

VD_FINDINFO AI 77/10 - 213/2012 vom 26. April 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-04-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_77_10_-_213_2012

FR: VD_FINDINFO AI 77/10 - 213/2012 du 26 avril 2012

IT: VD_FINDINFO AI 77/10 - 213/2012 del 26 aprile 2012

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, INVALIDITÉ PARTIELLE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 26

avril 2012 _____ Présidence de Mme Thalmann Juges : M. Jomini et Mme Pasche Greffier : M. d'Eggis ***** Cause pendante entre : R. _____, à Oron-la-Ville, recourant, représenté par l'avocate Catherine Merényi, du Service juridique de DAS Protection juridique SA, à Lausanne, et OAI, à Vevey, intimé. _____ Art. 4 al. 1, 28 LAI, 6, 7, 8 LPGA E n f a i t : A. Le 13 juillet 2000, R. _____, né en 1954, a déposé une demande de prestations AI. Il était employé depuis 1978 comme chauffeur de camion/aide-mécanicien dans l'entreprise [...] aux Thioleyres-sur-Palézieux, puis dans l'entreprise [...] principalement en qualité d'affûteur. Dans un questionnaire pour l'employeur du 20 septembre 2000, [...] indique que l'assuré travaille dans cette entreprise depuis le 1^{er} juin 1990 en qualité de conducteur d'automobiles et que son salaire serait en 2000 de 70'509 francs. Selon la déclaration d'accident adressée le 8 mai 1984 à la CNA, le 5 mai 1984, en essayant une motocyclette pour le compte d'un copain, l'assuré a perdu la maîtrise du véhicule et a été projeté sur la route. Cet accident lui a entraîné plusieurs lésions traumatiques (notamment, luxation de l'épaule droite avec fracture du trochiter, plaie frontale droite, contusion du flanc gauche, lésions dentaires). Par décision du 20 août 1985, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 15 % dès le 1^{er} décembre 1984 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % (8'352 fr.), chacune des deux prestations ayant été réduites de 20 % selon l'art. 37 al. 3 LAA. Le 18 novembre 1987, dans le cadre d'une rechute prise en charge par la CNA, l'assuré s'est soumis à une intervention chirurgicale consistant en l'ablation d'une cicatrice chéloïdienne post-traumatique au niveau du coude droit. La CNA a décidé de maintenir la rente à son taux actuel, selon lettres des 29 septembre 1988 et 10 novembre 1989. L'assuré a été examiné le 25 mars 1992 par le Dr Q. _____, médecin d'arrondissement de la CNA dans le cadre d'une procédure de révision. Celui-ci a conclu que la situation sur le plan médical était nettement plus favorable que lors de l'examen du 27 mars 1985 et que s'il subsistait des séquelles douloureuses, elles avaient été largement indemnisées par l'octroi d'une IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité) qui se fondait sur des constatations beaucoup plus défavorables. Par décision du 21 avril 1992, la CNA a supprimé la rente dès le 1^{er} mai 1992 au motif que, malgré les séquelles de l'accident, la capacité de gain n'était plus influencée dans une mesure susceptible d'être prise en considération. Par décision sur opposition du 23 juillet 1992, la CNA a rejeté l'opposition.

Elle a considéré notamment ce qui suit : "En résumé, il convient de récapituler que la CNA reconnaît certaines suites accidentelles durables. Pour cette raison, elle avait à l'époque versé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cela est une compensation schématisée en dédommagement d'un préjudice immatériel qui n'est pas susceptible d'amélioration. La rente d'invalidité, qui avait également été accordée, ne pourrait cependant être maintenue uniquement si les suites des blessures continuaient à entraîner une diminution de la capacité de gain pertinente en droit. Pour les raisons qui ont été expliquées, cela n'est plus le cas. La suppression de la rente s'avère correcte, raison pour laquelle l'opposition ne peut être acceptée." Le 4 mars 1998, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA une rechute, celui-ci en déchargeant des bérots d'un camion le 6 janvier 1998, ayant soudainement ressenti une douleur à l'épaule droite au quai des autos. Le 30 mars 1998, le Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, indique ce qui suit : "Le patient susnommé est venu à ma consultation le 4 mars 1998 pour consultation concernant des douleurs importantes et une impotence fonctionnelle marquée au niveau de son épaule droite. Je ne reviendrai pas sur les antécédents du problème concernant cette épaule qui sont contenues dans le rapport du Dr Q._____, dernièrement en 1992. La symptomatologie actuelle s'est établie suite à un fort étirement en déchargeant des colis avec un "béreau" au début janvier 1998. Lors de l'examen du 4 mars 1998, la mobilisation de l'épaule droite était très limitée et la palpation au niveau de l'insertion des tendons de la coiffe des rotateurs très sensible. Après médication des AINS (Brufen 400 mg 3/jour) et du repos entre-temps. On constate une nette amélioration autant concernant les symptômes algiques qu'au niveau de la mobilisation de l'épaule droite. Cependant, le patient n'est toujours pas capable de retenir son bras en abduction et la rotation externe de son épaule est pratiquement complètement bloquée. L'examen par IRM effectué le 23 mars 1998 démontre un net pincement de l'espace sous-acromial et hypertrophie arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire pouvant augmenter et contribuer au conflit sous-acromial. L'état actuel de l'épaule droite ne permet pas au patient une reprise de l'activité professionnelle. Il a refusé un traitement par infiltration locale de la bourse séreuse sous-acromiale, ceci à titre de test pour une acromioplastie. Bien que le pronostic de ce cas, en particulier concernant la capacité de travail, ne semble pas être très favorable, je pense qu'une acromioplastie et un débridement des tendons de la coiffe des rotateurs suivis par une rééducation musculaire appropriée devront permettre au patient la poursuite de son activité professionnelle encore pendant quelque temps." Il résulte d'un protocole opératoire du 23 avril 1998 que le diagnostic de status après contusion de l'épaule droite avec premièrement arthrose de l'articulation acromioclaviculaire et deuxièmement tendopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a été posé. Le Dr P._____ a pratiqué une arthroplastie de l'articulation acromio-claviculaire (résection de la portion claviculaire et excision du disque articulaire) et une acromioplastie et résection de la bourse séreuse sous-acromiale et réinsertion d'une rupture partielle du tendon sus-épineux. Le 4 septembre 1998, le Dr Q._____ indique notamment ce qui suit : " ANTECEDENTS D'APRES LES ACTES DU DOSSIER Je rappelle que ce patient de 44 ans, chauffeur-livreur à la Poste, droitier, avait été victime d'un accident de moto le 5.5.1984 qui s'était soldée notamment par une luxation erecta de l'épaule droite avec fracture du trochiter. L'évolution avait été défavorable, conduisant à une limitation fonctionnelle de cette articulation. Une rente de 15%, assortie d'une indemnisation pour atteinte à l'intégrité du même montant avait été allouée à l'assuré dès le 1.12.1984. Cette rente avait cependant été supprimée en 1992, le patient ne subissant plus de préjudice économique et l'état de son épaule s'étant par ailleurs nettement amélioré en

