

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 45 vom 15. April 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__45

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 45 du 15 avril 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 45 del 15 aprile 2021

Regeste

DÉCISION DE RENVOI, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE},
NOUVELLE DEMANDE | 28 al. 1 LAI, 43 al. 1 LPGA, 87 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.04.2021 Arrêt / 2021 / 45

DÉCISION DE RENVOI, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE},
NOUVELLE DEMANDE | 28 al. 1 LAI, 43 al. 1 LPGA, 87 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 99/20 - 129/2021 ZD20.011968 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 15 avril 2021 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard ,

présidente M. Neu et Mme Berberat, juges Greffière : Mme Neurohr ***** Cause

pendante entre : X. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Julien Gafner, avocat à
Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI ; art. 87 RAI. E n f a i t : A. a)

X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, travaillait en tant qu'ouvrier
agricole lorsqu'il a déposé, en 1998, une première demande de prestations

d'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud

(ci-après : l'OAI ou l'intimé), du fait des conséquences d'un coup de sabot reçu dans

l'abdomen. Par décision du 19 septembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour les

assurés résidents à l'étranger (OAIE) a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1
er juillet au 31 décembre 1998 et une demi-rente d'invalidité pour le mois de janvier 1999,

avec les rentes complémentaires pour ses enfants. Cette décision a été annulée par arrêt du 4

octobre 2002 de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les

personnes résidant à l'étranger. b) Alors que l'assuré travaillait à mi-temps en tant

qu'assistant au service technique d'une boîte de nuit, celui-ci a chuté dans des escaliers en

octobre 2013 et s'est tordu le poignet, ce qui a occasionné une incapacité de travail. Le 10

mars 2014, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, en

raison de l'incapacité de travail consécutive à cet accident. L'intéressé avait été victime

d'une entorse du poignet droit sur début d'arthrose radio-carpienne, puis avait été opéré le 6

février 2014 d'un syndrome du canal carpien post-traumatique droit (avis du Service

médical régional de l'assurance-invalidité [SMR] du 6 juin 2014). Dans une décision du 25

septembre 2014, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité, relevant qu'il

avait présenté une incapacité de travail et de gain entière dans toute activité du 29 octobre

2013 au 31 mars 2014, mais qu'à partir du 1 er avril 2014, sa capacité de travail était à

nouveau entière dans son activité habituelle. B. a) Le 26 avril 2016, l'assuré, qui travaillait

alors à plein temps en tant que concierge, a chuté dans les escaliers sur son lieu de travail et

s'est blessé à l'épaule gauche. Son assureur-accidents, V. _____, a pris en charge le cas.

