On retrouve un remaniement avec des géodes kystiques dégénératives en miroir au niveau du scapho-lunaire, l'interligne scapho-lunaire est respecté. Arthrose radio-carpienne et arthrose radio-cubitale sans évolution significative par rapport aux images précédentes du 29/04/2015. Des géodes kystiques de type inclusion synoviale sont visibles également au niveau du scaphoïde et dans l'os pyramidal. Modification de rhizarthrose modérée. Atteinte dégénérative également sur les articulations inter-phalangiennes distales des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> rayons. Minéralisation osseuse conservée. Main gauche : Présence de géodes kystiques dégénératives dans les os scaphoïdes, grands os ainsi que semi-lunaires. Minime remaniement de type rhizarthrose. Minéralisation osseuse conservée. Epaule droite : Status post-ancrage des tendons de la coiffe des rotateurs au niveau huméral avec trois vis d'ancrage en place sans déplacement secondaire par rapport aux clichés comparatifs du

29/04/2015. Important remaniement avec des fragments osseux calcifiés sur la topographie de l'interligne acromio-claviculaire. » L'assuré a séjourné à la K. \_\_\_\_\_ une seconde fois du 25 mai au 22 juin 2016. Par rapport de la phase initiale du 31 mai 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en physique et réadaptation à la K. \_\_\_\_\_, a notamment constaté que les aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle liés au handicap étaient des douleurs et limitations fonctionnelles du membre supérieur droit (épaule, coude, poignet), une mobilité restreinte et un manque de force. Quant aux aspects non liés au handicap, il a mentionné un analphabétisme et des connaissances en français oral très limitées, une absence de qualification et une faible diversification professionnelle, une capacité d'apprentissage limitée, l'âge de l'intéressé, une intégration sociale restreinte et un isolement. Ainsi, selon ce médecin, les limitations fonctionnelles du membre supérieur droit étaient incompatibles avec la reprise du métier de maçon. Un changement de métier était nécessaire. Néanmoins, au vu des différents facteurs contextuels, les obstacles à une réorientation étaient importants (barrière linguistique, âge, ressources personnelles restreintes). Dans un rapport du 6 juin 2016, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la K. \_\_\_\_\_, a notamment estimé qu'il n'y avait pas d'indication à une infiltration et qu'il allait de soi qu'il n'y avait aucune indication à proposer un quelconque geste chirurgical supplémentaire. En outre, vu la longueur de l'évolution, une reprise de l'activité professionnelle de l'assuré dans le bâtiment semblait illusoire. Chez l'intéressé qui ne parlait pas français, une réorientation professionnelle n'était également pas envisageable. Aux termes d'un rapport d'ergothérapie du 22 juin 2016, G. \_\_\_\_\_, ergothérapeute à la K. \_\_\_\_\_, a notamment relevé que l'assuré présentait des difficultés pour saisir des objets en hauteur, pour soulever des objets lourds, et n'arrivait pas à soulever 10 kg. L'épaule était la partie du corps la plus douloureuse pour l'intéressé, qui l'empêchait d'agir correctement dans les activités de la vie quotidienne (se laver, couper les aliments, se raser...). Il utilisait principalement son membre supérieur gauche. Il disait avoir peur de bouger, de peur d'abîmer quelque chose dans le bras. Par rapport final du 24 juin 2016, la Dre W. \_\_\_\_\_ et le Dr L. \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-assistant à la K. \_\_\_\_\_, ont indiqué notamment ce qui suit [ sic ] : « [...] DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du membre supérieur droit DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES - 30.09.2011 : trauma du MSD [membre supérieur droit] avec : - déchirure complète du tendon du supra-épineux, partielle du tendon de l'infra-épineux et du sous-scapulaire et rupture partielle du tendon du long chef du biceps. - Déchirure du ligament scapho-lunaire du poignet droit, désinsertion dorsale du ligament triangulaire du poignet droit. - Légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude. - Troubles dégénératifs du carpe de la main droite. - Kyste dans l'articulation radio-carpienne distale du poignet droit. [...] APPRECIATION ET DISCUSSION A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs au niveau de l'épaule droite, au niveau de l'articulation acromioclaviculaire droite, irradiant dans la nuque de type « coups de poignard » au repos à 7/10 ; à l'activité à 9/10, soulagée par le Tramal et la glace, augmentées à l'activité, sans plus de précision. Il se plaint également de douleurs au niveau de l'épicondyle médial, qui irradient en direction du poignet droit, de type décharges électriques au repos à 4/10 ; à l'activité à 7/10. La douleur est augmentée lorsque le patient serre la main, et diminuée lorsqu'il prend le Tramadol ou a le bras tendu. Il se plaint de plus de douleurs au niveau du poignet droit en « coups de poignard », décharges électriques, au repos à 4/10 et lors de

