

VD_GERICHTE ZD12.012601 vom 8. Januar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-01-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.012601

FR: VD_GERICHTE ZD12.012601 du 8 janvier 2015

IT: VD_GERICHTE ZD12.012601 del 8 gennaio 2015

Erwägungen

E. 12

décembre 2008 n'apparaît certainement pas sous-estimé, compte tenu de l'importance de l'état préexistant. » c) Appelé à se déterminer sur l'expertise du Dr P. _____ et le rapport du Dr S. _____, le SMR, dans un avis du 15 novembre 2012, émanant du Dr V. _____, relève que le Dr P. _____, dans son expertise du 11 juin 2012, ne décrit ni ne retient une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 11 mai 2011, date de la fin du séjour de l'assuré à la CRR. Il remarque que dès la phase initiale d'observation professionnelle, le

- 34 -

E. 14

janvier 2013. L'expert se prononce sur l'avis du Dr S. _____ en ces termes : «
REMARQUES EN RAPPORT AVEC L'APPRECIATION DU DR S. _____ 1. Le Dr S. _____ affirme de manière certaine que les lésions tendineuses étaient préexistantes à l'accident et qu'elles n'ont pas pu être décompensées structurellement par l'accident du 12 décembre 2008. Le Dr S. _____ se base sur les constatations de l'IRM de l'épaule droite de Monsieur T. _____, effectuée le 12 janvier 2009, pour affirmer que "...les lésions tendineuses étaient préexistantes à l'accident". En effet, l'IRM montre une amyotrophie de type II selon Thomazeau du muscle sus-épineux, et une infiltration graisseuse selon Goutallier de type I au niveau du muscle sus-épineux et de type II au niveau du muscle sous-épineux. Il est bien évident que l'atrophie musculaire et l'infiltration graisseuse ne peuvent survenir

- 35 - un mois après l'accident. Il est donc effectivement certain que Monsieur T. _____ avait une déchirure asymptomatique de la coiffe préexistante à l'accident du 12 décembre 2008. Par contre, je ne comprends pas sur quelle base le Dr S. _____ peut dire "...qu'elles n'ont pas pu être décompensées structurellement par l'accident". En se basant sur les constatations de l'IRM et en mettant tout sur le compte de la capsulite rétractile, je trouve que l'on va un peu vite en besogne. En effet, le Dr N. _____ n'évoque la capsulite rétractile que deux mois et demi après l'accident. Elle n'était donc pas présente dans les suites immédiates de l'accident. Les symptômes (impotence fonctionnelle) étaient ceux d'une déchirure massive de la coiffe. Comme je l'ai mentionné au point 1.3.4 de la discussion théorique (Importance du traumatisme ayant provoqué la déchirure de la coiffe), le mécanisme lésionnel (chute sur le verglas, sur son coude droit, avec tout le poids de son corps), est un traumatisme axial ascendant tout à fait adéquat pour provoquer une déchirure traumatique de la coiffe, ou pour tout le moins, une extension traumatique d'une ancienne déchirure. Par ailleurs, il n'y a aucun signe au niveau de l'IRM parlant pour le fait que la déchirure du tendon sous-scapulaire était ancienne (préexistante à l'accident). Il n'y avait