Le 20 septembre 2016, l'assuré a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, en raison d'une déchirure de la coiffe des rotateurs à gauche subie au début de l'année 2016. Dans le formulaire de demande, il a indiqué être en incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident. Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a notamment sollicité le dossier constitué par V._____. b) Il ressort du dossier de l'assureur-accidents que l'assuré présentait une impotence fonctionnelle et des douleurs à l'épaule gauche, de sorte qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) avait été réalisée le 18 mai 2016 ainsi qu'une arthro-IRM le 3 juin 2016. La première avait mis en évidence un petit SLAP [lésion antéro-postérieure du labrum supérieur], une tendinopathie très modérée du sus-épineux, une contusion probable du sous-scapulaire et une subluxation médiale du tendon du long biceps, sans lésion tendineuse intrinsèque (rapport du 18 mai 2016 du Dr J._____, radiologue). L'arthro-IRM avait révélé un aspect effiloché de l'insertion du tendon du subscapularis sur la petite tubérosité, avec déchirure longitudinale du long chef du biceps, avec impression d'une subluxation du long chef du biceps au niveau de la tubérosité bicipitale (rapport du 3 juin 2016 Dr F._____, radiologue). Les douleurs et l'impotence fonctionnelle persistant malgré les séances de physiothérapie et un traitement antalgique, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a opéré l'épaule gauche de l'assuré le 23 août 2016. Il a retenu les diagnostics de déchirure de l'insertion du tendon du muscle sous-scapulaire, de déchirure du tendon du long-chef du biceps, de synovite d'origine inflammatoire capsulaire et au niveau de la bourse sous-acromiale, ainsi que de déchirure minime, non transfixiante, au niveau de l'insertion du tendon du muscle supra-épineux (rapport du 7 juin 2016 et protocole opératoire du 23 août 2016). Dans un rapport établi à la suite d'une scintigraphie osseuse du 11 janvier 2017, la Dre T._____, radiologue, a observé que l'aspect scintigraphique de l'épaule gauche évoquait un Sudeck. Dans un rapport médical initial adressé à V._____ le 30 mars 2016 [recte : 2017], le Dr Q._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics de contusion du gril costal droit et contusion-distorsion de l'épaule gauche. L'évolution était atypique. Le patient présentait des douleurs à la mobilisation et une impotence de l'épaule et du membre supérieur gauche. L'incapacité de travail était totale et allait probablement encore durer plusieurs mois. V._____ a mis en œuvre une expertise, qu'elle a confiée au Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le Dr M._____ a examiné l'assuré le 12 juin 2017 en présence d'une interprète. Dans son rapport du 21 juin 2017, il a posé les diagnostics principaux de status post-déchirure de l'insertion du sous-scapulaire, déchirure du tendon du long chef du biceps, synovite inflammatoire capsulaire et de la bourse sous-acromiale, déchirure minime non transfixiante de l'insertion du tendon du sus-épineux, de status post-arthroscopie, suture du tendon du sous-scapulaire, ténotomie du tendon du long chef du biceps, coracoplastie et bursectomie sous-acromiale le 23 août 2016, de status post-algodystrophie de l'épaule gauche au 11 janvier 2017 et de status post-traitement orthopédique de l'algodystrophie de l'épaule gauche jusqu'au 30 mars 2017. Le Dr M._____ a expliqué qu'il n'avait pas retrouvé à l'épaule gauche, que ce soit cliniquement ou par l'imagerie, de lésion relevant de l'appareil locomoteur pouvant expliquer les douleurs. Il n'avait en outre pas retrouvé d'affection de santé préexistante ni d'affection malade à l'épaule gauche. Le Dr M._____ a fait état de contradictions tant au plan clinique qu'en rapport avec le dosage plasmatique des médicaments, dont les prélèvements avaient été effectués le jour de l'expertise. Selon lui, les lésions entraînées par l'accident du 26 avril 2016 étaient guéries au 1^{er} avril 2017, de sorte que la capacité de