l'activité à 10/10, qui irradient en direction du coude. La douleur est diminuée par les médicaments et par l'application d'une bande, et augmentée par l'inclinaison radiale et cubitale. L'examen clinique est décrit ci-dessus. Examens radiologiques : (depuis la dernière hospitalisation) Arthro-IRM de l'épaule droite du 11.09.2014 : status post-suture du tendon sus-épineux, sans signe de déchirure. Pas de lésion du tendon sous-épineux ou sous-scapulaire. Déchirure de type SLAP du labrum. RX épaule droite en rotation interne-externe du 11.09.2014 : trois vis au niveau de la tête humérale, correspondant à une suture tendineuse. Pas d'anomalie des rapports articulaires. RX poignet droit du 11.09.2014 : troubles dégénératifs de l'os scaphoïde et des os trapèze et trapézoïde. RX du 03.02.2016 : Poignet droite : troubles dégénératifs au niveau scapho-lunaire. Epaule droite : status post-ancrage tendon de la coiffe des rotateurs, au niveau de l'humérus, avec trois vis d'ancrage. Importants remaniements. Fragment osseux calcifié au niveau de l'interligne acromio-claviculaire. Clavicule droit : Pas de trait de fracture. Vis chirurgicale au niveau de la tête de l'humérus. Calcification au niveau de l'articulation acromioclaviculaire. RX poignet droit du 07.06.2016 : défaut osseux au niveau du pôle proximal de l'os hamatum. Lésions kystiques du pôle proximal de la scaphoïde. IRM épaule du 07.06.2016 : status post-opératoire sans signe de re-rupture de la coiffe des rotateurs. Arthrose acromio-claviculaire. Arthrophie graisseuse du sus-épineux d'environ 25%. Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour : Sur le plan orthopédique : troubles dégénératifs du carpe de la main droit, kyste dans l'articulation radio-carpienne distale du poignet droit. Sur le plan psychiatrique : nihil. Sur le plan neurologique : légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude (Cf. rapports de neurologie, neuropsychy). Autre : otite moyenne ddc [des deux côtés] et otite externe droite traitée par antibiothérapie (Amoxicilline pendant dix jours) pour lesquelles le patient a pris rendez-vous avec son médecin traitant afin d'évaluer l'évolution. De plus, un bilan sanguin met en évidence une hypercholestérolémie. De plus, nous notons des valeurs de CDT élevée. Nous proposons donc au médecin traitant de faire un contrôle du profil lipidique à trois mois et de rediscuter la consommation d'alcool avec le patient. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient à savoir une catastrophisation, une kinésiophobie modérée à sévère, une autolimitation importante, un faible niveau d'éducation avec une situation financière actuelle très précaire (avec une épouse qui souffre d'un cancer), chez un patient qui ne maîtrise pas le français, et qui présente une incapacité de travail de 100 % depuis 2013. Ces facteurs jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail. De plus, le diagnostic médical d'état dépressif, qui n'est plus d'actualité mais avec un traitement encore en cours chez un patient dépourvu psychologiquement, influence négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient. Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charges ci-dessous (Cf. rapports annexés) : - physiothérapie - ergothérapie - psychosomatique - ateliers professionnels Le traitement antalgique était constitué de Dafalgan et Tramadol, l'Arcoxia étant sevré au vu de son traitement concomitant antihypertenseur. L'évolution subjective et objective est non significative (Cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée : le patient était participatif mais reste focalisé sur la douleur, ce qui a rendu difficile la mise en place d'un programme thérapeutique optimal. Aucune incohérence n'a été relevée. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont

retenues : - au niveau de l'épaule, pas de port de charge ou travail de force au-dessus du plan des épaules, ports de charges en-dessous limité à 15 kg rarement, pas de restriction en-dessous de 7.5 kg. Pas de limitation dans les travaux fins. - au niveau du coude et de la main : ports de charges avec la main droite, mouvements répétitifs du coude et de la main droit, travail de force avec le membre supérieur droit. La situation est stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie du patient. Il est proposé que le patient consulte son chirurgien traitant afin d'évaluer la nécessité d'enlever le kyste au poignet droit. Une telle intervention ne va pas changer les limitations fonctionnelles de manière significative. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs non médicaux discutés ci-dessus. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs non médicaux discutés ci-dessus. [...] INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE - 100 % pour une longue durée. [...] » Le 9 septembre 2016, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a enlevé un kyste au poignet de l'assuré. Aux termes d'un rapport du 24 avril 2017, le Prof. V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique cervico-brachial droit, de status après arthroscopie du poignet droit, suture du ligament scapho-lunaire, suture et réinsertion dorsale du ligament triangulaire le 5 juillet 2013, de status après ablation de deux broches du poignet droit le 6 septembre 2013, de status après arthroscopie de l'épaule droite avec ténodèse du long biceps, suture et réinsertion de la coiffe des rotateurs le 19 novembre 2013, de status après arthrolyse endoscopique et mobilisation de l'épaule droite sous narcose selon Waever-Dunn droite le 27 janvier 2015 et de status après transposition antérieure du nerf cubital au niveau du coude droit, neurolyse du nerf cubital au niveau du tunnel de Guyon le 2 octobre 2015. Etaient également mentionnés les antécédents d'hypertension artérielle traitée, d'hypercholestérolémie, d'état dépressif traité et de status après intervention pour cataracte bilatérale. Le Prof. V. \_\_\_\_\_ a conclu à ce qui suit : « Conclusions, traitement et évolution M. N. \_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux cervico-brachial droit d'évolution chronique et persistant après six interventions chirurgicales au niveau du poignet, du coude et de l'épaule droits. Sur le plan objectif, il existe une discrète raideur résiduelle de l'épaule, plus marquée au niveau du poignet et des signes irritatifs sensitifs du nerf cubital au niveau du coude. La coiffe des rotateurs est cependant en continuité et il n'y a pas d'atrophie significative des corps musculaires. Il est possible que des facteurs non-orthopédiques participent également à l'évolution actuelle. Je ne retiens en ce qui me concerne pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale donc le pronostic fonctionnel reste dans ce contexte très réservé. » Dans un rapport d'examen final du 31 mai 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a apprécié la situation de l'assuré comme suit : « Appréciation [...] Actuellement, le patient, qui ne parle toujours pas le français et qui est venu avec sa fille, dit qu'il n'y a pas beaucoup de progrès par rapport à la situation qui prévalait il y a une année. Il a des douleurs de tout le MSD [membre supérieur droit], de l'épaule D, irradiant vers la colonne cervicale. Les douleurs sont constantes, également nocturnes, aggravées par la mobilisation. Le patient n'a plus de force et il est gêné dans toutes les AVQ [activités de la vie quotidienne]. Il fait beaucoup de choses avec la main G [gauche], comme se raser par exemple. Lorsque les douleurs sont trop fortes, elles provoqueraient parfois des malaises avec pertes de l'équilibre et chute qui auraient été