terme de mobilité. Au début de cette année, le patient s'est réannoncé. Il a consulté le Dr P. _____ en raison de la recrudescence d'omalgies droites survenues après avoir déchargé des bérêts d'un camion le 6.1.1998. Un examen IRM le 23.3.98 a montré un pincement de l'espace sous-acromial et une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire. Bien que le patient ait refusé une infiltration-test de la bourse séreuse sous-acromiale, le Dr P. _____ a fait une acromio-plastie le 23.4.1998. L'évolution serait favorable mais, pour le moment, une reprise du travail n'a pas été fixée. Le patient est convoqué à l'agence pour faire le bilan de la situation. (...) APPRECIATION : Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai résumés plus haut. Actuellement, à 4 mois de l'intervention, la situation me semble favorable. L'épaule droite est souple mais elle reste douloureuse en abduction au passage de l'horizontale. Les signes du conflit sont encore légèrement positifs. La mise sous tension du sus-épineux est un peu sensible mais il n'y a pas d'insuffisance de la coiffe. Le patient a pratiquement récupéré les amplitudes relevées en 1992. La force est convenable. Une reprise du travail devrait être possible d'ici la fin du mois de septembre." Le 8 juin 1999, le Dr P. _____ indique ce qui suit : "Monsieur R. _____ a subi une intervention pour traitement d'une arthrose avancée au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et une tendopathie avec rupture partielle du tendon sous-épineux au niveau de l'épaule droite. L'arthroplastie de l'articulation acromio-claviculaire (résection de la portion articulaire de la clavicule) combinée à une acromioplastie et réinsertion du tendon sous-épineux a été effectuée le 23.04.1998. Bien qu'actuellement la symptomatologie algique et fonctionnelle au niveau de l'épaule droite est nettement améliorée par rapport à la phase pré-opératoire, il persiste encore une symptomatologie algique résiduelle au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs et le patient a des difficultés persistantes à soulever des poids de plus de 15 kg. Cette situation ne pourra pas, à mon avis, s'améliorer d'une façon significative dans l'avenir; il y a plutôt un risque d'aggravation si le patient devait continuer à être chargé pour effectuer un travail physique trop important. A mon avis, M. R. _____ devrait obtenir une activité pendant laquelle il serait dispensé de porter ou de soulever des charges lourdes (10 à 15 kg) afin de conserver sa capacité de travail à long terme." Le 4 février 2000, le Dr P. _____ mentionne une persistance d'une symptomatologie algique au niveau du tendon de la coiffe des rotateurs lors de travaux physiques forcés, le patient ayant des difficultés pour soulever ou porter à répétition des charges plus lourdes que 10-15 kg. Cliniquement, il constate une sensibilité au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs et une atrophie musculaire marquée au niveau de la ceinture scapulaire droite. Il indique qu'il n'y a actuellement pas de traitement spécifique et qu'à son avis, l'assuré devrait être dispensé de soulever ou porter des charges plus lourdes que 10-15 kg pendant son travail, l'arrêt de travail étant de 50% depuis le 30 décembre 1999. Dans un rapport du 1er mars 2000, le Dr X. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la CNA, mentionne ce qui suit: " APPRECIATION Assuré de 46 ans, au status après luxation errecta avec fracture du trochiter de l'épaule droite. Dans un premier temps, l'évolution est défavorable, à l'origine d'une rente et d'une Ipai, secondairement, récupération partielle, permettant d'effacer la rente. En 1998, l'assuré s'est réannoncé en raison de douleurs de son épaule. On met en évidence un conflit sous-acromial ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire. On procède à une résection de la clavicule distale et à une acromioplastie. Dans un premier temps, l'assuré peut reprendre son activité professionnelle. Cependant, sept mois plus tard, c'est-à-dire depuis le 30.12.1999, il est de nouveau incapable de travailler à 50 %. Les douleurs à l'effort sont importantes. A l'examen clinique, on retrouve des craquements sous-acromiaux

importants, parlant pour un conflit sous-acromial. Il existe une limitation de la mobilité active. La coiffe des rotateurs est par contre en continuité. EXIGIBILITE L'assuré peut continuer son activité de chauffeur. Il peut également porter des poids ne dépassant pas 10 à 15 kg. Toute activité, effectuée à hauteur d'établi, à condition qu'elle n'engendre pas des mouvements de traction-torsion importante au niveau de cette épaule, est envisageable. Toute activité au-dessus de l'horizontale ne peut pas être effectuée. En définitive, il serait souhaitable de reprendre contact avec le service social des PTT afin d'accélérer le processus de recherche d'un poste adapté. Dans le cas où ceci n'est pas réalisable, un reclassement professionnel est souhaité." Dans une lettre du 20 mars 2000, le Dr P. _____ écrit notamment ce qui suit : "L'état subjectif et clinique au niveau de l'épaule droite chez ce patient est resté quasi inchangé depuis ma lettre du 08.06.1999. Mise à part une symptomatologie algique persistante mais d'une intensité tolérable, M. R. _____ se plaint de douleurs accrues et surtout nocturnes au niveau de son épaule droite, pour porter ou soulever à répétition des charges de plus env. 10 kg. Une tentative de reprise du travail à 100% à partir du 17.05.1999 a été vouée à l'échec. L'arrêt de travail à 50% est toujours en rapport avec l'accident et une reprise du travail à 100% pourrait seulement être envisagée à condition que le patient pourrait être définitivement dispensé de porter ou soulever de lourdes charges à répétition." Dans un rapport du 4 août 2000, ce praticien diagnostique une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, un status après arthroplastie de l'articulation acromio-claviculaire et acromioplastie. Il mentionne avoir pris en charge l'assuré pour le traitement d'une arthrose avancée au niveau de l'articulation acromio-claviculaire accompagnée d'une importante tendopathie de la coiffe des rotateurs au niveau de son épaule droite avec une symptomatologie algique, progressive et persistante. Suite au traitement chirurgical intervenu les 23 avril 1998, il constate une nette amélioration de la symptomatologie algique et que, depuis une dispense de porter ou soulever des objets au-delà de 15 kg, son épaule est restée quasi asymptomatique. Dans une activité sans obligation de porter ou soulever de lourdes charges, il estime que la capacité de travail de l'assuré à long terme pourrait atteindre 100 %, un recyclage dans une activité sans porter ou soulever de lourdes charges étant souhaitable. Dans un rapport du 4 mars 2002, le Dr S. _____, médecin-chef de l'Association médicale du Centre thermal à Yverdon-les-Bains, mentionne ce qui suit : " Diagnostic : > Douleurs inter-scapulaires sur dysfonctions inter-vertébrales mineures. Traitement : > Mobilisation à sec et en piscine. > Tonification isométrique et isotonique de la musculature du tronc. > Stretching, techniques manuelles dorsales, massages, ultrasons. > Gymnastique individuelle en piscine. Discussion & évolution : Apparition sans facteur déclenchant particulier mi-janvier d'une symptomatologie douloureuse inter-scapulaire avec irradiations en ceinture dans la région antérieure du thorax. Le bilan complémentaire effectué n'a pas mis en évidence de lésion spécifique. On relève des discopathies sans toutefois signe d'éventuelle compression neurologique. Les douleurs sont de caractère plutôt mécanique, également parfois présentes la nuit, en particulier dans la région para-sternale. Elles sont exacerbées par la toux. L'anamnèse systématique n'est guère contributive. Au status, la mobilité rachidienne est discrètement réduite avec une DDS à 13 cm. Le status neurologique est dans les limites de la norme. L'examen segmentaire du rachis met en évidence des zones de dysfonctions inter-vertébrales mineures avec une contracture de la musculature para-vertébrale en regard de D4-D5-D6. Il n'y a pas de myogélose du trapèze ou de syndrome de l'angulaire de l'omoplate. A l'issue de la prise en charge, l'évolution n'est pas favorable, la symptomatologie algique persiste. Je suis frappé par une certaine discordance entre