pas d'atrophie musculaire, ni d'infiltration graisseuse. On peut donc admettre, que la déchirure du tendon sous-scapulaire, au moins, était récente. Finalement, comment est-ce que le Dr S. _____ peut imaginer qu'avec une déchirure aussi massive de la coiffe des rotateurs Monsieur T. _____ ait pu être asymptomatique et ait pu travailler, à temps plein, en tant que soudeur (travail lourd) ainsi que dans un travail de nettoyage (deuxième travail). Dans ce sens, je vous prie de vous référer au point 3 de la discussion théorique (Distinction entre déchirure asymptomatique – symptomatique). Les patients ayant une déchirure asymptomatique de la coiffe ont une perturbation de la fonction et souvent de la force de leur épaule. Par ailleurs, une déchirure asymptomatique devient symptomatique quand il y a une extension de la déchirure (Yamaguchi 2001). Il est donc clair que Monsieur T. _____ a eu une extension (décompensation structurelle avec augmentation) de sa déchirure asymptomatique de la coiffe, qui l'a rendue symptomatique, suite à l'accident subi le 12 décembre 2008. Il me paraît essentiel de préciser un dernier élément. Je rappellerai pour mémoire qu'au moment de l'accident, Monsieur T. _____ n'avait que 49 ans. Il était donc très jeune pour avoir une déchirure dégénérative de la coiffe. Si l'on se réfère plus haut, au point 2 de la discussion théorique (Travail et déchirures de la coiffe), on peut raisonnablement se demander si le patient n'a pas eu une déchirure de la coiffe sur maladie professionnelle. En effet, il effectuait des travaux lourds susceptibles de provoquer des lésions de la coiffe.

- 36 - En résumé, si le patient avait une déchirure de la coiffe asymptomatique, sur maladie professionnelle, et que l'accident du 12 décembre 2008 a décompensé celle-ci, avec une augmentation structurelle de la déchirure, la prise en charge de l'ensemble des lésions incombe à l'assurance accidents, qui en l'occurrence est la SUVA. 2. Le Dr S. _____ affirme que l'opération avec mise en place d'un ballon sous-acromial est de la chirurgie expérimentale. Veuillez vous référer plus haut au point 5 de la discussion théorique (Possibilités de traitement lors de déchirures massives de la coiffe). En sachant que plus de 850 cas ont été opérés dans le monde avec cette technique, je ne pense pas qu'on puisse parler de chirurgie expérimentale. Je remets en annexe la première étude qui va être publiée prochainement sur cette technique (Senekovic 2012 online first). Personnellement, j'ai une certaine expérience avec un recul de deux ans et demi, avec de très bons résultats [...]. Dans l'étude de Clayton citée par le Dr S. _____ qui date de 1982, des spacers (ou espaceurs) sont utilisés sur des prothèses d'épaule pour remplacer la coiffe des rotateurs. Malheureusement, on sait que ce système de spacer ne fonctionne pas au-dessus d'une prothèse, ni en cas d'arthrose de l'épaule. L'indication idéale pour l'opération de mise en place d'un ballon sous-acromial par voie arthroscopique est une déchirure massive irréparable de la coiffe, ce qui est le cas de Monsieur T. _____. Contrairement au Dr S. _____, je pense donc que Monsieur T. _____ est le candidat idéal pour ce type de chirurgie. Il est bien trop jeune pour mettre une prothèse inversée, car ce type d'opération ne devrait en principe pas être effectuée chez les patients de moins de 65 ans. Néanmoins, le patient est en droit de refuser tout traitement chirurgical, et l'on pourra, dans ce cas, considérer le cas comme stabilisé. 3. Le Dr S. _____ estime une IPAI à 10% compte tenu de l'état préexistant à l'accident. Dans un premier temps, quand le Dr S. _____ parle de l'IPAI, il dit qu'il partage mon évaluation, qui estime que, pour la fonctionnalité, on est en présence d'une périarthrite scapulo-humérale grave. Par contre, il dit qu'il faudrait prendre en considération l'état préexistant, qui justifierait sans autre une déduction des deux tiers, avec un taux inférieur aux 10% définis par le Dr Z. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA. Donc au vu du status séquellaire, il estime que le taux de

10% est tout à fait raisonnable et adapté, certainement pas sous-estimé.