investigués a minima par le médecin traitant (?). A l'examen clinique, sans être exclu, le MSD est un peu mis de côté. Objectivement, on retrouve une amyotrophie assez marquée de l'épaule D, s'étendant à tout le MSD. La mobilité active de l'épaule D est misérable avec une élévation et une abduction qui ne sont qu'ébauchées mais le bras D peut toujours être facilement porté à 160° d'élévation, malgré les protestations du patient. En insistant, le Jobe est finalement tenu et la force de rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est difficilement testable. Les rotations sont mieux conservées, surtout la rotation externe. On retrouve un status après thénodèse du LCB [long chef du biceps]. Le coude D est calme, sensible à la palpation sur ses 2 versants. Il a une mobilité complète et une bonne force. Le poignet D est également calme, bien aligné. La mobilité est modérément limitée. Le pouce et les doigts longs sont normo-fonctionnels. La force de serrage de la main D est relativement conservée. Les ROT [réflexes ostéo-tendineux] sont normo-vifs, symétriques. On note une très discrète parésie et une légère hypoesthésie dans le territoire du nerf cubital D. Au terme d'une prise en charge thérapeutique qui ne manque pas d'interroger (6 interventions chirurgicales étagées au MSD dans les suites d'un traumatisme relativement mineur et en présence de facteurs contextuels de mauvais pronostic tout à fait évidents), on a donc un handicap subjectif majeur qui dépasse les constatations objectives de l'examen radio-clinique. En effet, si on comprend bien que le patient présente une certaine raideur du poignet D, on ne s'explique pas vraiment l'impotence fonctionnelle de l'épaule D, alors que la coiffe des rotateurs est en continuité et qu'il n'y a pas de capsulite. Du point de vue thérapeutique, il faut certainement en rester là. Dans une activité respectant ces limitations, du point de vue médico-théorique, rien ne s'oppose à ce que le patient travaille en plein, du moins pour les seules suites de l'accident, mais il est probable qu'il opposera des douleurs à tout ce qui lui sera proposé. Si on se réfère à la table 1 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/1.f-2000, un taux de 20% peut être retenu en présence d'une perte fonctionnelle de 40% du MSD (40% de 50% = 20%). » Le 4 juillet 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 août 2017, au motif notamment que les suites accidentelles étaient stabilisées. Elle allait encore examiner si l'assuré avait droit à d'autres prestations de sa part. Par décision du 23 août 2017, la CNA a refusé d'allouer une rente à l'assuré et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25'200 fr. pour une diminution de l'intégrité de 20 %. En substance, elle a retenu que l'intéressé pouvait exercer une activité professionnelle dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : au niveau de l'épaule, pas de port de charge ou travail de force au-dessus du plan des épaules, port de charges en-dessous limité à 15 kg rarement, pas de restriction en-dessous de 7,5 kg et pas de limitation dans les travaux fins. Au niveau du coude et de la main, port de charges avec la main droite, mouvements répétitifs du coude et de la main droite et travail de force avec le membre supérieur droit. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu mensuel de 5'061 fr.(13 ème salaire inclus). Comparé au gain de 5'487 fr. par mois (13 ème salaire inclus) qu'il réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte économique nettement inférieure à 10 %, ne donnant par conséquent pas droit au versement d'une rente. La CNA a en outre estimé que les troubles psychogènes de l'intéressé n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, n'ouvrant ainsi pas le droit à des prestations. L'assuré y a fait opposition le 13 septembre 2017 par l'intermédiaire de Me Jana Burysek. La CNA a confirmé sa position par décision sur opposition du 20 novembre 2017. Aux termes d'un certificat du 5 décembre 2017, la Dre J. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré ne

pouvait plus travailler dans son métier de maçon et que sa capacité de gain était notablement et durablement diminuée. L'intéressé était diminué dans l'utilisation de son membre supérieur droit avec lequel il ne pouvait pas porter de charge lourde ni faire de travaux lourds. L'exécution de travaux fins était également limitée, car l'assuré avait perdu la mobilité de la flexion-extension de son poignet. De plus, à la suite de la perte de son intégrité corporelle et de sa capacité de travail, l'intéressé avait développé un état dépressif pour lequel il était traité par antidépresseur et qui entraînait également des troubles psychiques avec trouble de la concentration, fatigabilité accrue et résistance diminuée. Selon la Dre J. \_\_\_\_\_, la capacité de travail actuelle était nulle. Le 29 décembre 2017, l'assureur-maladie perte de gain de l'assuré a indiqué que ce dernier bénéficiait de prestations pour perte de gain depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Par projet de décision du 31 janvier 2018, l'OAI a informé l'intéressé de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité d'un degré de 100 % du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 30 septembre 2016, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a considéré ce qui suit : « Exerçant une activité de maçon, M. N. \_\_\_\_\_ est en incapacité de travail continue depuis le 30 avril 2013. Suite à l'instruction de son dossier, il ressort que son activité habituelle n'est plus adaptée à son état de santé. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est estimée à 100 % dès le 6 juin 2016. Il peut exercer par exemple des activités industrielles légères (dans le conditionnement, contrôle, production). A l'échéance du délai de carence d'une année, son incapacité de travail et de gain est estimée à 100 % et il aurait eu droit à des prestations. Toutefois, 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 fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LAI. La demande déposée le 5 mai 2014 est donc tardive. Dès le 6 juin 2016, dans une activité adaptée à 100 %, il pourrait réaliser un salaire annuel de CHF 60'467.37 et son préjudice économique passe donc à 10 % selon le calcul ci-dessous : Dans sa situation, étant donné qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité. En l'occurrence, le salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine industriel léger est de CHF 67'185.97 à 100 %, en 2016. Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles plus son âge, justifiaient d'appliquer un abattement de 10 % sur le salaire statistique précité. Son revenu d'invalidité est donc de CHF 60'467.37. Dans son activité de maçon et sans atteinte à la santé, il aurait perçu en 2016 un revenu annuel de CHF 66'868.44. Comparaison des revenus : Revenus sans atteinte à la santé CHF 66'868.44 Revenu avec atteinte à la santé CHF 60'467.37 Perte de revenu CHF 6'401.07 Degré d'invalidité 9.57 % » Dans un certificat du 7 mars 2018, la Dre J. \_\_\_\_\_ a indiqué que, le 29 novembre 2017, les douleurs au membre supérieur droit étaient fortes et avaient provoqué un vertige avec probable malaise vagal avec chute sur le coude droit et les fesses. L'intéressé avait consulté pour cette raison le 1<sup>er</sup> décembre 2017. Depuis, il présentait des douleurs au niveau du sacrum, lesquelles augmentaient lorsqu'il était assis. Une IRM de la colonne lombaire et du bassin avait été effectuée le 25 janvier 2018, qui ne montrait pas de fracture, ni de défaut d'angulation, ni de luxation au niveau du sacrum et du coccyx. Il existait de discrètes altérations inflammatoires entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> vertèbre coccygienne. Il y avait de légères altérations inflammatoires péri-articulaires facettaires L4-L5 avec altérations dégénératives et discopathies et altérations dégénératives modérées de la jonction dorso-lombaire et basse lombaire, sans hernie discale, ni contrainte radiculaire. Une