l'importance des plaintes et le bilan complémentaire ou clinique effectué qui, hormis de discrètes zones de contractures avec zones de dysfonctions inter-vertébrales, est dans les limites de la norme. J'ai des difficultés à apprécier la capacité de travail de ce patient. Sur le plan pratique, au vu de l'absence d'évolution favorable sous traitement de physiothérapie, celui-ci est interrompu. Je vous proposerais soit de l'adresser à une consultation spécialisée du rachis, mais les délais sont parfois longs, ou alors de tenter un traitement de type mésothérapie ou acupuncture afin d'essayer de le soulager." Le Dr M. _____, radiologue FMH, suite à une IRM de la colonne dorsale effectuée le 8 février 2002 au Centre d'imagerie du Petit-Chêne, à Lausanne, conclut à des troubles de la statique et discopathies dégénératives avec pincements discaux étagés au niveau dorsal et de la charnière dorso-lombaire, sans évidence nette de hernie discale et à l'absence d'expansivité anormale décelable dans la région pariétale thoracique antérieure gauche. Dans un rapport du 9 avril 2002, les Drs Y. _____, chef de clinique, et Z. _____, médecin assistant au CHUV, mentionnent notamment ce qui suit : " DIAGNOSTICS : Dorsolombalgies chroniques. Troubles statiques avec scoliose sinistro-convexe lombaire, diminution de la lordose lombaire, augmentation de la cyphose dorsale et projection antérieure du rachis cervical. Spondylose lombaire multi-étagée. DD : Canal lombaire étroit. Excès de poids avec BMI à 25,8. Polyneuropathie périphérique des membres inférieurs probables. DISCUSSION : Nous retenons chez votre patient un diagnostic de dorsolombalgies chroniques avec exacerbation aiguë à partir de fin janvier 2002. Il existe comme nous le mentionnons ci-dessus des troubles statiques de tout le rachis et une spondylose lombaire comme facteur étiologique de cette douleur. Comme facteur aggravant, il existe chez votre patient une ptose abdominale dans un contexte d'excès de poids. Enfin, nous retiendrons la présence de multiples signes de non organicité qui corroborent l'observation du Dr S. _____ dans son rapport du 4.3.02 lorsqu'il souligne la discordance entre l'importance des plaintes et le bilan complémentaire paraclinique ou clinique. De plus, un processus de chronification est probablement en cours chez ce patient qui est maintenant à l'arrêt de travail à 100 % depuis 2 mois et demi. Sur le plan thérapeutique, Monsieur R. _____ dit s'opposer à la prise de médicaments per os et préfère l'acupuncture qui est suivie actuellement. La physiothérapie prescrite jusqu'à ce jour n'a pas aidé le patient et nous vous proposerions un bilan complémentaire de médecine manuelle avec thérapie manuelle pour laquelle vous trouverez en annexe le bon rédigé par notre consultation. Nous avons trouvé une adresse dans la Commune du patient chez la personne de [...] à [...]. Le bénéfice de cette thérapie devrait être évalué. Nous vous proposons également comme nous l'avons discuté avec le patient de reprogrammer rapidement une reprise d'une activité professionnelle d'abord à temps partiel puis à temps complet. Si l'arrêt de travail devait se prolonger, le pronostic socioprofessionnel de votre patiente s'assombrirait. Nous avons également informé le patient de l'existence d'un facteur aggravant la symptomatologie lombaire douloureuse qui est l'excès de poids qui se manifeste par une ptose abdominale. Le patient devrait être encouragé à stabiliser dans un premier temps son poids et devrait être encouragé à perdre par la suite régulièrement du poids. Dans le diagnostic différentiel, nous évoquerons la possibilité d'un canal lombaire étroit pour laquelle il n'existe comme seul symptôme qu'un soulagement partiel des douleurs en flexion antérieure du tronc. L'IRM que vous avez demandée ne s'arrête pas dans les étages lombaires inférieurs et il n'a pas été fait de mesure planimétrique du canal rachidien à ce niveau. Enfin, si le tableau douloureux devait persister, nous vous rappellerons qu'il existe à l'anamnèse rhumatologique systématique une raideur matinale d'environ 30 minutes accompagnée d'une baisse de l'acuité visuelle et

d'épisodes fugaces de céphalées bitemporales. Dans ce contexte, nous vous proposerions d'effectuer à la fin avril si les douleurs persistent un bilan biologique avec un bilan inflammatoire. Nous vous proposerions également d'adresser votre patient en consultation ophtalmologique. Toutefois, vu le contexte actuel, une maladie de Horton nous paraît très peu probable." Le 12 avril 2002, le Dr S. _____, de l'Association médicale du Centre Thermal d'Yverdon, diagnostique des douleurs interscapulaires sur dysfonctions intervertébrales mineures sans facteur déclenchant particulier mi-janvier, l'incapacité de travail étant de 100% du 14 février au 10 mars 2002. Dans un rapport du 21 août 2002 établi à la suite d'une IRM lombaire, le Dr V. _____, radiologue, conclut à un signe de discopathie L1-L2 et L5-S1 avec une légère protrusion discale médiane non sténosante au niveau L5-S1. Il n'y a pas de sténose canalaire ni rétrécissement foraminaux mis en évidence. Il n'y a pas de pathologie visualisée au niveau des articulations interapophysaires postérieures. Dans un rapport du 18 février 2003, le Dr P. _____ mentionne ce qui suit :

" A. Lomalgies récidivantes sur discopathie et arthrose postérieure L1-L2 et L5-S1. Tendopathie de la coiffe des rotateurs des épaules ddc. B. Incapacité de travail à 100% du 14.11.01 au 03.12.01 à 100% du 01.02.2002 à ce jour. S'agissant d'une pathologie mixte (les 2 épaules et la colonne vertébrale), j'ai des problèmes pour définir un travail adapté pour ce patient. Je vous prie de bien vouloir l'observer dans un de vos ateliers afin d'évaluer son éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée. D. 1) Traitement du 04.03.1998 jusqu'à présent. 2) Dernier examen du 18.02.2003. 3) Le patient a subi une arthroplastie de l'articulation acromio-claviculaire droite (résection) en 1998 avec d'abord une évolution très favorable et une reprise totale du travail. Monsieur R. _____ se plaint depuis début 2002 de lombalgies aiguës, persistantes et très résistantes au traitement conservateur, raison pour laquelle j'ai adressé le patient au Prof. K. _____ -consultation pour la douleur - à la Clinique de Montchoisi (merci de bien vouloir vous référer à la copie de son rapport en annexe). Actuellement il y a en plus une récurrence des douleurs au niveau des 2 épaules sous forme d'une tendopathie de la coiffe des rotateurs avec diminution de la force et de la mobilité des épaules." Il a joint à ce rapport notamment celui du 31 janvier 2003 du Pr. K. _____, médecin au Centre anti-douleur de la Clinique de Montchoisi, dont il résulte ce qui suit : " Une IRM demandée par le Dr P. _____ en août 2002 a mis en évidence des discopathies au niveau L1-L2 et L5-S1. Au dernier niveau, on note une protrusion médiane non sténosante. Il existe également une arthrose dans les articulations postérieures dans les deux derniers niveaux lombaires. Nous avons accompli une série d'infiltration à visée diagnostique avec le résultat suivant : une anesthésie des articulations L4-L5 et L5-S1 à gauche a réduit les douleurs à raison de 60 % pendant une période compatible avec l'anesthésique local utilisé. Une deuxième infiltration avec le même anesthésiant n'a pas modifié les douleurs de façon significative, excluant un rôle de l'arthrose dans la genèse des douleurs. Nous avons ensuite pratiqué une discographie au niveau du disque L5-S1. On constate que le test de provocation est fortement positif avec une reproduction parfaite des douleurs présentées par le patient lors de l'augmentation de la pression intradiscale avec l'injection de contraste. On remarque une importante destruction de l'anneau fibreux et un bombement majoré de façon très significative lorsque le patient se met debout, surtout en antéflexion. Dans cette position, la protrusion discale est majorée de telle façon que l'on peut avoir la suspicion d'un conflit avec la racine S1, expliquant ainsi pourquoi le patient développe des douleurs irradiant dans la jambe dans cette position. Le traitement du patient a été longuement discuté dans le groupe rachis et pour l'instant, nous ne proposons pas de solution chirurgicale, vu la bonne réponse à un traitement simple avec

le Vioxx. Il semble judicieux que le patient puisse poursuivre son activité professionnelle, au moins une activité réduite, ainsi que vous le décrivez dans votre second courrier du 7 janvier de cette année. On ne voit pas d'inconvénient à ce sujet, car l'activité proposée n'implique pas de charge importante et représente un travail flexible où le patient n'a pas besoin de rester très longtemps dans une même position. Il faut impérativement l'encourager à prendre ses médicaments régulièrement. Il peut s'avérer qu'il y ait une aggravation de la maladie discale au niveau L5-S1, qui nécessiterait une autre prise de position à l'avenir. Nous avons l'intention de rester en contact avec M. R. _____ et ainsi suivre l'évolution." Dans un rapport du 17 avril 2003, le Dr W. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mentionne notamment : "Objectivement, nous constatons une légère limitation de la mobilité de l'épaule droite qui reste douloureuse au-delà de l'horizontale. L'élévation et l'abduction s'effectuant toutefois au-delà de 120°. Nous ne constatons aucune diminution des périmètres du bras ou de l'avant-bras droit. L'état de l'épaule nous paraissant comparable à celui décrit par le Dr X. _____ lors de son examen à l'agence du 1.03.2000. Nous constatons en outre la présence d'un syndrome cervical avec un déficit sensitif mal systématisé du membre supérieur droit associé à un syndrome vertébral lombaire modéré sans manifestations radiculaires autre qu'un léger signe de Lasègue. Les radiographies pratiquées en ce jour démontrent quelques remaniements trochantériens et acromio-claviculaires en rapport avec la résection pratiquée en 1998, les séquelles de fracture trochantérienne et le status après acromioplastie. Les radiographies de la colonne cervicale mettent en évidence une cervicarthrose multi-étagée évoluée avec un important rétrécissement des trous de conjugaison en particulier C6-C7 ddc. Les cervico-brachialgies ainsi que les troubles sensitifs décrits par cet assuré doivent être mis en rapport avec la pathologie dégénérative cervicale démontrée radiologiquement. Un examen neurologique avec électromyographie des membres supérieurs serait certainement utile pour évaluer l'éventuelle implication radiculaire. Ces investigations ne relèvent toutefois pas de l'assurance-accidents. Si l'on se base exclusivement sur les séquelles de l'accident qui nous concerne, il n'y a pas de changement notable par rapport à l'examen de mars 2000 et l'on peut considérer l'état de cette épaule comme étant largement stabilisé. Les conclusions du Dr X. _____ concernant l'exigibilité pour les troubles de l'épaule sont inchangées, à savoir une limitation pour tout travail au-dessus de l'horizontale ainsi que pour le port de charges dépassant 10 kgs. Nous relèverons d'ailleurs que l'assuré avait pu mettre en valeur une pleine capacité dans le travail exercé à la Poste. Ce n'est qu'avec l'apparition des troubles vertébraux qu'une nouvelle incapacité de travail est intervenue et perdue à ce jour. Cette incapacité de travail ne concerne pas la Suva. En effet, en l'absence des troubles cervicaux et lombaires qui se sont déclarés chez cet assuré, il est vraisemblable qu'il aurait pu continuer à mettre en valeur une capacité proche de 100% au dernier poste de travail exercé." Une expertise a été confiée par l'OAI au Dr T. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, qui a rédigé son rapport le 2 mai 2003. Il en résulte en particulier ce qui suit : " DIAGNOSTICS > Trouble somatoforme douloureux persistant > Rachialgies chroniques avec pseudo-sciatalgies bilatérales > Troubles dégénératifs rachidiens modérés > Omarthrose droite > Status après acromio-plastie et suture de la coiffe des rotateurs le 23 avril 1998 APPRECIATION DU CAS M. R. _____ est un patient de 49 ans, souffrant de douleurs chroniques de son épaule droite, dans un contexte de status après acromio-plastie et suture de la coiffe des rotateurs du tendon du sus-épineux le 23 avril 1998, ainsi que de rachialgies prenant la colonne cervicale, dorsale et lombaire, ces dernières étant accompagnées d'irradiations douloureuses prenant la globalité des membres

inférieurs sur un trajet postérieur et externe, compliquées de paresthésies ressenties comme des fourmillements sur le même territoire. Tous les traitements conservateurs tentés jusqu'à ce jour, tant hospitalier qu'ambulatoire, ou interventionnistes, tels des infiltrations périurales et facettaires, n'ont pas permis d'améliorer la symptomatologie, qui selon le patient, soit pour son épaule ou pour son rachis n'a fait que s'aggraver jusqu'au jour de l'expertise. Du point de vue professionnel, il est à l'arrêt de travail à 100% depuis le 28 janvier 2002 (le certificat du 18 février 2003, du Dr M. P. _____ adressé à l'OAI mentionnant à 100% du 14 novembre au 3 décembre 2001, puis à 100% dès le 1er février 2002), de son activité professionnelle de chauffeur à la poste, travail imposant la conduite d'un camion, le chargement et le déchargement de colis postaux allant jusqu'à 25kg, de façon répétitive. L'examen clinique actuel révèle une altération douloureuse de la mobilité de son épaule droite tant passive qu'active, le patient opposant une opposition active aux manoeuvres en raison des douleurs que ces dernières lui provoquent, avec des radiographies révélant la présence d'une omarthrose. D'un point de vue rachidien, on note une attitude scoliotique, une diminution de la mobilité tronculaire avec, à la palpation segmentaire, des douleurs musculaires et des zones d'insertionnelles concordantes au niveau des crêtes iliaques et des muscles fessiers. Le bilan radiologique complété par une IRM réalisée au mois d'août 2002, révèle la présence de discopathies pluri-étagées, prédominant en L1-L2, mais surtout en L5-S1, médiane, sans hernie discale ou canal lombaire étroit visualisé, tandis que les radiographies de la colonne lombaire face et profil révèlent une altération dégénérative de la charnière lombo-sacrée, une diminution de l'espace inter-somatique et une spondylarthrose postérieure correspondante modérée. Les radiographies de la colonne cervicale révèlent des troubles dégénératifs discrets correspondant à son âge, sous la forme d'une ostéophytose antérieure de C3 et une uncarthrose de C7. Malgré tout ni les examens radiologiques ni le status ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes dont souffre l'assuré, leurs intensités et leurs retentissements sur son quotidien. La présence de signes de non-organicités au status nous oriente vers un trouble somatoforme douloureux persistant, diagnostic déjà évoqué par le Dr S. _____, qu'il avait examiné en mars 2002, et les médecins du service de rhumatologie du CHUV qui avait examiné le patient en date du 5 avril 2002. Du point de vue rhumatologique, sa capacité de travail dans sa profession actuelle de chauffeur à la poste est nulle, cette dernière tenant compte de son rendement. Dans une activité excluant les travaux lourds, le port de charge répétitif supérieur à 15 kg, les mouvements du rachis en porte-à-faux, les mobilisations répétitives du membre supérieur droit au-dessus de la tête et la possibilité d'alterner la position assise ou debout, sa capacité de travail est entière. Compte tenu de son âge et de sa volonté, même si aucun projet concret n'est évoqué par le patient, une réhabilitation professionnelle tenant compte de ses limitations fonctionnelles devrait être tentée, ce que le patient réclame au sein même de la poste, mais que les instances dirigeantes de cette institution semblent lui refuser. Du point de vue thérapeutique, je n'ai pas de proposition particulière à évoquer, les différentes prises en charge tant ambulatoire qu'universitaire, n'ayant pas apporté d'amélioration des symptômes, voire même s'aggraver, selon le patient. Dans le contexte de son trouble somatoforme, il me paraît essentiel d'éviter des examens invasifs ou des gestes interventionnistes, sans tenir compte de cette entité et sans modification clinique évoquant une affection articulaire différente. Par ailleurs, il serait bon qu'un seul praticien puisse centraliser les informations médicales et coordonner les différentes attitudes thérapeutiques, ce qui n'a malheureusement pas été le cas jusqu'à présent, M. R. _____ s'étant lui-même adressé à divers spécialistes. Il a trouvé en la personne du Dr [...], il y a environ 2 mois, son

médecin généraliste, avec qui il devrait discuter les différentes prises en charges futures décidées à son encontre." L'expert estime dès lors que la capacité de travail est nulle dans son activité professionnelle antérieure de chauffeur poids lourd à la poste, ceci en tenant compte de son rendement, la capacité de travail ayant subi une réduction selon le certificat du 18 février 2003 du Dr P._____ de 100% du 14 novembre au 3 décembre 2001, puis de 100% dès le 1er février 2002. L'expert préconise un reclassement professionnel et mentionne que l'assuré est actuellement extrêmement désireux de retrouver une activité professionnelle correspondant à ses limitations fonctionnelles, ce qui pourrait être fait par l'entremise d'une évaluation de ses possibilités professionnelles. Dans une telle activité, sa capacité de travail est entière selon l'expert. Son pronostic est réservé compte tenu de l'importance de la symptomatologie douloureuse et du retentissement qu'il aurait sur le quotidien de l'assuré et de son trouble somatoforme douloureux. Dans un avis médical du 26 mai 2003, la Dresse G._____ du SMR (Service médical régional AI) retient une capacité de travail depuis février 2002 inférieure à 30% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Le 25 juillet 2003, l'employeur de l'assuré a résilié son contrat de travail avec effet au 29 février 2004. Le 31 juillet 2003, le Dr P._____ a écrit à l'OAI ce qui suit : " Sur demande du patient, nous vous adressons ce courrier en certifiant qu'il est en traitement pour un status après arthroplastie par résection de l'articulation acromioarticulaire droite et acromioplastie au niveau de la même épaule pour une tendinopathie des coiffes des rotateurs. Actuellement on constate une symptomatologie algique progressive au niveau de cette épaule et le patient devrait être dispensé de porter ou soulever des objets de plus de 5 kg lors de son activité professionnelle." Dans un rapport du 7 août 2003, le Dr H._____, FMH en médecine physique et réadaptation, spécialiste de la colonne vertébrale, pose les diagnostics des lombosciatalgies chroniques dans un contexte de discopathie dégénérative des deux derniers étages sans conflit discoradiculaire, de cervicoscapulalgies à composante tensionnelle et de status après suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il estime totale l'incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis février 2002, l'état de santé de l'assuré étant stationnaire et des mesures professionnelles étant indiquées dès que possible. Il estime que l'on peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité dans la vente ou la surveillance de chaîne de montage. Quant au genre d'activités envisageables il mentionne des activités offrant des alternances de posture avec des ports de charges inférieurs à 8 kg. Il est d'avis qu'une mise en situation devrait être considérée dans le cas présent car ces appréciations de rentabilité sont purement arbitraires. Une appréciation théorique de la capacité exigible dans un Centre spécialisé lui paraîtrait souhaitable. Il mentionne en outre ce qui suit : "5. Constatations objectives Le bassin est équilibré, les épaules sont à niveau bien qu'il existe un enroulement des épaules. Surélévation de l'épaule G de 1/2 cm. Index de Forestier démontre plutôt un dos plat, avec une flèche occipitale de 8, en T6 de 10. Apex de courbure en T6. La déambulation se fait sans boiterie. Insuffisance de stabilisation de la sangle abdominale. Présence d'une cicatrice chéloïdienne à la face antérieure du moignon de l'épaule. Déroulement lombaire harmonieux avec un Schober à 10-14, une DDS de 15 cm. Le mouvement est conduit avec une rupture du rythme lombopelvien avec survenue d'une cassure au niveau L3-L4. La colonne cervicale rotation gauche/droite est à 80-0-80 avec une distance menton — sternum de 1 et 19 cm. Les inclinaisons latérales cervicales restent libres. Mobilité des épaules est dysharmonieuse avec une abduction/adduction à G 180-0-30, à D 110-0-30, dans le plan sagittal à G 180-0-40, côté controlatéral 150-0-30. La rotation externe est à 40° avec un pouce en D12 à D, le pouce parvient à D10 à G. La palpation segmentaire démontre une

absence de cellulalgie. La musculature est souple, mais sensibilité lors de la sollicitation postéro-antérieure de l'étage L5-S1 avec une zone réflexogène concordante au niveau de l'éventail fessier à G. Absence d'anomalie dans l'extensibilité et dans la tonicité du muscle tenseur du fascia lata et pyramidal. Perte de compensation C7-C3 à D avec sensibilité des angulaires de l'omoplate. Souffrance également en C6-C7 en unilatéral G et souffrance également en sous-occipital. MI de même longueur, normo-axés avec mobilité de la hanche à 140-0-10 avec une rotation externe/interne de 40-0-20. Les genoux sont secs et stables, strictement indolores. Pieds respectés. L'abdomen est globuleux mais symétrique, souple et sans organomégalie. Pas de défense ni de détente. La manoeuvre jambe tendue peut être portée à 80°. Rétro-Lasègue négatif ne dépassant pas la verticalité ddc se traduisant par une douleur exacerbée au niveau lombaire inférieur. Les réflexes achilléens et rotuliens sont présents, vifs et symétriques. Pas d'altération de la sensibilité ou de la motricité. Les points de Valleix sont négatifs. 6. Examens médicaux spécialisés 7. Thérapie / Pronostic Nous sommes assez confrontés actuellement à une situation précaire sur le plan fonctionnel compte tenu de la problématique intriquée lombaire et de la coiffe des rotateurs dont les méfaits se font sentir au niveau de l'axe vertébral. En ce qui concerne la problématique lombaire, les divers blocs anesthésiques ont démontré une composante mixte avec en avant-plan une atteinte discogène du segment L5-S1 avec souffrance des éléments postérieurs. La rééducation a été difficile de par la survenue fréquente de verrouillages lombaires sans pour autant que l'on puisse observer de signe irritatif neurogène. A notre avis il serait sage de procéder à une appréciation des aptitudes personnelles dans un centre spécialisé de l'AI dès que possible. En effet dans son ancienne activité professionnelle, il ne peut plus disposer d'une place adaptée à ses possibilités malgré un changement de poste. Actuellement on doit retenir une incapacité dans son ancien poste à 100%. Dans une activité plus allégée, sans bras de levier, port de charge inférieur à 8 kg et respectant les alternances de postures une activité à 50% au moins pourrait être envisagée." Par lettre du 15 septembre 2003, l'employeur de l'assuré l'a informé qu'à partir du 1er novembre 2003 il bénéficierait d'une mise à la retraite anticipée partielle à raison de 50 % et que dès cette date il aurait droit à une rente d'invalidité partielle de la Caisse de pensions Poste (CPP). Il l'informait également que sous réserve de l'issue de son recours, ses rapports de travail prendraient fin le 29 février 2004, conformément à la décision du 25 juillet 2003. L'assuré a effectué un stage au COPAI (Centre d'observation professionnel de l'assurance invalidité) d'Yverdon du 19 avril au 14 mai 2004. Il résulte du rapport du 3 juin 2004 des conseillers du centre notamment ce qui suit : "5. CONCLUSION Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons donner les informations suivantes : 1. Description des limitations fonctionnelles et contre-indications à observer dans le cadre d'une future activité professionnelle. M. R. _____ est limité au niveau de son membre supérieur droit dominant. Toute action répétée en force, en extension, en rotation ou en élévation avec ce membre est pratiquement impossible. De même, toute activité sollicitant l'emploi simultané des deux mains est très fortement compromise. Viennent s'ajouter à ces difficultés, des limitations au niveau lombaire contre-indiquant les activités demandant le transport ou déplacement de charges lourdes ou moyennement lourdes, les longs déplacements, ainsi que les positions de travail statiques ou contraignantes, 2. Facultés d'apprentissage et d'adaptation. Le niveau intellectuel de l'assuré, ainsi que ses facultés d'adaptation à la nouveauté, sont suffisants pour lui permettre d'envisager une éventuelle formation. 3. Observation de la concentration et de la mémorisation. Bien que l'esprit de l'assuré soit accaparé par la douleur et l'inconfort physique, cet homme est en mesure de mémoriser des procédures et de les appliquer

correctement; il est aussi en mesure de rester concentré durant des périodes relativement longues. 4. Taux de rendement exigible. Au terme de la mesure, notre équipe d'observation est d'avis que M. R._____ possède une capacité résiduelle de travail de 50%. Cette capacité de production est exigible à 100% de rendement sur la demi-journée de travail. L'activité proposée devrait faciliter l'alternance des positions et lui permettre de ménager dans une large mesure l'usage de son bras droit. Des activités de contrôle ou de surveillance, gérant ou caissier dans un shop d'essence par exemple pourraient lui convenir." La Dresse B._____, médecin-conseil de l'Oriph (Office régional d'intégration et formation professionnelle d'Yverdon-les-Bains), dans son rapport du 24 mai 2004 indique ce qui suit :

" Conclusions M. R._____ souffre d'altérations dégénératives dorsales et lombaires, ainsi que d'une omarthrose de l'épaule droite, où il a subi une acromioplastie et une suture de la coiffe des rotateurs en 98. Il a perdu son emploi comme chauffeur livreur à la poste en février passé, après avoir obtenu une retraite médicale à 50 % depuis novembre 03. Il est en interruption de travail complète depuis février 02. L'observation dans notre établissement a été rendue difficile par l'attitude passive du patient, qui n'a pas paru fournir un effort maximal, restant en permanence sur la retenue, évitant le plus possible l'utilisation de son membre supérieur droit dans sa totalité. Il s'est montré très plaintif, extrêmement démonstratif, se couchant dans l'atelier deux fois par jour 30 minutes. A ces troubles de comportement s'ajoutent des difficultés d'attention, le patient paraissant porter toute son énergie à s'assurer que sa souffrance ait bien été perçue par les personnes en sa présence. Dès lors, les pauses sont extrêmement fréquentes, plus ou moins longues. Lorsqu'il est à son poste de travail, il alterne très fréquemment les positions. On peut effectivement constater des limitations du rachis lombaire dans les mouvements en amplitude et lors des changements de position, avec un inconfort grandissant dans le temps. Les déplacements se font de manière extrêmement précautionneuse et lente. Au niveau de l'épaule droite, il existe des limitations dans les amplitudes, ce qui correspond d'ailleurs aux différents examens cliniques effectués durant le stage. En résumé, l'atteinte physique prédomine nettement au niveau de l'épaule droite, le patient étant droitier. Elle contre-indique toute activité nécessitant le port de charges lourdes, le port répété de charges modérément lourdes, ainsi que la mobilisation répétée de l'épaule, surtout au-dessus de l'horizontale. La problématique lombaire vient quelque peu à l'arrière-plan, générant toutefois un inconfort positionnel progressif dans le temps, et contre-indiquant toute activité nécessitant les mouvements de flexion et de rotation répétée du tronc. Dès lors, l'éventail d'activités possibles se restreint fortement, se réduisant quasiment à une activité monomanuelle. On peut statuer, du moins d'un point de vue théorique, sur une capacité de travail de 100 % sur la mi-journée, à un poste de surveillance, permettant dès lors l'économie d'utilisation des membres supérieurs, et l'absence de rendement exigé. Cette activité deviendrait elle aussi problématique sur la journée entière, en raison des positions assises soutenues inhérentes à ce type de travail." Dans un rapport intermédiaire du 17 septembre 2004, la division administrative de l'OAI indique ce qui suit : " A la lecture du rapport COPAI du 03.06.2004, nous avons été surpris de constater que le taux de capacité de travail escompté dans un emploi adapté (admis initialement à 100% selon rapport SMR du 26.05.2003) se trouvait être définitivement diminué de 50% après accomplissement du stage d'évaluation professionnelle (du 19.04.04 au 14.05.04). Les arguments développés par les intervenants du COPAI s'articulent notamment autour de la problématique comportementale et anxiogène mise en évidence par notre assuré. D'autre part, nous avons de la peine à cautionner le fait que M. R._____ puisse être décrit comme mono-manuel à considérer

les documents médicaux établis préalablement à la mise en place de cette mesure d'évaluation professionnelle. On relèvera notamment que le rapport du Dr H. _____ (document du 07.08.2003) faisait figurer des limitations fonctionnelles qui ne correspondent aucunement à un tel statut. Pour le cas où le taux de capacité de travail serait définitivement admis à 50%, on aboutirait très certainement sur le constat d'un préjudice économique important qui placerait notre assuré dans une situation de rentier AI à 100% (après analyse comparative entre gain hypothétique et gain d'invalidé). En effet, en tenant compte des barèmes de rémunération généralement appliqués pour les professions citées en référence dans le rapport COPAI du 03.06.2004 (contrôle et surveillance de production, gérant ou caissier en station multiservices), nous serions en présence d'un revenu annuel moyen de Fr. 48'750.- (selon source interne « emplois REA 2004 » et listing DPT/SUVA/AI), soit Fr. 24'375.- à 50%. En tablant sur un gain hypothétique de 74'916.- (après indexation du revenu annuel de 2000 — Fr. 70'509.-), nous serions ainsi en présence d'un préjudice économique supérieur à 67%. C'est dire que la question de l'exigibilité se doit d'être clarifiée. Pour rappel : Capacité de travail de 100% dans un emploi adapté selon rapport SMR du 26.05.2003. Capacité de travail dans un emploi adapté d'au moins 50% selon rapport du Dr C. Fritsch. Les investigations médicales se doivent-elles d'être considérées sous l'angle psychiatrique ? (comme suggéré par le médecin du SMR). C'est dans ce sens, et au vu des conclusions du COPAI que nous vous suggérons d'orienter nos démarches." Dans un avis médical du 9 novembre 2004, la Dresse G. _____, du SMR, remarque que, malgré le fait que les observateurs du COPAI (notamment la Dresse B. _____) parlent d'attitude passive, d'un assuré constamment sur la retenue et démonstratif, cette praticienne conclut à une capacité de travail de 100% sur la mi-journée, en se demandant si elle avait pris en compte la demi-rente accordée par la caisse de pension de la Confédération. Elle a décidé d'adresser un mandat pour courte expertise intermédiaire au Dr T. _____ et de convoquer l'assuré pour un examen psychiatrique au SMR. La Dresse O. _____, psychiatre FMH du SMR, a examiné l'assuré le 10 janvier 2005. Il résulte de son rapport du 14 janvier 2005 notamment ce qui suit : " DIAGNOSTIC - avec répercussion sur la capacité de travail : AUCUN DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE . APPRECIATION DU CAS Il s'agit d'un assuré suisse, âgé de 51 ans, qui souffre de douleurs lombaires en barre avec irradiation le long de la face postérieure de la cuisse, accompagnées de fourmillements qui intéresse la plante du pied avec sensations fréquentes de douleurs transfixiantes à ce niveau, à la retraite anticipée à 50% du 01.11.2003. Dans le rapport médical du 18.02.2003, le Dr P. _____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique et traumatologie, pose le diagnostic de lombalgies récidivantes sur discopathies et arthrose postérieure L1-L2 et L5-S1, tendinopathie de la coiffe des rotateurs des épaules ddc, et il évalue une incapacité de travail à 100% du 14.11.2001 au 03.12.2001 et du 01.02.2002 à ce jour. Le Dr T. _____, FMH rhumatologie et médecine interne et médecine du sport, dans l'expertise médicale du 02.05.2003, retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, rachialgies chroniques avec pseudo-sciatalgies bilatérales, troubles dégénératifs rachidiens modérés, omarthrose D, status après acromio-plastie et suture de la coiffe des rotateurs le 23.04.1998, et il évalue une capacité de travail exigible nulle dans son activité professionnelle antérieure de chauffeur poids-lourds à la Poste. L'expert propose un reclassement professionnel en décrivant l'assuré extrêmement désireux de retrouver une activité professionnelle correspondant à ses limitations fonctionnelles somatiques. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité

morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Dès lors nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médicojuridique. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. L'assuré est peu démonstratif et dans un discours logorrhéique, il met en avant ses plaintes somatiques sans attirer notre empathie. Il consulte toutefois peu son médecin rhumatologue et garde néanmoins un fonctionnement social normal. Compte tenu des difficultés en matière de preuve à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité. Par conséquent, nous ne sommes pas d'accord avec le diagnostic psychiatrique de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par le médecin rhumatologue. Sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière. Les limitations fonctionnelles Il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Idem. Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique l'assuré présente une capacité de travail exigible à 100% dans toute activité. CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 100%. DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100%." Dans son rapport d'expertise du 7 mars 2005, le Dr T._____ indique ce qui suit : " DIAGNOSTICS > Rachialgies chroniques compliquées de pseudo-sciatalgies bilatérales > Troubles dégénératifs rachidiens modérés > Omarthrose droite > Status après arcomio-plastie et suture de la coiffe des rotateurs le 23 avril 1998 APPRECIATION DU CAS M. R._____ est un assuré de 51 ans, souffrant de rachialgies chroniques prédominantes à la colonne cervicale et lombaire, ces dernières irradiant dans la globalité des membres inférieurs principalement du côté gauche, algies accompagnées de paresthésies ressenties comme des fourmillements, de même qu'une altération de la force et des pseudo-lâchages du membre inférieur gauche. Au-delà de ses lombalgies, il souffre d'une limitation douloureuse de son épaule droite chronique dans un contexte d'un status après acromio-plastie et suture de la coiffe des rotateurs pratiquées le 23 avril 1998. Depuis mon expertise du 29 avril 2003, le patient a donc été adressé auprès du Dr [...], neurochirurgien FMH, qui sur la base de nouvelles investigations n'aurait pas jugé opportun d'intervenir sur son rachis, la prise en charge étant dès lors assumée auprès du Dr H._____, de l'Unité Rachis de la clinique Bois-Cerf sous la forme de physiothérapie, la prise d'antalgique et d'anti-inflammatoires de même que des infiltrations rachidiennes, sans que ce traitement n'ait permis d'améliorer les symptômes, ces derniers n'ayant eu de cesse, selon l'assuré, de s'aggraver tant en intensité qu'en fréquence jusqu'au jour de l'expertise. L'assuré signale une aggravation continue de la limitation douloureuse de son épaule droite, altération douloureuse accompagnée de paresthésies ressenties comme des fourmillements et une diminution de la force du membre supérieur droit survenue depuis son stage à l'AI réalisé en avril 2004, et lors duquel on lui a imposé des mouvements répétitifs minutieux avec la main droite. L'examen clinique révèle une altération de la mobilité active de son épaule droite, amplitudes articulaires majorées passivement avec l'aide de l'examineur, de même qu'une altération douloureuse de la mobilité rachidienne, difficilement reproductible. L'examen clinique reste à nouveau difficile d'interprétation, compte tenu de nombreux signes de surcharges fonctionnels venant parasiter l'examen soit une exagération de la réponse verbale, une projection

non-anatomique de la douleur, une opposition active à certaines mobilisations, des sursauts et des retraits non-concordants, une hypoesthésie du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche sans respect radiculaire, une altération de la force de préhension de la main droite sans amyotrophie constatée, une distance doigts-sol de 48cm, la distance doigts-orteils, l'assuré assis sur la table d'examen les jambes tendues est de 15cm. Les radiographies de la colonne lombaire face et profil pratiquées ce jour restent superposables à celles réalisées le 5 août 2002. Force est de constater que ni les radiographies ni l'examen clinique ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes dont souffre l'assuré, leurs intensités, leurs localisations et leurs retentissements sur son fonctionnement actuel. L'assuré avoue des plaintes aux mêmes localisations qui n'ont eu de cesse de s'aggraver tant en intensité qu'en fréquence, allégations subjectives ne pouvant être intégrées à l'appréciation objective de la capacité de travail de l'assuré et sans argument objectif pour modifier mon appréciation, avec par ailleurs des diagnostics similaires à ceux rapportés dans mon expertise d'avril 2003. Les mesures de reconversions professionnelles se sont par ailleurs révélées être un échec, préjugant dès lors sur une appréciation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail de M. R. _____ est nulle dans son activité professionnelle antérieure de chauffeur poids lourds à la poste, ceci en tenant compte de son rendement. Dans une activité professionnelle légère, excluant les travaux lourds, les ports de charges supérieurs à 15kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la possibilité d'alterner la position assise et debout, travail excluant les mouvements répétitifs et de force du membre supérieur droit principalement au-dessus de la tête, sa capacité de travail est entière." L'expert précise que la capacité de travail a subi une réduction de 100% dès le 1er février 2002 et que l'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle depuis cette date. Son pronostic est le même que celui évoqué dans son expertise d'avril 2003, soit un pronostic réservé, compte tenu de l'importance de la symptomatologie douloureuse, allégation subjective ne pouvant être intégrée à l'appréciation objective de la capacité de travail de l'assuré. Il estime que la prise en charge actuelle assumée par le Dr H. _____ incluant des médicaments antalgiques et un médicament antidépresseur est bonne. Il est d'avis que la capacité de travail ne peut être améliorée par des mesures d'ordre professionnel. Il relève que l'assuré a déjà bénéficié de mesures professionnelles, ces dernières n'ayant débouché sur aucune mesure concrète. Une IRM de l'épaule droite a été effectuée le 17 mars 2005. Il résulte du rapport du Dr D. _____, radiologue FMH, la conclusion suivante : " CONCLUSION : Omarthrose débutante avec chondropathie gléno-humérale de grade II. Tendinopathie avancée du sus-épineux et du sous-épineux mais sans signe de rupture. Signes de tendinopathie du tendon du long chef du biceps et du sous-scapulaire, également sans signe de déchirure. Sub-luxation médiale du tendon du long chef du biceps." Dans un rapport médical intermédiaire du 3 mai 2005 adressé à la CNA, le Dr P. _____ pose le diagnostic de polytendinopathie à l'épaule droite et de status après arthroplastie de l'articulation acromio-claviculaire droite. Il expose que le patient est revenu en consultation en déclarant de plus en plus de symptômes algiques et une impotence fonctionnelle progressive au niveau de son épaule droite. Il indique qu'un examen par IRM de l'épaule droite du 17 mars 2005 démontre de multiples tendinopathies au niveau de la coiffe et du long chef du biceps. Il ajoute que l'assuré déclare ne pas être apte à effectuer un quelconque travail avec son bras droit et invite la CNA à organiser un examen par son service médical pour évaluer la capacité de travail réelle de l'assuré et décider d'éventuelles mesures thérapeutiques conservatoires ou chirurgicales. Dans un examen médical final du 9 juin 2005, le Dr

W. _____ mentionne notamment ce qui suit : " