

## VD\_FINDINFO AI 570/08 - 473/2010 vom 19. Oktober 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-10-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_570\\_08\\_-\\_473\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_570_08_-_473_2010)

FR: VD\_FINDINFO AI 570/08 - 473/2010 du 19 octobre 2010

IT: VD\_FINDINFO AI 570/08 - 473/2010 del 19 ottobre 2010

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 19.10.2010 AI 570/08 - 473/2010

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 570/08 - 473/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 octobre 2010

\_\_\_\_\_ Présidence de M. Dind Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs Greffier : Mme Vuagniaux \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Z. \_\_\_\_\_, à Bière, recourant, représenté par Me Eric Kaltenrieder, avocat à Yverdon-les-Bains, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 4 et 28 LAI En fait : A. Z. \_\_\_\_\_, né en [...], de nationalité [...], titulaire d'un permis C, a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 23 août 2006, se blessant à l'épaule droite et entraînant une incapacité totale de travailler. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Le 6 juin 2007, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI), faisant état de « multiples fractures et contusions ». Dans un rapport médical du 29 janvier 2007, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a notamment indiqué ce qui suit : « ANTECEDENTS D'APRES LES ACTES AU DOSSIER Ce patient de [...], manœuvre, d'origine [...], est tombé d'une échelle le 23.8.06 et il a présenté une luxation de l'épaule droite qui a été traitée orthopédiquement. Par la suite, une lésion de la coiffe des rotateurs a été suspectée et une arthro-IRM, le 20.9.06 a montré une déchirure complète du sus-épineux et partielle des faisceaux inférieurs du sous-scapulaire. Le radiologue a également décrit une petite fracture de Hill-Sachs et une mini-lésion de Bankhart. Le 26.10.06, on a procédé à une suture du sus-épineux ainsi qu'à une acromioplastie. L'évolution serait compliquée par une capsulite rétractile (...). APPRECIATION (...) Actuellement, s'il admet qu'il a fait des progrès, le patient dit qu'il a encore passablement de douleurs et que la mobilité de son épaule reste limitée. Il commence à pouvoir se raser avec la main droite. Il n'arrive pas encore à s'essuyer. Objectivement, chez un patient plutôt costaud, l'épaule droite, qui ne présente pas d'amyotrophie significative est souple jusqu'à l'horizontale, douloureuse au-delà. La chute du bras est bien freinée lors de la manœuvre de Jobe et la force en rotation externe est conservée. La mobilité active est assez limitée dans tous les plans. Passivement, les amplitudes articulaires sont quand même améliorables. Ce schéma capsulaire était manifestement présent avant l'intervention du 26.10.06 et peut-être aurait-il fallu assouplir un peu plus cette épaule avant de vouloir réparer le sus-épineux. D'un autre côté, la patient a manifestement été impressionné par les lésions associées qu'on lui a trouvées et il est

probable qu'il était peu disposé à s'investir en physiothérapie aussi longtemps qu'elles n'étaient pas réparées. Quoi qu'il en soit, assez pusillanime, il a besoin qu'on le soutienne dans sa rééducation et un séjour à la Clinique L. \_\_\_\_\_ a certainement tout son sens ». L'assuré a séjourné à la Clinique L. \_\_\_\_\_ du 20 février au 15 mars 2007. Dans leur rapport du 10 avril 2007, les Drs V. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont conclu que l'intéressé présentait un syndrome épaule-main du membre supérieur droit, dont on pouvait présumer que l'évolution serait longue, et une plexopathie brachiale distale séquellaire. La situation médicale n'étant pas stabilisée, les médecins ont préconisé la poursuite de la rééducation ambulatoire dans le but d'augmenter très progressivement les amplitudes articulaires, tout en respectant le seuil douloureux. Dans un consilium d'orthopédie du 16 avril 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_ chirurgien orthopédiste FMH traitant, a indiqué ce qui suit : « Anamnèse : Il a séjourné à la Suva où il a constaté que son épaule était raide, il présentait une symptomatologie de Sudeck qui a été confirmée par une scintigraphie. Une physio douce a été instaurée avec actuellement une évolution favorable car il a nettement moins de douleurs mais une épaule encore assez enraidie. Status : Elévation passive de l'épaule, on arrive à 90° en forçant, rotations externes à 0, force au niveau de la coiffe bien présente en rotation externe. Mobilisation passive relativement peu douloureuse de l'épaule. Diagnostics : Status après réparation coiffe des rotateurs épaule D. Algodystrophie secondaire. Attitude : Prescription d'un peu plus de physio en piscine et à sec, toujours en arrêt de travail à 100 %. Pc dans 2 mois ». Dans un rapport médical intermédiaire du 20 juin 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un status après réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, compliqué par une algodystrophie. Il ajouta que l'évolution était lentement favorable, avec une diminution des douleurs et une augmentation de la mobilité, et que l'élévation active de l'épaule droite était de 120°. Il estimait que la reprise du travail n'était toujours pas envisageable. Le 6 juillet 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_ a noté une amélioration de l'état de santé de son patient, une élévation active à 120° et des douleurs au port de charges. Selon le questionnaire pour l'employeur rempli le 10 juillet 2007 par la société [...], l'assuré travaillait en tant qu'ouvrier / conducteur de camionnette de livraison et aurait gagné depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 le salaire horaire de 28 fr. 30. Dans un rapport d'examen médical final du 20 juillet 2007, le Dr D. \_\_\_\_\_ a apprécié le cas comme suit : « (...) Actuellement, le patient dit qu'il va un peu mieux. Il souligne cependant, à plusieurs reprises, qu'il souffre d'une algodystrophie, qui touche un peu l'ensemble du MSD. S'il est habitué aux douleurs, la mobilité de son épaule droite est encore passablement limitée. On lui a dit qu'il fallait être patient, ce qui n'est peut-être pas dans son caractère. A l'examen clinique, on retrouve un patient trapu, bien musclé et bronzé, logorrhéique, qui donne parfois un peu l'impression de vouloir "occuper le terrain". Objectivement, l'épaule droite est relativement souple, peu douloureuse à la mobilisation. Les signes du conflit sont négatifs. La chute du bras est bien freinée lors de la manœuvre de Jobe et la force en rotation externe est conservée. La mobilité a bien progressé même si les rotations sont encore limitées. Le coude et le poignet ont une mobilité complète. Il en va de même du pouce et des doigts longs. La force de serrage de la main droite n'est que modérément diminuée par rapport à gauche, où elle est extrêmement importante. Il est possible que la reprise de l'activité antérieure ne soit pas envisageable mais on explique bien au patient qu'il conserve une pleine capacité de travail dans une activité légère, exercée à hauteur de table ou d'établi, et qu'il faut qu'il se mette à chercher un emploi qui lui convienne, sans attendre d'hypothétiques mesures de reclassement professionnel sous l'égide de l'AI ». Dans un rapport médical du 7 septembre 2007, le Dr N. \_\_\_\_\_, généraliste FMH traitant, a

diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un status post-luxation de l'épaule droite avec déchirure du sus-épineux. Il a considéré que l'on pouvait exiger de son patient qu'il exerce à plein temps une activité non manuelle, sans utilisation prolongée de l'épaule droite. Dans un rapport médical intermédiaire du 7 octobre 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_ a noté une diminution des douleurs, des progrès lents à la mobilisation et une élévation active à 140°, soit 20° de progrès en trois mois et demi. L'assuré a bénéficié d'un second séjour à la Clinique L. \_\_\_\_\_ du 31 octobre au 20 novembre 2007, à l'issue duquel les Drs C. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont conclu ce qui suit dans leur rapport du 20 décembre 2007 :

« **DIAGNOSTIC PRIMAIRE - Thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1)**  
**DIAGNOSTICS SECONDAIRES - Syndrome épaule-main du MSD (M75.0) - Luxation antéro-inférieure de l'épaule droite le 23.08.2006 : déchirure totale du supra-épineux et partielle du sous-scapulaire, fracture de Hill-Sachs et minime lésion de Bankart (T92.3) - Plexopathie brachiale traumatique distale, séquellaire (M54.1) - Suture du supra-épineux et acromioplastie le 26.10.2006 (Z58.8) (...)** **APPRECIATION ET DISCUSSION (...)** En résumé : Le patient présente un syndrome épaule-main dont l'activité actuelle est difficilement évaluable en raison des multiples plaintes et d'autolimitations lors du bilan. Nous pensons que, concernant les douleurs, une certaine amélioration sera encore possible dans le futur. Il n'y a pas de proposition de poursuite de la physiothérapie. Le patient devra faire lui-même son autorééducation pour le maintien de la mobilité. Sur le plan socioprofessionnel : M. Z. \_\_\_\_\_ a travaillé dans le secteur du bâtiment comme manœuvre et chauffeur, réparateur de machines ainsi que manutentionnaire. Au vu de son affection de l'épaule droite, nous retenons une incapacité de travail dans sa profession actuelle de chauffeur et manœuvre de chantier. Une demande AI est en cours. Dans une activité adaptée respectant les limitations pour le travail en hauteur, au-dessus de l'horizontale et le port de charges répétitif en hauteur ou en porte-à-faux, la capacité de travail sera complète. Le patient est suivi dans les ateliers professionnels et une discussion sur une réorientation professionnelle a été peu fructueuse, le patient étant préoccupé par ses symptômes et jugeant la récupération insuffisante pour reprendre un métier. Vu le manque de motivation et d'investissement, nous décidons de ne pas faire de phase I. L'AI n'entrera sûrement pas en matière pour un reclassement professionnel long mais peut-être pour une aide au placement. Le jour de la sortie, le patient a reçu des explications par notre gestionnaire de cas de la Clinique L. \_\_\_\_\_, sur les tenants et aboutissants de la demande AI et de l'exigibilité d'une activité adaptée. Une stabilisation de l'état clinique est attendue dans les 2-3 mois qui viennent. Un examen par le médecin de l'Agence sera utile d'ici 2-3 mois. **INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE CHAUFFEUR ET DE MANŒUVRE DE CHANTIERS - 100 % de longue durée. TRAITEMENT A LA SORTIE - Aucun** ». Dans un rapport médical intermédiaire du 25 avril 2008, le Dr J. \_\_\_\_\_ a maintenu une incapacité de travail à 100 %, notant une évolution de santé stationnaire, une élévation de l'épaule à plus ou moins 130° et l'impossibilité de la reprise d'une activité sollicitant le membre supérieur droit. Le 8 juillet 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_ a apprécié le cas en ces termes : « (...) Actuellement, le patient dit que la situation est "catastrophique". Il a l'impression que son épaule droite est serrée dans un bandage. Il décrit également des irradiations douloureuses vers la nuque et dans le bras. Surtout, il revient sur le fait qu'il souffre d'une algodystrophie intéressant tout le MSD qui lui bloque parfois le poignet et lui fait enfler la main. Il en résulte une impossibilité à se servir normalement du bras droit de manière un peu soutenue, même dans une activité relativement légère. C'est ainsi qu'il ne peut même pas passer l'aspirateur dans sa voiture.

De surcroît, contrairement à ce qu'il espérait, les choses ne s'arrangent pas avec le temps. Objectivement, l'épaule droite est assez souple, légèrement douloureuse à la mobilisation. Les signes du conflit sont douteux. La chute du bras est bien freinée lors de la manœuvre de Jobe et la force en rotation externe est conservée. La mobilité est modérément limitée, inchangée. Passivement, les amplitudes articulaires ne sont guère améliorables. Le poignet droit serait douloureux à la mobilisation mais de manière variable et la mobilité active, qui est un peu fluctuante, est légèrement limitée. La main droite paraît plus pleine que la gauche mais elle ne présente pas de franche tuméfaction. Le pouce et les doigts longs ont une mobilité complète. La force de serrage de la main droite n'est que modérément réduite. Il y a donc une certaine discordance entre l'importance des plaintes et surtout l'incapacité totale de travail revendiquée et les constatations objectives de l'examen clinique qui vont plutôt dans le sens de séquelles relativement modérées de l'accident du 23.8.06. Pour ma part, je confirme que le patient a une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, et ne réclamant pas de dextérité particulière ». Par projet de décision du 16 juillet 2008, l'OAI a refusé la demande de prestations de l'assuré, au motif que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à son état de santé, soit non manuelle et sans utilisation prolongée de l'épaule droite. Ainsi, en comparant, pour l'année 2007, le salaire sans invalidité de 66'109 fr. 80 et celui avec invalidité de 51'122 fr. 81 (calculé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure de salaires [ESS], avec abattement de 15 %), il en résultait un degré d'invalidité de 22 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision le 9 septembre 2008, en soutenant qu'il se trouvait dans l'impossibilité de se servir normalement de son bras droit, même dans une activité relativement légère. Par décision du 9 octobre 2008, l'OAI a confirmé le refus de rente. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a exposé qu'il avait tenu compte de l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, selon lequel l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité légère, de type industriel, à hauteur de table ou d'établi et ne réclamant pas de dextérité particulière. B. Agissant par l'intermédiaire de son conseil, Me Eric Kaltenrieder, Z.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 12 novembre 2008, en concluant à sa modification en ce qu'une rente entière lui fût accordée, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dans le but de déterminer sa capacité résiduelle de travail. Il a fait valoir que la décision entreprise se basait exclusivement sur le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ et qu'il était illusoire de prétendre qu'il pourrait reprendre un travail léger de type industriel ne réclamant pas de dextérité particulière. En outre, même s'il exerçait une activité particulièrement légère, il ne pourrait pas le faire à plein rendement. A l'appui de son recours, il a produit un consilium d'orthopédie du 4 avril 2008 du Dr J.\_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante : « Anamnèse : A fait quelques petits progrès avec son épaule droite, les douleurs ont légèrement diminué mais n'est toujours pas capable de porter des charges même un petit enfant de 4 ans. Status : L'épaule droite est toujours assez enraidie, avec une élévation à environ 130, rotation interne à 20 et externe aux alentours de L5. Il se plaint maintenant aussi de douleurs de son épaule gauche dans certains mouvements. A signaler qu'il est hypertendu et suivi par son médecin traitant. Diagnostic : Status après luxation épaule droite avec déchirure coiffe opérée. Attitude : Je pense qu'il ne faut pas se faire trop d'illusion, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ ne pourra certainement pas reprendre un travail physique. Il pourrait éventuellement envisager un petit travail de chauffeur à mi-temps, quoiqu'il faudrait encore lui trouver cet emploi. Pour arrêt de travail à 100 %, PC pour des raisons administrative dans 6 mois ». Dans sa réponse du 20 février 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision

querellée, en soutenant que dans la mesure où tous les médecins s'accordaient à dire que le recourant était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée, il n'avait aucune raison de s'écarter de cette appréciation. Les parties se sont déterminées lors d'un second échange d'écritures. E n d r o i t : 1. La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et 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 immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, le recours est recevable (art. 58 al. 1 et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). 2. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; ATF 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). 4. L'OAI soutient qu'il n'a aucune raison de s'écarter des avis des médecins qui considèrent que le recourant peut travailler à plein temps dans une activité adaptée. Pour sa part, ce dernier fait valoir qu'en raison de son algodystrophie, laquelle lui bloque parfois le poignet droit et lui fait enfler la main, il ne peut pas travailler dans une activité légère de type industriel et ne réclamant pas de dextérité particulière, et que même s'il exerçait une activité particulièrement légère, il ne pourrait pas le faire à plein rendement. En raison de ces divergences, il demande la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en vue de déterminer sa capacité de travail résiduelle. En l'espèce, il est constant que le recourant présente un syndrome épaule-main du membre supérieur droit consécutif à une réparation de la coiffe des rotateurs. Dans leur rapport du 20 décembre 2007, les experts de la Clinique L.\_\_\_\_\_ considèrent qu'en raison de cette affection, l'intéressé ne peut plus travailler dans sa profession actuelle de chauffeur et manœuvre de chantier, mais que sa capacité est complète dans une activité adaptée respectant les limitations pour le travail en hauteur, au-dessus de l'horizontale et le port de charges répétitif en hauteur ou en porte-à-faux. Le 8 juillet 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_ note, d'une part, une certaine discordance entre l'importance des plaintes et les constatations objectives de l'examen clinique qui vont plutôt dans le sens de séquelles relativement modérées de l'accident et confirme, d'autre part, que son patient a une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, et ne réclamant pas de dextérité particulière. Les conclusions de ces médecins concordent donc en ce que le recourant peut travailler à plein temps dans une activité adaptée. L'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ du 25 avril 2008 selon lequel le recourant ne peut pas reprendre d'activité sollicitant son bras droit n'est pas pertinent dès lors qu'il n'est pas étayé, et ce d'autant plus que ce praticien affirme le contraire peu de temps auparavant dans son consilium d'orthopédie du 4 avril 2008, soit que l'intéressé pourrait envisager un travail de chauffeur à mi-temps. Au demeurant, la situation médicale est claire et les rapports des médecins de la Clinique L.\_\_\_\_\_ et du Dr D.\_\_\_\_\_ remplissent tous les réquisits posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être accordée. On ne saurait dès lors suivre le recourant lorsqu'il demande la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dans le seul but de déterminer sa capacité de travail exigible. Au regard de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que le recourant pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée à son état de santé. 5. Reste à déterminer le degré d'invalidité sur cette base. a) Selon les art. 28 al. 1 et 29 LAI, en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004 et applicables en l'espèce, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 1). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase). Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1). Dans le cas particulier, le recourant exerçait la profession d'ouvrier / conducteur de camionnette de livraison et aurait gagné en 2007, au moment de la naissance du droit à la rente, sans son atteinte à la santé, un salaire horaire de 28 fr. 30 (cf. questionnaire rempli par l'employeur le 10 juillet 2007). Il en résulte ainsi un revenu hypothétique annuel de valide de 66'109 fr. 80 (28 fr. 30 x 41,5 x 4.33 x 13).

c) S'agissant du gain d'invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas, selon les pièces au dossier, repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des chiffres ESS de l'Office fédéral de la statistique (OFAS), singulièrement aux salaires bruts standardisés en se fondant sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2006, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'732 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 56'784 fr. par année. Ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que l'assuré serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidé dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C\_259/2007 du 8 mai 2008, consid. 4.4 et les références citées). Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique 3-2010, tableau B 9.2, p. 94), ce qui représente 59'197 fr. 32 (56'784 : 40 x 41,7). Adapté à l'évolution des salaires de 2006 à 2007 (1,6 %; La Vie économique 3-2010, tableau B 10.2, p. 95), on aboutit à un revenu de 60'144 fr. 48. Le revenu d'invalidité déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut encore faire l'objet d'un abattement. La mesure dans laquelle ces salaires doivent être réduits 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). Une déduction globale maximale 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; TF 9C\_1047/2008 du 7 octobre 2009 consid. 3.1; TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5.1). Il convient d'examiner ce qu'il en est, dans le cas concret, du taux d'abattement fixé par l'OAI. En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2). En l'occurrence, le recourant présente des limitations fonctionnelles liées à son atteinte à l'épaule gauche et était âgé de 56 ans au moment de la reprise exigible d'une activité professionnelle adaptée. Le taux d'abattement appliqué sur le salaire d'invalidité par l'administration apparaît adéquat, ce qui conduit à retenir un revenu avec invalidité de 51'122 fr. 81 (60'144 fr. 48 x 85 %).

d) Le calcul de la perte économique du recourant (soit du degré d'invalidité) est par conséquent le suivant :

(66'109 fr. 80 – 51'122 fr. 81) :  $66'109 \text{ fr. } 80 \times 100 = 22 \%$  ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à au moins un quart de rente d'invalidité (cf. supra, art. 28 al. 1 LAI). 6. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 9 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de Z.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Eric Kaltenrieder, avocat (pour Z.\_\_\_\_\_) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud ■ Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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