infiltration scanoguidée sacro-coccygienne ainsi qu'un bloc caudal avaient été effectués le 23 février 2018, sans amélioration sur les douleurs sacro-coccygiennes. Le 8 mars 2018, l'assuré, représenté par Me Burysek, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision susmentionné. Il a revendiqué le droit à une rente entière également dès le 6 juin 2016. Il a fait valoir une violation du devoir d'instruction par l'OAI, estimant que celui-ci ne s'était fondé que sur le dossier de la CNA, soit avait examiné son droit exclusivement à l'aune de la notion d'accident. Il reprochait à l'OAI de ne pas avoir soumis le dossier au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Il contestait en outre la valeur probante du rapport d'examen final du 31 mai 2017 du Dr D.\_\_\_\_\_. Il a fait valoir qu'il ne ressortait pas du dossier que son état de santé se serait stabilisé au 6 juin 2016. Il a par ailleurs indiqué avoir perdu connaissance en début d'année en raison des douleurs, causant un dommage à son coccyx. Il contestait en outre le calcul du degré d'invalidité. Il requerrait enfin l'octroi de l'assistance juridique avec effet au 6 février 2018. Avec son envoi, il a produit un rapport du 29 janvier 2018 de la Dre SG.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, qui estimait que le traumatisme du 30 septembre 2011 avait occasionné une déchirure complète du tendon du supra-épineux, partielle du tendon du sus-épineux et du sous-scapulaire, rupture partielle du tendon du long chef du biceps, une déchirure du ligament scapho-lunaire, désinsertion dorsale du ligament triangulaire, une légère atteinte sensitive axonale du nerf cubital au coude droit, des troubles dégénératifs du carpe de la main droite et un kyste de l'articulation radio-carpienne distale du poignet droit. Elle était arrivée à la conclusion que l'assuré était en incapacité totale de reprendre son activité de maçon. Sur un plan médico-théorique, il était clair que dans une activité adaptée et non manuelle, l'intéressé pourrait avoir une activité professionnelle. Toutefois, comme le disait très clairement le Dr D.\_\_\_\_\_, il était probable que l'assuré opposerait des douleurs à tout ce qui lui serait proposé. A la décharge du patient, la Dre SG.\_\_\_\_\_ notait qu'il était d'origine portugaise, qu'il s'exprimait relativement mal en français et qu'il avait probablement un bagage éducatif relativement restreint. Dans un rapport du 16 avril 2018, la Dre LW.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie auprès du SMR, a retenu une atteinte incapacitante à 100 % dans toute activité jusqu'à juin 2016. Ensuite, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %, non pas grâce à une amélioration de la symptomatologie, qui n'était effectivement pas documentée, mais en raison de la stabilisation de l'état de santé qui permettait théoriquement une réinsertion dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient celles retenues dans le rapport de la K.\_\_\_\_\_ du 24 juin 2016. Les renseignements médicaux étaient suffisants pour le SMR, même en faisant abstraction du rapport d'examen du Dr D.\_\_\_\_\_, car les diagnostics étaient clairs et les constats médicaux cohérents. Concernant la plainte très récente des douleurs coccygiennes (certificat du 7 mars du 2018 de la Dre J.\_\_\_\_\_), l'affection était labile et ne devrait pas constituer une limitation fonctionnelle additionnelle sur la durée. Par projet de décision du 29 mai 2018, confirmé par décision du 19 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande d'octroi de l'assistance juridique gratuite. Dans une décision du 20 juin 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 31 janvier 2018. C. Par acte du 21 août 2018, N.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée du 20 juin 2018, en concluant à son annulation en ce sens, principalement, qu'il a droit, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants (procédure ouverte sous la présente référence AI 248/18). Il a également

recours à l'encontre de la décision du 19 juillet 2018, en concluant à son annulation et à ce qu'il soit reconnu qu'il a droit à l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative (procédure ouverte sous la référence AI 256/18). L'intéressé a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire. En substance, il a repris ses précédents arguments, reprochant notamment à l'intimé de ne avoir pris en considération les rapports des Drs V. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_, W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, ainsi que celui du 24 juin 2016 de la K. \_\_\_\_\_, qu'il estimait être pourtant motivés, clairs et complets. Il a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire en orthopédie et psychiatrie. Par décision du 24 août 2018, la juge instructrice a octroyé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 août 2018, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jana Burysek. Le 27 septembre 2018, l'intimé a répondu et conclu au rejet du recours, se référant à la teneur de la décision litigieuse. Aux termes d'une réplique du 22 octobre 2018, le recourant a fait valoir que la CNA avait estimé qu'il avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Par ailleurs et dès cette date, il avait été reconnu incapable de travailler à 100 % par l'assureur-maladie perte de gain de son employeur sur la base d'une expertise bidisciplinaire dont il requérait la production. Interpellé par la juge instructrice, l'assureur-maladie perte de gain a produit un rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018, par lequel le Dr QZ. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a apprécié la situation du recourant comme suit : « [...] 5. LES TROUBLES RAPPORTES PAR L'EXPERTISE SONT-ILS CONCORDANTS AVEC LES RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE ET PARACINIQUE AINSI QUE LA DOCUMENTATION A VOTRE DISPOSITION ? DANS LA NEGATIVE MOTIVEZ LA REponse : Les troubles rapportés par l'expertisé sont concordants avec les résultats de l'examen clinique. En effet, il présente un syndrome cervico-brachial, partiellement C6 irritatif D, ainsi que des omalgies D persistantes et ce, dans un contexte d'une part d'une discopathie cervicale sous-jacente significative et d'autre part, d'un status post multiples opérations de l'épaule D avec tendinopathie, rupture du sus-épineux. L'examen s'inscrit cependant en avant-plan d'une légère diminution du seuil de déclenchement à la douleur et douleurs insertionnelles multiples. 6. DIAGNOSTICS 6.1 Synthèse des éléments permettant d'arriver au diagnostic : Nous sommes confrontés à une personne assurée de [...] ans, d'origine [...], en Suisse depuis [...], détenteur d'un permis C, marié père de [...], sans formation professionnelle, ayant toujours travaillé comme maçon, à l'arrêt de travail depuis 2011, émargeant au chômage pendant sept mois jusqu'en février 2017, il est à l'arrêt de travail depuis novembre 2017, suite à une deuxième chute de sa hauteur. Du point de vue médical, il présente une première chute de sa hauteur en septembre 2011, ayant entraîné des lésions du poignet et l'épaule, associées depuis 2013 à des lombalgies devenant de plus en plus importantes. Il a subi de multiples opérations telles que prédécrites. L'évolution est peu favorable, avec persistance de la même symptomatologie douloureuse au niveau cervico-brachial et de l'épaule D. Il signale une deuxième chute le 29.11.2017, des douleurs sacro-coccygiennes et lombaires basses pour lesquelles il subit une infiltration sacro-coccygienne en février 2018, sans effet positif. En effet, il signale depuis lors la persistance de lombalgies basses, des cervico-brachialgies et des omalgies D. Le status de ce jour met en évidence un syndrome cervico-brachial partiellement C6 irritatif D, et lombo-vertébral non déficitaire et non irritatif. L'examen de l'épaule D met en évidence une limitation des amplitudes articulaires en antépulsion et en abduction. Le test de Jobe est peu tenu à D. L'examen du poignet D met en évidence une ankylose avec limitation des

amplitudes articulaires en flexion-extension au tiers de course. Il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite. Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour met en évidence une rupture transfixiante du sus-épineux et un status post ténodèse du long chef du biceps associés à une arthropathie acromio-claviculaire, une minime discopathie L5-S1 et arthrose postérieure à ce niveau, une discopathie avancée en C4-C5, C5-C6, et avec nette diminution du trou de conjugaison à ce niveau à D. 6.2