- 37 - Je ne comprends pas sur quelle base médicale il s'appuie pour justifier une diminution des deux tiers. Si l'on tient compte des arguments que j'ai évoqués plus haut (au point 1 des Remarques en rapport avec l'appréciation du Dr S. _____), en estimant que le patient avait une déchirure de la coiffe asymptomatique, sur maladie professionnelle, et que l'accident du 12 décembre 2008 a décompensé celle-ci, avec une augmentation structurelle de la déchirure, il ne faut pas tenir compte d'un état préexistant. Même si l'on ne retient pas la probabilité que la déchirure asymptomatique de la coiffe soit liée à une maladie professionnelle, il faut se rendre à l'évidence. Avant l'accident, Monsieur T. _____ avait une épaule qui lui permettait fonctionnellement d'exercer ses professions en plein. Il n'y avait donc aucune périarthrite scapulo-humérale, avant l'accident. On peut donc dire que l'accident est une cause nettement prépondérante à l'état actuel. Dans ce sens, mon appréciation, tenant compte d'une périarthrite scapulo-humérale grave, consécutive à l'accident, est tout à fait correcte en attribuant une IPAI à 25%. » Dans ses déterminations subséquentes, le recourant indique avoir participé, depuis le dépôt du recours, à divers stages et mesures de reclassement. Il produit le rapport d'orientation professionnelle du Centre de formation Afiro, du 26 novembre 2012, au terme duquel on peut lire ce qui suit : « Le stage d'orientation professionnelle organisé pour M. T. _____ dans notre section mécanique – montage industriel s'est déroulé conformément au programme établi à son intention. Désireux d'être actif, l'intéressé s'est investi dans les tâches adaptées à son état physique. Sur le plan de l'acquisition d'apprentissages pratiques simples, il réussit à reproduire des gestes propres au domaine du petit montage. Son habileté et sa dextérité manuelle sont suffisantes pour réaliser des activités légères, n'exigeant pas trop de finesse dans les manipulations. Mais son rythme de travail est lent. Au vu de ses limitations physiques et de son faible bagage scolaire, une formation certifiée n'est pas envisageable. Néanmoins, des progrès peuvent être faits dans les apprentissages pratiques, sur des activités légères, simples et répétitives. Par conséquent, une période de formation pratique adaptée à ses limitations lui permettrait d'acquérir une capacité requise pour investir, par exemple, un secteur de conditionnement ou du petit montage industriel dans le premier marché économique. Une mesure de 6 mois avec comme objectifs d'augmenter ses compétences pratiques, son rythme de travail et d'organiser un stage en entreprise. A noter que son atteinte à la santé réduit ses

- 38 - performances, ce qui nécessitera, à moyen terme, d'étudier son droit à des prestations financières de la part de votre assurance. » Le recourant produit également un rapport du 28 février 2013, faisant suite à la mesure de réinsertion organisée par IPT Intégration pour tous, et dont la teneur est la suivante : « La collaboration avec IPT débute en janvier 2013. Le bilan socioprofessionnel met en avant les limitations de santé suivante : pas de travaux lourds max. 2 kg, pas de mouvements répétitifs et pas de mouvement au-dessus de l'horizontale avec l'épaule droite (selon le médecin). Selon l'AI les limitations sont pas d'activité au-dessus de la tête, activité à hauteur de table jusqu'à maximum hauteur de la tête, pas de charges lourdes (poids pas précisé). La SUVA parle d'un port de charges de max. 10 kg. M. T. _____ explique qu'il peine également à tendre le bras même à l'horizontale et que son bras gauche est douloureux à force de compenser le droit. Les renseignements professionnels le décrivent comme un très bon employé sans problème. Toutefois, le stage effectué par le biais de l'AI ou l'ORP dans des structures adaptées ont mis en avant de grandes difficultés sur le plan physique. Un retour vers le premier marché

de l'emploi semble difficile. Dans un premier temps, nous inscrivons M. T. _____ à notre module PIE, afin de le familiariser avec les techniques pour la prise de contacts avec les professionnels en entreprises. Il fait les démarches demandées sans difficulté. [...] Afin de tester sa réelle capacité de travail dans le premier marché de l'emploi, un stage en qualité d'ouvrier de production/conditionnement très léger est mis en place. M. T. _____ interrompt le stage au troisième jour en raison de douleurs importantes. Le responsable de stage a essayé de le mettre à différents postes, tous très adaptés, et M. T. _____ n'a pas pu supporter les douleurs qui en résulte. Son rythme de travail est extrêmement lent en raison de sa santé. Au vu de ce qui précède et selon les critères d'IPT, un retour vers le premier marché de l'emploi n'est pas possible à ce jour. Nous procédons donc à la fermeture de son dossier. » Un nouveau rapport du Centre Afiro, établi le 13 novembre 2013, est en outre produit, le recourant ayant bénéficié d'une mesure de reclassement professionnel de l'OAI à compter du 2 septembre 2013, pour une durée de six mois. Ce rapport se termine ainsi :

- 39 - « Le stage de réentraînement au travail dans la section mécanique – montage industriel organisé à l'intention de M. T. _____ a commencé conformément au programme. Présent et ponctuel, il s'est montré collaborant et intéressé par les activités proposées. Cependant, très rapidement, des douleurs présentes à son épaule droite ont augmenté et l'ont conduit à une semaine d'absence justifiée par certificat médical. Il a repris le travail à 50% dès le 21 octobre pour une durée indéterminée. Même s'il a des compétences nécessaires pour réaliser des activités légères de type montage industriel et conditionnement, il ne peut pas faire de travaux répétitifs, même légers, en raison de souffrances persistantes. D'une manière générale, la qualité de son travail est suffisante. Toutefois, en raison de son atteinte à la santé, son rendement est insuffisant pour viser une insertion dans le 1er marché de l'emploi. Au vu de ce qui précède nous avons organisé un bilan intermédiaire au Centre en votre présence le 7 novembre 2013 où vous avez pris la décision d'interrompre la mesure au 15 novembre 2013. [...] Aptitude au placement M. T. _____ est dans l'incapacité de prétendre à un gain dans le secteur économique. Par contre, il a acquis les compétences et le comportement professionnel nécessaire à un emploi en atelier protégé lui permettant d'accéder à un salaire horaire estimé à Sfr. 3,50. » Par ailleurs, dans un courrier du 26 novembre 2013 à l'attention du conseil du recourant, le Dr N. _____ écrit notamment ce qui suit : « 3. Diagnostic (s) Rupture massive et irréparable de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Status post capsulite rétractile de l'épaule droite. Diabète de type II. 4. La situation a-t-elle évolué entre 2010 et ce jour, de manière possible, probable ou certaine ? Le cas échéant, veuillez décrire l'évolution la plus probable. La situation a évolué de manière défavorable depuis 2010 avec augmentation de la symptomatologie douloureuse et persistance du déficit fonctionnel, malgré un traitement antalgique et de physiothérapie. L'évolution d'une rupture de la coiffe des rotateurs se fait vers une atrophie musculaire. Il existe un risque, à long terme, que l'évolution soit liée à une arthropathie gléno-humérale droite. 5. L'atteinte du membre supérieur, en particulier l'épaule droite de M. T. _____, entraîne-t-elle des douleurs chroniques, de manière possible, probable ou certaine ? Si oui, l'intensité des douleurs peut-elle s'expliquer

- 40 - objectivement au vu de l'importance de l'atteinte à la santé, en particulier des membres supérieurs ? L'atteinte de l'épaule droite du patient est liée de manière certaine à la lésion de la coiffe des rotateurs. L'intensité des douleurs est objectivement explicable par l'importance de la déchirure tendineuse et de l'atrophie musculaire. 6. Une sollicitation

régulière du membre supérieur, telle que celle qu'ont pu entraîner les dernières mesures de reclassement suivies par M. T. _____, est-elle de nature à aggraver les douleurs, tant le jour que la nuit, de manière possible, probable ou certaine ? Une sollicitation régulière du membre supérieur droit entraîne de manière certaine une aggravation des douleurs avec une augmentation de la symptomatologie douloureuse tant le jour que la nuit. 7. Les plaintes formulées par M. T. _____, en particulier les douleurs ressenties à l'épaule droite, mais également le membre supérieur gauche, sont-elles compatibles avec l'état de santé et la description des tâches effectuées durant les mesures de reclassement ? Les douleurs et les plaintes formulées par M. T. _____ lors de son stage, sont compatibles avec la description des tâches effectuées durant les mesures de reclassement. En raison du transfert de charge, les douleurs commencent également à se manifester au niveau de l'épaule gauche. 8. Comment expliquez-vous médicalement que les activités proposées à M. T. _____ jusqu'à ce jour par les offices d'assurance sociale (ORP et OAI) n'ont pas pu être poursuivies ? Les activités proposées à M. T. _____ par l'assurance sociale (ORP et OAI), nécessitent une mobilisation répétitive des membres supérieurs, ce qui a augmenté la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite et entraîné l'arrêt de son stage. 9. Dans quelle mesure une activité médicalement adaptée pourrait-elle être exercée par M. T. _____ (par exemple : heure par jour) ? Dans une activité adaptée, le patient est théoriquement 100% apte au travail. L'apparition des douleurs de l'épaule gauche, suite au transfert de charge, rend toutefois une activité difficilement réalisable même avec des mesures d'accompagnement pour l'épaule droite. 10. A quels critères médicaux l'activité professionnelle adaptée devrait-elle satisfaire ?

- 41 - En évitant les efforts, les ports de charge de plus de 2 – 5 kg, la mobilisation répétitive de l'épaule droite ainsi que la mobilisation de cette épaule au-dessus du buste. 11. Y a-t-il une diminution du rendement possible, probable ou certaine ? Le cas échéant, quelle serait cette diminution de rendement ? Il y a une diminution du rendement de manière certaine en raison de la symptomatologie à droite, et de la symptomatologie débutante au niveau de l'épaule gauche. 12. Si plus aucune activité n'est exigible, veuillez en préciser les raisons ? En prenant en considération les restrictions énumérées ci-dessus, le patient serait théoriquement apte au travail. Une reconversion n'est toutefois pas réalisable dans le domaine industriel au vu des contraintes liées aux différents travaux. » A l'appui de leurs écritures complémentaires, les parties ont produit notamment les pièces suivantes : - une note de suivi établie le 7 novembre 2013 à la suite d'un entretien verbal entre l'OAI, service de réadaptation, les responsables du Centre Afiro et l'assuré. A la lecture de cette note, selon les informations du Centre Afiro, les douleurs ont augmenté malgré le fait que l'assuré réalise des travaux adaptés à ses limitations fonctionnelles. Le rendement était bas. Les objectifs ne pouvaient être remplis. Les observations réalisées, notamment les plaintes, rendaient l'insertion de l'assuré dans l'économie illusoire. Selon les dires de l'assuré, ses douleurs l'empêchent de dormir. L'auteur de la note relève que la situation contraste avec celle relevée lors de la précédente mesure auprès du Centre Afiro. Questionné sur les raisons de cette différence, l'assuré ne peut expliquer pourquoi ses douleurs augmentent alors que les travaux réalisés sont identiques. Compte tenu de la situation, il est décidé de mettre un terme à la mesure ; - un avis du 17 décembre 2013 de la Dresse X. _____, médecin au SMR. Elle se détermine sur le rapport du 26 novembre 2013 du Dr N. _____. Elle relève que le status clinique figurant dans ce rapport est superposable à celui du rapport du 19 décembre 2011. Les limitations fonctionnelles restent les mêmes. L'élément nouveau serait l'apparition de

- 42 - douleurs dans l'épaule gauche, à la suite du transfert de charge de l'épaule droite. Ces douleurs rendraient une activité difficilement réalisable même avec des mesures d'accompagnement pour l'épaule droite. La Dresse X. _____ relève cependant que le Dr N. _____ ne donne pas de descriptions cliniques de l'épaule gauche permettant d'objectiver une diminution fonctionnelle de ce côté. Elle remarque aussi que le stage en automne 2013 au Centre Afiro s'est déroulé en partie à temps partiel en raison de douleurs à l'épaule droite selon les certificats médicaux établis à l'époque par le Dr N. _____. Ce sont également des douleurs présentes à l'épaule droite qui limitent l'assuré selon les conclusions du rapport de stage du 13 novembre 2013. La Dresse X. _____ conclut qu'au vu des activités faites lors de ce stage, du peu de temps que celui-ci a duré (un mois et demi à 100% et un mois à 50%), du motif de l'arrêt de travail à 50% établi par le Dr N. _____ (douleurs à l'épaule droite), il ne peut être retenu que le transfert de charges sur l'épaule gauche est probable et que l'apparition de douleurs de l'épaule gauche est un élément nouveau justifiant de s'écarter des précédentes conclusions ; - deux expertises judiciaires respectivement du Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et des D. _____, Département de chirurgie ; ces expertises concernent un tiers et, selon le recourant, se prononcent sur un cas similaire de déchirure massive post-traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes

- 43 - à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a). b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande déposée en avril 2009, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier au recourant le droit à une rente d'invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

- 44 - l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d, 119 V 471 consid. 4a ; VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

- 45 - 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 (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI). 4. 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). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). 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 (ATF 132 V 108). Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des

- 46 - règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

- 47 - 5. Dans un premier moyen, le recourant conteste la capacité de travail retenue par l'intimé. Il soutient que l'importante lésion dont il souffre engendre des limitations fonctionnelles dont la compatibilité avec des activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger ne saurait être reconnue. Préliminairement, il sied de relever que le recourant ne peut se prévaloir d'un prétendu cas similaire au sien, dans la mesure où l'évaluation de l'atteinte procède d'une estimation sur la base de données objectives et où le recourant se contente d'alléguer que la lésion énoncée, similaire à la sienne, peut induire des douleurs importantes, invalidantes. De ce fait, la Cour de céans écarte les deux expertises produites par le recourant et qui concernent un tiers. a) Tous les médecins consultés retiennent le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs. Ils reconnaissent également une capsulite rétractile. Tous les médecins s'accordent par ailleurs sur le fait que l'assuré ne peut plus travailler dans son ancienne activité de soudeur. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, le premier médecin à l'apprécier est le Dr N._____. Dans son rapport du 3 mars 2010, il exclut toute activité nécessitant une mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste et des mouvements répétitifs pour cette

épaule ; le recourant est dans l'incapacité d'exercer tout travail manuel lourd. En mai 2010, le Dr Z. _____ note que le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établis. On précisera que le Dr Z. _____ est certes chirurgien, mais en sa qualité de médecin d'arrondissement de la CNA, il est spécialiste des lésions traumatiques (cf. site internet de la CNA, <http://www.suva.ch/fr/startseite-suva/unfall-suva/versicherungsmedizin-suva/kreisaerzte-suva.htm>). En novembre 2010, dans le cadre d'un stage d'observation, le Dr B. _____ écrit ne pas être convaincu que le recourant ne puisse pas utiliser son membre supérieur droit dominant

- 48 - pour des travaux légers sans élévation du bras. A l'instar du Dr Z. _____, le Dr B. _____, en sa qualité de médecin-conseil de l'Orif, est habilité à se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré et ses limitations en situation concrète de travail. Dans son rapport du 14 janvier 2011, le Dr N. _____ fait état d'une impossibilité de faire des travaux avec mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, des mouvements répétitifs ou des travaux nécessitant un port de charges de plus de 2-5 kg. Le 24 janvier 2011, il répète qu'un travail manuel avec mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, des mouvements répétitifs ou le port de charges de plus de 2 kg n'est pas envisageable. En mai 2011, dans un rapport faisant suite à un second séjour à la CRR de près d'un mois, les médecins déterminent que dans une activité adaptée, à hauteur d'établi, sans port de charges lourdes – c'est-à-dire supérieures à 10 kg –, sans activité les bras en porte-à-faux ou au-dessus des épaules, la capacité de travail du recourant est entière. Le Dr N. _____ se prononce dans un nouveau rapport le 7 octobre 2011, considérant qu'il persiste une incapacité d'effectuer un travail avec une mobilisation répétitive de l'épaule droite, une mobilisation de cette épaule au-dessus du buste ainsi que le port de charges de plus de 2 kg. Finalement, le 19 décembre 2011, le Dr N. _____ décrit les mêmes restrictions et relève qu'en prenant celles-ci en considération, le recourant est apte au travail, au minimum à temps partiel. Le rapport du 26 novembre 2013 de ce médecin ne peut être pris en compte dans l'examen de la présente affaire, attendu qu'il est postérieur au prononcé de la décision litigieuse. Il résulte ainsi de ce qui précède que jusqu'au dépôt du recours en avril 2012, tous les médecins consultés à un titre ou à un autre, y compris le spécialiste en chirurgie orthopédique traitant, reconnaissent à l'assuré une capacité de travail résiduelle. b) Cela étant, il reste à examiner l'appréciation émise par le Dr P. _____ dans son expertise privée. Le Dr P. _____ est d'avis qu'aucune activité n'est possible en raison des limitations fonctionnelles,

- 49 - lesquelles découlent principalement des plaintes exprimées par le recourant. Or, selon les médecins de la CRR, où l'assuré a séjourné pendant un mois, ce dernier sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Objectivement, les limitations fonctionnelles résultent, selon le Dr P. _____, d'une mobilité restreinte de l'épaule puisque la flexion active n'est que de 70°, comme l'est d'ailleurs l'abduction. Les mêmes tests pratiqués à la CRR font état de résultats relativement proches ; cependant, s'agissant des tests de la coiffe des rotateurs, les médecins de la CRR indiquent qu'ils sont difficilement interprétables vu les auto-limitations et la mauvaise coopération du recourant. Des observations similaires s'agissant de la motivation du recourant ont été faites lors du stage d'observation à l'Orif. Les tests pratiqués à la CRR démontrent que le recourant a gardé des capacités fonctionnelles de l'épaule droite. En outre, l'examen du coude droit effectué par le Dr P. _____ a montré que la mobilité de celui-ci était complète et que le recourant avait une bonne force, pratiquement symétrique, au niveau du biceps lors de la flexion du coude

contre résistance. Cela étant, le Dr P. _____ n'explique pas pourquoi un travail à hauteur d'établi, comme préconisé notamment par les médecins de la CRR, ne serait pas possible sur le plan des limitations fonctionnelles. Quant à la question du poids que peut supporter le recourant, les médecins de la CRR estiment que le port de charges ne peut être supérieur à 10 kg. Le Dr N. _____ évoque un port de charges de 2 à 5 kg et, dans son dernier rapport, un port de charges limité à 2 kg. Comme le relève le Dr S. _____ dans son rapport du 2 octobre 2012, la question est de savoir s'il s'agit de soulever un poids uniquement avec le bras droit ou avec les deux bras. Or à la lecture des rapports médicaux, il apparaît assez clair que le poids de 2 kg ne concerne que l'épaule droite et que les médecins de la CRR posent des limitations globales concernant les deux bras. En effet, on ne voit pas les raisons qui amèneraient à retenir que le bras gauche serait aussi limité quant aux charges à porter.

- 50 - A l'aune de ce qui précède, il y a lieu de considérer que, s'agissant de l'aspect purement fonctionnel, le recourant est apte à travailler à plein temps, dans une activité adaptée. c) Il convient d'examiner si les douleurs ressenties sont de nature à modifier cette appréciation. En l'occurrence, seul le Dr P. _____ l'affirme, lorsqu'il écrit que dans le cas de l'assuré, les douleurs ressenties sont invalidantes. Les médecins de la CRR n'ont pas fait le même constat, après un mois d'observation du recourant. Par ailleurs, tous les intervenants relèvent le caractère subjectif des douleurs. Dans les rapports faisant suite au stage d'observation effectué en automne 2010, il est relevé que le recourant s'attache à démontrer ses douleurs avec une attitude démonstrative. Or il est mentionné que la prise d'antalgiques pour diminuer la douleur peut être exigée. On relèvera par ailleurs que les rapports du Centre de formation Afiro et d'IPT ont été établis au cours de la procédure ouverte ceans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse ; ils ne peuvent dès lors être pris en considération dans l'examen de la présente affaire. Cela étant, il convient de rappeler, à toutes fins utiles, qu'il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci. Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014, consid. 5.2.1 ; 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2). Les différents responsables de l'observation professionnelle ont d'ailleurs relevé dans leur rapport – comme l'a fait le Dr B. _____ – le manque de motivation de l'assuré.

- 51 - Ainsi, dès lors que l'importance des douleurs alléguées par le recourant n'a pu être confirmée, notamment par les médecins de la CRR, il y a lieu de retenir que ces douleurs n'influencent pas la capacité de travail dans une activité adaptée. Précisions par ailleurs qu'il n'y a aucune indication d'une atteinte à la santé psychique. 6. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant. Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il convient de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidité ») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ;

ATF 130 V 343 consid. 3.4). a) Le recourant reproche à l'intimé la référence aux données résultant de l'ESS, particulièrement aux activités simples et répétitives, pour l'estimation de son revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 76 consid. 3a/bb, 124 V 323 consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale

- 52 - (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182). Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées ; voir également TF I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). b) En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services). Le recourant soutient que le choix du salaire de référence dans des activités simples et répétitives n'est pas adéquat dès lors que de telles activités ne seraient pas adaptées à son état de santé. La notion de « simples et répétitives » se réfère au niveau 4 des qualifications requises pour le poste de travail ; le niveau 1 se réfère aux postes comportant les travaux les plus exigeants et les tâches les plus difficiles, le niveau 2 aux postes requérant un travail indépendant et qualifié, et le niveau 3 aux postes requérant des connaissances professionnelles spécialisées (version antérieure à 2012). La référence aux activités simples et répétitives envisagées dans l'ESS ne prête dès lors pas flanc à la critique et le grief du recourant à cet égard doit donc être écarté.

- 53 - En ce qui concerne le taux d'abattement, l'intimé a considéré qu'il devait être de 15%. La mesure dans laquelle le salaire d'invalidé ressortant des statistiques devait être réduit dépendait, dans le cas d'espèce, des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré. Le recourant ne démontre pas en quoi ce taux serait arbitraire. Au demeurant, aucun médecin ne fait état d'une baisse de rendement. Partant, la réduction de 15% retenue par l'OAI apparaît justifiée. En conséquence, l'OAI doit être suivi s'agissant du revenu d'invalidé, fixé à 52'469 fr. 10. Dès lors, il importe peu de savoir si le revenu sans invalidité allégué par le recourant, soit 81'343 fr., doit être préféré au revenu sans invalidité fixé par l'OAI, soit 80'537 fr. 20, puisque que dans les deux cas, le degré d'invalidité est inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à la rente (35.49% selon le recourant ; 34.85% selon l'intimé). 7. L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir

certaines actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une « expertise bidisciplinaire à la fois orthopédique et portant sur les troubles du sommeil et de concentration [...] » telle que demandée par le recourant. 8. En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté. a) Le recourant ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le

- 54 - recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. b) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ). En l'espèce, Me Vautier a produit une liste de ses opérations le 30 juin 2014, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 16 heures de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 2'880 fr. (16 heures x tarif horaire de 180 fr.), plus TVA à 8% d'un montant de 230 fr. 40. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant forfaitaire de 100 fr., TVA à 8% en sus, qui doit être reconnu à ce titre. Le montant total de l'indemnité de Me Vautier s'élève donc à 3'218 fr. 40.

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