travail de l'assuré en lien avec cet événement était entière dans l'activité habituelle. Les troubles actuels allégués n'étaient pas en relation avec cet accident. Par décision du 27 juillet 2017, contre laquelle l'assuré a formé opposition, V. _____ a mis fin au versement de ses prestations au 1^{er} avril 2017 et a renoncé à demander la restitution des prestations allouées entre cette date et le 4 juillet 2017. c) Dans un projet de décision du 27 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente. Il a relevé que l'accident du 26 avril 2016 avait engendré une incapacité de travail et de gain entière dans toute activité, mais que son état de santé s'était amélioré à partir du 1^{er} avril 2017. Il présentait dès lors une capacité de travail et de gain entière dans son activité habituelle. Par courrier du 31 octobre 2017 de son mandataire, Me Julien Gafner, l'assuré a fait valoir ses objections à l'encontre du projet de décision de l'OAI. Il a contesté le fait que son état de santé se soit amélioré et qu'il ait recouvré une pleine capacité de travail, se fondant sur un certificat médical du 30 septembre 2017 établi par le Centre médical [...] et un certificat du 9 octobre 2017 du Dr W. _____. Par courrier du 2 novembre 2017, l'assuré a encore produit un certificat médical établi par le Dr Q. _____ le 1^{er} novembre 2017, prolongeant l'incapacité de travail pour cause d'accident jusqu'au 30 novembre 2017. Le 6 novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il examinerait ses arguments à l'issue de la procédure d'opposition contre la décision de V. _____. d) Dans une décision sur opposition du 6 novembre 2017, V. _____ a confirmé sa décision et a mis fin au versement de ses prestations, relevant qu'une nouvelle expertise s'avérait inutile dans la mesure où l'expert ayant justifié ses conclusions, son expertise était probante. L'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Statuant par arrêt du 11 juin 2019 (cause AA 156/17 – 76/2019), la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition rendue le 6 novembre 2017 par V. _____. Elle a considéré que l'assureur-accidents était fondé à mettre un terme à ses prestations au 31 mars 2017, sur la base de l'expertise du Dr M. _____ qui était probante et convaincante. Elle a relevé à cet égard que le rapport d'expertise avait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, après avoir procédé à un examen clinique de l'assuré et à une analyse des prélèvements sanguins effectués le jour de l'expertise, et avait pris en compte les plaintes de l'intéressé. L'autorité de céans a retenu que l'expert avait motivé ses conclusions, qu'il avait expliqué les raisons pour lesquelles il considérait que les lésions à l'épaule gauche dues à l'accident étaient guéries et que la capacité de travail en raison de causes liées à ce dernier était dès lors entière dans l'activité habituelle. Il avait également exclu toute affection malade préexistante. Outre l'exposé de ses multiples observations cliniques, il avait relevé de nombreuses contradictions. En particulier, un maintien par l'assuré d'une position de blessé du membre supérieur gauche au cours de l'entretien en position assise, cette attitude disparaissant toutefois lorsqu'il était distrait, lors des pauses durant l'examen clinique ou pendant la marche. Par ailleurs, le Dr M. _____ avait exclu de manière concluante une algoneurodystrophie, après avoir pratiqué les examens d'usage en lien avec cette atteinte et analysé les critères de Budapest, lesquels font autorité en la matière (cf. p. 11 de l'expertise). Au final, l'expert avait expliqué de façon convaincante que les lésions entraînées par l'accident étaient guéries lors de son examen, et qu'elles l'étaient déjà depuis plusieurs semaines avant celui-ci, soit au début du mois d'avril 2017, notamment après que le Dr Q. _____ avait rendu son rapport du 30 mars 2017 ne mentionnant qu'une contusion-distorsion de l'épaule gauche. La Cour de céans a enfin constaté que les autres rapports au dossier émanant des Drs W. _____ et Q. _____ n'étaient pas de nature à remettre en question les constatations de l'expert,

ceux-ci n'étant pas suffisamment étayés. Par arrêt du 28 janvier 2020, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré interjeté contre l'arrêt du 11 juin 2019 (TF 8C_480/2019). e) Dans l'intervalle, le 27 juin 2019, l'assureur maladie perte de gain de l'assuré, N. _____, a transmis à l'OAI une nouvelle demande de prestations pour le compte de l'intéressé, mentionnant qu'il souffrait d'une pancréatite aigüe Balthazar E engendrant une incapacité de travail à 100 % depuis le 17 février 2019. N. _____ a également transmis à l'OAI le dossier qu'elle avait constitué. Il en ressort que l'assuré a été hospitalisé le 17 février 2019, durant trois semaines, pour des douleurs au pancréas, et qu'il a subi une opération. Après son séjour à l'hôpital, les douleurs n'ont pas diminué et l'assuré a été à nouveau hospitalisé (note d'entretien du 16 avril 2019). Dans un rapport du 26 avril 2019 adressé à l'assureur perte de gain maladie, le Dr H. _____, médecin assistant au service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier L. _____, a posé le diagnostic de pancréatite grave, dont l'évolution était lentement favorable. L'assuré souffrait de limitations physiques, à savoir des difficultés à s'alimenter, des problèmes infectieux et des douleurs post-opératoires. L'intéressé était incapable de travailler dans son activité habituelle comme dans toute activité, tant que sa convalescence durerait. Le Dr H. _____ a précisé que les pancréatites de ce type pouvaient avoir des complications à long terme et qu'il était trop tôt pour dire si l'évolution actuelle serait favorable. Le 25 juin 2019, N. _____ a été informée, par la fille de l'assuré, que celui-ci avait dû se rendre aux urgences la semaine précédente, son état de santé ne s'améliorant pas. Une infirmière venait désormais tous les deux jours à domicile pour lui prodiguer des soins. S'agissant de l'état de santé de l'assuré, sa fille a indiqué qu'il avait une poche avec un drain, qu'il souffrait de douleurs au dos, qu'il subissait une perte de poids constante, que sa couleur de peau avait changé, que sa température corporelle était trop basse, qu'il avait la tête qui tournait et qu'il arrivait de moins en moins à rester debout. Dans un rapport du 15 juillet 2019 à l'attention de N. _____, le Dr H. _____ a constaté que l'assuré souffrait de douleurs chroniques, de poussées inflammatoires et qu'il avait été à nouveau hospitalisé pour effectuer des drainages et permettre une renutrition. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a attesté une diminution de la force physique avec une diminution de la musculature en raison de la dénutrition, ainsi qu'une baisse du moral due à l'évolution chronique. Une reprise du travail dans toute activité pouvait être attendue à la fin du mois d'août 2019, d'abord à un taux réduit à augmenter progressivement. Par certificat du 20 août 2019, le Dr C. _____, chef de clinique du service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier L. _____, a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 22 septembre 2019. f) Par décision du 24 février 2020, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité. L'intéressé avait été victime, le 26 avril 2016, d'un accident qui avait engendré une incapacité de travail et de gain entière dans toute activité. Son état s'était toutefois amélioré à partir du 1^{er} avril 2017, date à partir de laquelle il disposait à nouveau d'une capacité de travail totale dans son activité habituelle. Dans un courrier daté du même jour, annexé à la décision précitée, l'OAI a précisé à l'assuré qu'à l'examen de son dossier, il constatait que les conclusions médicales de V. _____, notamment celles du rapport d'expertise du Dr M. _____ du 21 juin 2017, ne sauraient être remises en question par les éléments médicaux qu'il avait amenés. C. Par acte du 24 mars 2020, X. _____, toujours représenté par l'avocat Julien Gafner, a interjeté recours contre la décision qui précède devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité totale lui soit allouée pour une incapacité de travail à 100 % à compter du 1^{er} mars 2017, et subsidiairement à son annulation et à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé

pour nouvelle décision. Il a notamment reproché à l'OAI de s'être fondé sur l'expertise du Dr M. _____ du 21 juin 2017, pourtant contestée par ses médecins traitants. Il a également critiqué l'intimé au motif qu'il n'avait pas tenu compte de rapports établis après l'expertise, laquelle datait de plus de trois ans. A cet égard, il a notamment produit un rapport du 5 mars 2020 du Dr W. _____ dans lequel ce médecin contestait les conclusions du rapport d'expertise du Dr M. _____, en particulier le fait que l'assuré soit capable de travailler dès le 1^{er} avril 2017. Le Dr W. _____ se référait également à un rapport du 5 février 2018 du Dr Z. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecine du sport, ainsi qu'à un rapport d'arthrographie et d'arthro-IRM réalisée le 13 mars 2018 par le Dr D. _____, radiologue. Z. _____, auprès de qui l'assuré avait été adressé pour du needling, précisait que le patient semblait souffrir d'une capsulite rétractile en plus de l'algoneurodystrophie qui avait compliqué l'intervention réalisée en août 2016. Quant à l'arthro-IRM de l'épaule gauche, elle avait notamment mis en évidence, comparativement à l'examen antérieur de 2016, des nouveaux foyers de déchirure au niveau du tendon du muscle sous-scapulaire, sans lésion transfixiante, ainsi qu'une persistance d'un important remaniement cicatriciel séquellaire du tendon du muscle sous-scapulaire. Selon le Dr W. _____, le résultat de ces examens avait justifié une nouvelle scintigraphie, dont l'examen était compatible avec une algoneurodystrophie (rapport de scintigraphie osseuse du 26 avril 2018 de la Dre A. _____, spécialiste en anesthésiologie). Le recourant a encore argué que l'intimé n'avait pas tenu compte de la pancréatite aiguë dont il souffrait. A titre de mesures d'instruction, il a requis l'audition des Drs W. _____ et Q. _____ ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. Par réponse du 11 juin 2020, l'intimé a indiqué que le Tribunal fédéral s'était prononcé sur la valeur probante de l'expertise du Dr M. _____ dans un arrêt du 28 janvier 2020 dans la cause opposant le recourant à son assureur-accidents et l'avait admise, comme la Cour de céans avant lui. Il a en revanche relevé que la pancréatite était peu documentée et a proposé au Tribunal de céans de demander des informations complémentaires à ce sujet. Le 29 juillet 2020, le recourant a produit divers certificats médicaux du Dr W. _____ et du Centre médical [...] attestant son incapacité de travail et l'autorisant à voyager du 28 juillet au 20 août 2020. Dans un mémoire du 19 août 2020, l'intimé a indiqué que les documents produits n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position. Il a donc renvoyé à son mémoire de réponse et a proposé le rejet du recours. Par ordonnance du 20 octobre 2020, la juge instructrice a rejeté la requête d'audition des médecins formulée par le recourant, rappelant que la pratique de la Cour de céans était d'entendre les praticiens par écrit. Elle a ajouté que, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, il n'apparaissait pas nécessaire d'ordonner d'autres mesures d'instruction. **E n d r o i t :** 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. 3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1

LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). b) 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. c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. d) Lorsque le droit à la rente a été précédemment refusé en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite aggravation de l'état de santé à la suite d'une maladie ou d'un accident n'étant pas à l'origine de ce refus, il s'agit d'un nouveau cas d'assurance entraînant pour conséquence que le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI recommence à courir (TF 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références citées). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles

formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b et les références citées).

6. En l'espèce, le recourant conteste la décision de refus de rente rendue le 24 février 2020 par l'OAI au motif, d'une part, que les suites de l'accident subi le 26 avril 2016 occasionnent encore à ce jour une incapacité totale de travail et, d'autre part, que la pancréatite aiguë dont il souffre depuis le mois de février 2019 n'a fait l'objet d'aucune investigation ni d'aucun développement dans la décision entreprise.

a) Le recourant reproche d'abord à l'intimé d'avoir fondé sa décision sur le rapport d'expertise du Dr M. _____ du 21 juin 2017, alors qu'il serait contraire aux avis de ses médecins traitants, les Drs W. _____ et Q. _____. L'expertise, qui a certes été mise en œuvre par l'assureur-accidents à la suite de l'événement du 26 avril 2016, a conclu que les lésions de l'épaule gauche étaient guéries au 1^{er} avril 2017. La valeur probante de cette expertise a été reconnue dans le cadre du litige qui opposait l'assuré à son assureur-accidents, tant par la Cour de céans dans son arrêt du 11 juin 2019 (AA 156/17 – 76/2019) que par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 28 janvier 2020 (TF 8C_480/2019). Le recourant ne saurait dès lors remettre en doute la valeur probante de cette expertise en lui opposant les rapports de ses médecins traitants qui ont fait l'objet de la procédure AA 156/17 – 76/2019, sauf motif de reconsidération ou de révision procédurale. Or, le recourant n'invoque aucun motif de ce type. Le recourant conteste encore le fait que l'OAI n'a pas pris en considération les rapports de ses médecins traitants qui ont été établis après que le rapport d'expertise a été rendu. L'assuré se réfère en particulier au rapport du Dr Z. _____ du 5 février 2018, au rapport d'arthro-IRM du 13 mars 2018 du Dr D. _____, au rapport de scintigraphie

osseuse du 26 avril 2018 de la Dre A. _____ et au rapport du Dr W. _____ du 5 mars 2020. Le rapport du Dr Z. _____ n'apporte toutefois pas d'éléments nouveaux attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé, ce médecin se limitant à de simples suppositions. Dans son rapport du 5 mars 2020, le Dr W. _____ ne fait pas non plus état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il se contente d'affirmer que l'intéressé est incapable de travailler depuis son accident, évoquant une problématique persistante. Le rapport d'arthro-IRM du 13 mars 2018 met en revanche en évidence de nouveaux foyers de déchirures au niveau du tendon du muscle sous-scapulaire de l'épaule gauche. Ce document, bien que produit par le recourant devant la Cour de céans, est néanmoins soumis à l'examen judiciaire, dans la mesure où il a trait à un examen effectué avant que la décision entreprise ne soit rendue. Si cette arthro-IRM a révélé de nouvelles déchirures du tendon, on ignore si elles constituent une aggravation de santé de l'assuré et, cas échéant, quel est leur impact sur sa capacité de travail. A défaut de toute information à ce sujet, l'instruction s'avère donc lacunaire. Quant au rapport de scintigraphie du 26 avril 2018, il pourrait faire état d'une aggravation sous forme d'un syndrome douloureux régional complexe qui devra également faire l'objet d'investigations par l'OAI. b) S'agissant de la pancréatite dont souffre le recourant, l'OAI a concédé, dans son mémoire de réponse, que cette atteinte était très peu documentée, avant de considérer que les éléments apportés par le recourant – constitués pour l'essentiel de certificats médicaux prolongeant l'incapacité de travail existante – n'étaient pas susceptibles de modifier sa décision. Or, force est de constater que l'OAI n'a pas correctement instruit cette problématique qui a pourtant fait l'objet d'une nouvelle demande de prestations en juin 2019. L'intimé s'est limité à réclamer des documents auprès de l'assureur perte de gain maladie, sans soumettre les rapports reçus au SMR ni interpeler les médecins en charge du suivi de l'assuré. La Cour de céans ignore en conséquence si cette atteinte constitue une aggravation de l'état de santé du recourant, si elle est passagère ou si elle a perduré au-delà du mois de septembre 2019, date du dernier certificat médical au dossier, mais aussi quelle est son incidence sur la capacité de travail de l'assuré. En outre, tandis que le Dr H. _____ envisageait une reprise progressive d'activité dès la fin du mois d'août 2019, le Dr C. _____ a prolongé la période d'incapacité de travail jusqu'au mois de septembre 2019. L'OAI n'a toutefois pas interpellé ces deux médecins s'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant. Le dossier de l'OAI ne contient par ailleurs aucune information sur l'éventuelle reprise d'activité par l'assuré ou sur les complications rencontrées. Les certificats médicaux que l'assuré a produits au stade de la réplique ne permettent au demeurant pas à la Cour de céans de se prononcer sur un éventuel droit à une rente, ceux-ci n'étant pas étayés médicalement. Ainsi, en l'absence de renseignements sur l'évolution de la pancréatite et son influence sur la capacité de travail, l'instruction s'avère lacunaire. c) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est incomplète et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il se justifie donc de renvoyer la cause à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (43 al. 1 LPGA, cf. consid. 5a ci-dessus). Il lui incombera en particulier d'instruire la question de l'évolution des atteintes à l'épaule gauche depuis à tout le moins le mois de mars 2018 ainsi que de recueillir des renseignements complémentaires tant auprès du Dr Q. _____, médecin traitant, ce qui permettra d'avoir une vue d'ensemble des pathologies présentées par l'assurée qu'auprès du service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier L. _____ s'agissant de la pancréatite dont souffre le recourant, avant de soumettre ces renseignements au SMR pour un avis ou

un examen clinique de l'assuré, l'OAI demeurant libre d'ordonner toutes autres mesures d'instruction utiles. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant. 7. a) Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. b) 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 de l'OAI, qui succombe. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 24 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Julien Gafner (pour X. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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