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : Ø Syndrome cervico-brachial récurrent, partiellement C6 irritatif D - discopathie C4-C5, C5-C6 Ø Syndrome lombo-vertébral récurrent, sur probable arthrose facettaire postérieure L5-S1 - status post contusion sacro-coccygienne en novembre 2017 Ø Omalgies D persistantes - ténosynovite et rupture quasi complète du sus-épineux et arthropathie acromio-claviculaire - status post arthroscopie de l'épaule D et toilette articulaire et résection du labrum antérieur et tédinodèse du long chef du biceps le 19.11.2013 - status post arthrolyse endoscopique et mobilisation de l'épaule D le 28.03.2014 Ø Douleurs du poignet D d'origine peu claire - status post suture et réinsertion dorsale du ligament triangulaire et chondrectomie par arthroscopie le 05.07.2013. - status post ablation des deux broches du poignet le 06.09.2013 - status post déchirure du ligament scapho-lunaire post traumatique le 30.09.2011 6.3

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : Ø Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique - Légère diminution du seuil de déclenchement à la douleur Ø Hypertension artérielle stable sous traitement Ø Status post cataracte bilatérale opérée Ø Antrite à Helicobacter pylori en 2010 Ø Status post résection polype sénile en 2010 Ø Status post opération d'un ptérygion bilatéral en 2008 Ø Hypercholestérolémie anamnestique.

7. UNE REPRISE DU TRAVAIL EST-ELLE EXIGIBLE ? 7.1 Dans l'activité habituelle Dans l'activité habituelle de maçon, sa capacité de travail est de 30%. 7.2 Dans une activité adaptée à l'état de santé En respectant les limitations fonctionnelles suivantes : limitations des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier au-dessus de l'horizontale en abduction et en antépulsion avec le MSD de plus de 2 kg et de manière répétitive, mouvements de préhension avec la main D de manière répétitive, du point de vue purement rhumatologique et limitations des mouvements en flexion-extension de la nuque, sa capacité de travail est estimée à 100% avec diminution de rendement de 10% et ce, au vu de la longue inactivité professionnelle. Du point de vue bidisciplinaire après discussion avec le Dr FV. \_\_\_\_\_, en intégrant l'aspect rhumatologique et psychiatrique, l'assuré présente une capacité de travail à 100% diminution de rendement de 10%, et ce, dès ce jour avec [ sic ] En effet, du point de vue psychiatrique, sa capacité de travail est entière, en l'absence de diagnostic psychiatrique invalidant.

8. ACTIVITE ADAPTEE 8.1 Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux doivent satisfaire l'activité adaptée ? Les limitations fonctionnelles sont décrites au point 7.2 8.2 Quelle activité concrète pourrait être considérée comme adaptée ? Surveillance, accueil, ou magasinage d'objets ou de nourriture légère... Cependant, l'assuré ne maîtrise pas le français.

9. OPTIONS THERAPEUTIQUES EVENTUELLES SUSCEPTIBLES D'AMELIORER NOTAMMENT LA CAPACITE DE TRAVAIL ; LEUR EXIGIBILITE ET LEUR DUREE ? Du point de vue thérapeutique, il est opportun d'éviter tout acte chirurgical tant au niveau de l'épaule que du dos. L'assuré devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge en thérapie manuelle concernant la région cervicale avec étirements neuro-méningés. La poursuite de la médication antalgique est de mise.

10. REMARQUE A noter que l'assuré émarge au chômage de juillet 2017 à février 2018, à 70%. Ce qui dénote une certaine capacité de travail résiduelle. Cette appréciation

s'apparente à celle du Dr D. \_\_\_\_\_, qui estime qu'une capacité de travail résiduelle peut être raisonnablement exigée. Cependant, le dossier mis à disposition ce jour ne révèle à aucune reprise les lésions cervicales sous-jacentes qui pourraient expliquer, en partie du moins, l'ampleur de la symptomatologie douloureuse du MSD et pour lequel aucune prise en charge thérapeutique n'aurait été prodiguée. » L'assureur-maladie perte de gain a également produit un rapport d'expertise psychiatrique du 8 novembre 2018, par lequel le Dr FV. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a posé aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble de la symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes léger à moyen chronique, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive en rémission. Il a considéré que l'intéressé présentait une capacité de travail totale dans toute activité depuis toujours d'un point de vue psychiatrique. Il a précisé que les facteurs qui sortaient du champ médical étaient pour l'essentiel l'analphabétisme, l'âge, l'absence de qualification professionnelle. Le 10 janvier 2019, l'intimé a confirmé ses conclusions, relevant qu'il ressortait des rapports d'expertise produits que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le recourant présentait une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 10 % au vu de sa longue inactivité professionnelle, soit pour des raisons non médicales. Le 15 février 2019, le recourant a fait valoir que l'intimé n'avait pas pris en considération dans son examen final la problématique du rachis cervical et du rachis dorso-lombaire. Les limitations fonctionnelles ressortant du rapport d'expertise du Dr QZ. \_\_\_\_\_ étaient en outre plus importantes que celles retenues par les médecins de la K. \_\_\_\_\_. Il a relevé que l'intimé avait estimé que son état de santé était stabilisé au 6 juin 2016, que la CNA avait fixé au 1<sup>er</sup> septembre 2017 le recouvrement de sa capacité de travail et que l'assureur-maladie perte de gain avait considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée n'intervenait qu'au mois de novembre 2018. Ces éléments étaient contradictoires, tout comme le fait que toutes ces institutions retenaient des degrés d'invalidité différents. En définitive, l'état de santé de l'intéressé avait évolué depuis le mois de juin 2016 et l'intimé avait rendu prématurément la décision litigieuse. En annexe à son écriture, le recourant a produit une décision du 28 novembre 2018, par laquelle l'assureur-maladie perte de gain a accordé au recourant une indemnité journalière de transition du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 28 février 2019 pour le changement d'occupation dans une activité adaptée à son état de santé. Le taux de sa perte de gain était de 23 % et ne lui donnait ainsi pas droit à l'indemnité journalière après cette date. Pour arriver à ce taux, l'assureur-maladie perte de gain a retenu un revenu annuel sans invalidité de 65'893 fr. 45 et un revenu annuel d'invalidé raisonnablement exigible de 50'792 fr. après un abattement de 25 % sur un revenu annuel d'invalidé de 67'723 fr. 45 compte tenu de l'âge et des limitations fonctionnelles de l'intéressé. Le 12 avril 2019, le recourant a corrigé sa conclusion principale en ce sens qu'il concluait à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016. Le 6 mai 2019, l'intimé a maintenu sa position. D. Par arrêt rendu ce jour (AI 256/18 - 327/2020), la Cour de céans a rejeté le recours du 21 août 2018, en ce qu'il tendait à l'octroi de l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative, et confirmé la décision rendue le 19 juillet 2018 par l'intimé. Dans un autre arrêt rendu ce jour (AA 163/17 - 142/2020), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'intéressé le 22 décembre 2017 à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 20 novembre 2017, dans le but d'obtenir l'octroi d'une rente d'invalidité de cette institution dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, et a confirmé ladite décision sur opposition. E n d r o i t : 1. a) La LPGA

(loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant au versement d'une rente de la part de l'intimé au-delà du 30 septembre 2016 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). i) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se

fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). ii) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être

raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). 5. a) En l'espèce, il est constant qu'ensuite de cet accident, l'intéressé présente désormais dans son activité habituelle de maçon une incapacité de travail totale (cf. notamment rapport final de la K. \_\_\_\_\_ du 24 juin 2016 et rapport du 29 janvier 2018 de la Dre SG. \_\_\_\_\_) ou

quasiment totale (cf. rapport d'expertise du 24 septembre 2018 du Dr QZ. \_\_\_\_\_). Reste à déterminer s'il présente une capacité de travail dans une activité adaptée. A la faveur du second séjour du recourant à la K. \_\_\_\_\_, il a été diagnostiqué des troubles dégénératifs du carpe de la main droite, un kyste dans l'articulation radio-carpienne distale du poignet droit, une légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude, des otites et une hypercholestérolémie (cf. rapport final du 24 juin 2016 des Drs W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_). Aucun diagnostic psychiatrique n'a cependant été retenu. Selon les médecins de la K. \_\_\_\_\_, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour, plus exactement par les diagnostics précités. Ces médecins ont ensuite énuméré les facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles. Il s'agit soit de facteurs socioculturels ou psychosociaux, lesquels ne constituent pas une atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 in fine ), soit d'atteintes relevant de la sphère psychique (état dépressif traité, catastrophisation, kinésiophobie), dont il doit également être fait abstraction de leur influence sur la capacité de travail comme on le verra ci-dessous (cf. consid. 5c infra ). En relation avec ce qui précède, il est encore relevé que le Prof. V. \_\_\_\_\_ a également estimé qu'il était possible que des facteurs non-orthopédiques participent à « l'évolution actuelle » (cf. rapport du 24 avril 2017). Partant, les facteurs susmentionnés influençant négativement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ne sont pas du ressort de l'intimé. A ce sujet, les Drs W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont retenu que les limitations fonctionnelles définitives étaient, au niveau de l'épaule droite, pas de port de charge ou travail en force au-dessus du plan des épaules, ports de charges en-dessous limité à 15 kg rarement, pas de restriction en-dessous de 7.5 kg, sans limitation dans les travaux fins, et, au niveau du coude et de la main, pas de ports de charges avec la main droite, pas de mouvements répétitifs du coude et de la main droits, pas travail de force avec le membre supérieur droit (cf. rapport final de la K. \_\_\_\_\_ du 24 juin 2016). b) Excepté les rapports de la Dre J. \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, aucun rapport au dossier ne vient contredire cette appréciation. Les limitations fonctionnelles retenues par les Drs W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ l'ont été sur la base des indications de tous les intervenants, y compris celles de l'ergothérapeute G. \_\_\_\_\_ ou encore du Dr R. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 22 juin 2016, G. \_\_\_\_\_ a en effet relevé que le recourant présentait des difficultés pour saisir des objets en hauteur, pour soulever des objets lourds, et n'arrivait pas à soulever 10 kg. Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, il a constaté que les aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle liés au handicap étaient des douleurs et limitations fonctionnelles du membre supérieur droit (épaule, coude, poignet), une mobilité restreinte et un manque de force (cf. rapport de la phase initiale du 31 mai 2016). S'agissant du Prof. V. \_\_\_\_\_, il a mentionné sur le plan objectif une discrète raideur résiduelle de l'épaule, plus marquée au niveau du poignet, des signes irritatifs sensitifs du nerf cubital au niveau du coude, une coiffe des rotateurs cependant en continuité et l'absence d'atrophie significative des corps musculaires (cf. rapport du 24 avril 2017). Force est de constater que ces constats sont compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues par les Drs W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_. Il est précisé qu'en l'absence d'atteinte neurologique significative – les Drs W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ mentionnant uniquement une légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude (cf. rapport final du 24 juin 2016) –, il apparaît que l'amyotrophie de l'épaule droite

du recourant est la conséquence de la limitation de la mobilisation du bras droit. Cette atteinte n'est de toute manière par déterminante et ne modifie en rien les limitations fonctionnelles retenues en relation avec le membre supérieur. A cet égard, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne retient pas de limitation fonctionnelle supplémentaire en lien avec l'amyotrophie (cf. rapport d'examen final du 31 mai 2017) et le Prof. V. \_\_\_\_\_ ne la considère pas significative (cf. rapport du 24 avril 2017). Le recourant se prévaut également de douleurs au niveau du sacrum consécutives à une chute du 29 novembre 2017, se fondant à cet égard sur un certificat du 7 mars 2018 de la Dre J. \_\_\_\_\_. Tout d'abord, force est de constater que la Dre J. \_\_\_\_\_ n'a évoqué aucune incapacité de travail ou limitation fonctionnelle qui découleraient des atteintes lombo-sacrées qu'elle a décrites. Ensuite, la Dre LW. \_\_\_\_\_ du SMR, qui a eu connaissance du dossier et en particulier dudit certificat du 7 mars 2018 de la Dre J. \_\_\_\_\_, a estimé que l'affection était labile et ne devait pas constituer une limitation fonctionnelle additionnelle sur la durée (cf. rapport du 16 avril 2018). Quoi qu'il en soit, le rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018 du Dr QZ. \_\_\_\_\_ permet de compléter l'appréciation s'agissant du syndrome cervico-brachial et du syndrome lombo-vertébral. Au niveau somatique, ce médecin a ainsi posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome cervico-brachial récurrent, partiellement C6 irritatif D (discopathie C4-C5, C5-C6), de syndrome lombo-vertébral récurrent, sur probable arthrose facettaire postérieure L5-S1 (status post contusion sacro-coccygienne en novembre 2017), d'omalgies droites persistantes (ténosynovite et rupture quasi complète du sus-épineux et arthropathie acromio-claviculaire ; status post arthroscopie de l'épaule droite et toilette articulaire et résection du labrum antérieur et tédinodèse du long chef du biceps le 19 novembre 2013 ; status post arthrolyse endoscopique et mobilisation de l'épaule droite le 28 mars 2014) et de douleurs du poignet droit d'origine peu claire (status post suture et réinsertion dorsale du ligament triangulaire et chondrectomie par arthroscopie le 5 juillet 2013 ; status post ablation des deux broches du poignet le 6 septembre 2013 ; status post déchirure du ligament scapho-lunaire post traumatique le 30 septembre 2011). Il a également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (légère diminution du seuil de déclenchement à la douleur), d'hypertension artérielle stable sous traitement, de status post cataracte bilatérale opérée, d'antrite à *Helicobacter pylori* en 2010, de status post résection polype sénile en 2010, de status post opération d'un ptérygion bilatéral en 2008 et d'hypercholestérolémie anamnétique. Il a retenu que le recourant présentait par conséquent les limitations fonctionnelles suivantes : limitations des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier au-dessus de l'horizontale en abduction et en antépulsion avec le membre supérieur droit de plus de 2 kg de manière répétitive, des mouvements de préhension avec la main droite de manière répétitive et, du point de vue purement rhumatologique, des mouvements en flexion-extension de la nuque. Pour l'essentiel, ces limitations fonctionnelles sont ainsi identiques, voire moins restrictives que celle retenues par les médecins de la K. \_\_\_\_\_, dans la mesure où le Dr QZ. \_\_\_\_\_ retient la possibilité de port de charges jusqu'à 2 kg en antépulsion alors que les médecins de la K. \_\_\_\_\_ l'excluent. Seules diffèrent de l'appréciation des Drs W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, les limitations des mouvements en flexion-extension de la nuque, lesquelles sont en lien avec la discopathie cervicale d'origine dégénérative et n'ont dès lors pas été étudiées par les médecins de la K. \_\_\_\_\_. Il y a cependant lieu de constater que même en tenant compte des syndromes cervico-brachial et lombo-vertébral, le Dr QZ. \_\_\_\_\_, retient une capacité de travail de 100 % avec une

diminution de rendement de 10 %, précisant que cette diminution découle de la longue inactivité professionnelle, soit d'un facteur qui ne constitue pas une atteinte à la santé et ne relève dès lors pas de la responsabilité de l'intimé. Cette appréciation confirme celle de la Dre SG. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 29 janvier 2018), qui avait considéré que, sur un plan médico-théorique, l'intéressé pourrait travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé qu'il était probable que le recourant opposerait des douleurs à tout ce qui lui serait proposé. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). En l'espèce, aucun rapport médical ne permet de confirmer, par des observations médicales concluantes, les allégations de douleurs qui iraient au-delà de celles reconnues dans le rapport final du 24 juin 2016 des Drs W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ et dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018 du Dr QZ. \_\_\_\_\_. c) Le recourant invoque également une atteinte psychique. A ce sujet, la Dre J. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'ensuite de la perte de son intégrité corporelle et de sa capacité de travail, l'intéressé avait développé un état dépressif pour lequel il était traité par antidépresseur et qui entraînait également des troubles psychiques avec trouble de la concentration, fatigabilité accrue et résistance diminuée (cf. certificat du 5 décembre 2017). Par analogie avec la jurisprudence en matière d'expertise (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6), l'appréciation des effets d'une atteinte à la santé psychique devrait en principe émaner d'un psychiatre et s'appuyer lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu. En l'occurrence, le recourant n'est pas suivi par un médecin psychiatre et l'appréciation de la Dre J. \_\_\_\_\_, laquelle est au bénéfice d'une spécialisation en médecine générale, ne saurait se substituer telle quelle à celle d'un confrère psychiatre. Par ailleurs, elle mentionne un état dépressif et relève quelques critères ne permettant ni de discerner l'un ou l'autre des diagnostics constitutifs d'un trouble de l'humeur au sens de la CIM-10 (Classification internationale des Maladies – ICD-10 2014), ni d'en apprécier les effets intrinsèques sur la capacité de travail de son patient. Ainsi, jusqu'à la date du rapport d'expertise psychiatrique du 8 novembre 2018 du Dr FV. \_\_\_\_\_, il n'existait pas de diagnostic psychiatrique valablement posé. En outre, si celui-ci a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble de la symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes léger à moyen chronique, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive en rémission, il n'a cependant retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a ainsi expliqué que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'intéressé était entière. En l'absence de rapports médicaux pertinents permettant de mettre en doute cette appréciation, elle doit être suivie. Ainsi, les troubles d'ordre psychique de l'intéressé ne réduisent pas sa capacité de travail. d) Partant, force est de constater qu'à l'exception des rapports de la Dre J. \_\_\_\_\_, les rapports au dossier convergent et permettent de statuer en connaissance de cause. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue au rapport du 24 juin 2016 des médecins de la K. \_\_\_\_\_, complété par le rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018 du Dr QZ. \_\_\_\_\_ et le rapport d'expertise psychiatrique du 8 novembre 2018 du Dr FV. \_\_\_\_\_, ainsi qu'au rapport du 16 avril 2018 de la Dre LW. \_\_\_\_\_ . Le

recourant n'amène aucun élément médicalement objectivé susceptible de jeter le doute sur ces rapports. Il y a dès lors lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 6. Pour calculer le degré d'invalidité, l'intimé a retenu un revenu sans atteinte à la santé de 66'868 fr. 44 et un revenu avec atteinte à la santé de 60'467 fr. 37. a) S'agissant du revenu sans atteinte à la santé, il s'est fondé sur le salaire indiqué par l'employeur dans le questionnaire du 27 mai 2014, puis l'a indexé à 2016. En ce qui concerne le revenu avec atteinte à la santé, il s'est référé aux salaires de références ressortant des données statistiques ESS de l'année 2014 (ESS 2014, TA1\_skill\_level, niveau de compétences 1). Le salaire brut standardisé ainsi obtenu tenant compte d'un horaire de travail de quarante heures par semaine, l'intimé l'a adapté à la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises de 41.7 heures (cf. La Vie économique), puis l'a également indexé à 2016, pour obtenir un revenu annuel de 67'185 fr. 97. Il a ensuite appliqué un taux d'abattement de 10 % à ce salaire annuel (cf. consid. 3b/ii supra) compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant, pour retenir en définitive le montant de 60'467 fr. 37. Cette manière de procéder n'est pas critiquable, étant relevé que l'intéressé n'émet d'ailleurs aucun grief concret à l'encontre du calcul opéré par l'intimé. Il est encore précisé que, même dans l'hypothèse où l'usage du membre supérieur droit était exclu, la jurisprudence relative au taux d'abattement en matière d'activité mono-manuelle (cf. TF 9C\_649/2018 du 15 janvier 2019 consid. 4.4) permettrait de retenir au maximum un taux d'abattement de 25 %, ainsi qu'opéré par l'assureur maladie perte de gain (cf. décision du 28 novembre 2018). L'application de ce taux conduirait à retenir un revenu avec invalidité de 50'389 fr. 47 (67'185 fr. 97 – [67'185 fr. 97 x 0.25]). En découlerait alors une perte de revenu de 16'478 fr. 97 (66'868 fr. 44 - 50'389 fr. 47) et un degré d'invalidité de 24.6 %, lequel n'ouvrirait pas non plus le droit à une rente (cf. 3b supra), ni au demeurant à des mesures professionnelles, la capacité de gain du recourant ne pouvant en effet être améliorée (cf. art. 8 al. 1 let. a LAI).

b) S'agissant de la critique de l'intéressé quant aux différents degrés d'invalidité calculés par les assureurs sociaux, il y a lieu de constater que le degré d'invalidité retenu par la CNA (cf. décision sur opposition du 20 novembre 2017) est équivalent à celui de l'intimé et que le degré d'invalidité retenu par l'assureur-maladie perte de gain de 23 % (cf. décision du 28 novembre 2018) correspond à celui de 24.6 % qui serait retenu s'il était considéré que l'usage du membre supérieur droit du recourant était exclu. Or, comme vu ci-dessus, ce degré d'invalidité n'ouvrirait pas plus de droit à l'intéressé. Au demeurant, il est rappelé que l'assureur-invalidité n'est lié ni par l'évaluation de l'invalidité de l'assureur-accidents (cf. ATF 133 V 549 consid. 6 ; TF 9C\_170/2017 du 8 août 2017 consid. 4.4), ni par celle de l'assureur-maladie perte de gain, par application par analogie de la jurisprudence fédérale précitée. Ces considérations valent par ailleurs également pour la date à partir de laquelle les assureurs sociaux ont estimé que l'état de santé du recourant était stabilisé. En outre, seul l'intimé a formellement fixé au mois de juin 2016 la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé (cf. décision du 20 juin 2018 et rapport du 16 avril 2018 de la Dre LW. \_\_\_\_\_), mois durant lequel l'intéressé a effectué son second séjour au sein de la K. \_\_\_\_\_. Au terme de ce séjour, les Drs W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont considéré que « la situation [était] stabilisée du point de vue médical » (cf. rapport final du 24 juin 2016).

c) Dite stabilisation étant fixée au mois de juin 2016, l'intimé était par conséquent légitimé à supprimer la rente entière, octroyée pour la période antérieure, après un délai de trois mois (cf. consid. 3c supra), soit au 1<sup>er</sup> octobre 2016. 7. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire en orthopédie et psychiatrie (cf. recours du 21 août

2018). Il convient de rejeter cette requête dès lors que les pièces au dossier permettent de statuer en connaissance de cause et que l'expertise requise n'aboutirait pas, selon toute vraisemblance, à poser d'autres constatations relatives à l'état de fait pertinent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Par décision de la juge instructrice du 24 août 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 août 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Burysek. Cette dernière a produit sa liste des opérations le 18 juin 2019. Il en ressort un total 16.7 heures consacré tant à la présente cause qu'à celle sous référence AI 256/18. En particulier, la rédaction du recours a nécessité 13 heures. Cette durée est cependant disproportionnée. En effet, l'état de fait médical en procédure administrative devant l'intimé est pour l'essentiel identique au dossier de la CNA dans la cause AA 163/17 et le litige porte également sur l'appréciation de la capacité de travail du recourant en relation avec les atteints somatiques. Or, dans un arrêt rendu ce jour par la Cour de céans dans la cause concernant le dossier de la CNA (AA 163/17 – 142/2020), une pleine indemnité d'office a été accordée à Me Burysek. Dès lors, cette dernière connaissait déjà le dossier lors de la rédaction du présent recours et a pu passablement s'inspirer de celui rédigé dans la cause ouverte à l'encontre de la CNA, pour lequel elle a déjà été indemnisée. Il se justifie par conséquent de réduire le temps attribué à la rédaction du recours de 13 heures à 6 heures. Le reste des opérations étant justifié, l'indemnité de Me Burysek est arrêtée à 1'955 fr. 40, débours et TVA compris. Ce montant concernant le travail effectué par Me Burysek tant dans la présente cause que dans celle ouverte sous référence AI 256/18, il se justifie de le répartir à raison de 1'455 fr. 40 dans le présent arrêt et de 500 fr. dans celui référencé sous AI 256/18. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 20 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) pour N. \_\_\_\_\_, sont laissés à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité de Me Jana Burysek est arrêtée à 1'455 fr. 40 (mille quatre cent cinquante-cinq francs et quarante centimes), débours et TVA compris. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du

conseil d'office mis à la charge de l'Etat. VI. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente :  
Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié  
à : ■ Me Jana Burysek (pour le recourant), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le  
canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le  
présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal  
fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110),  
cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours  
doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans  
les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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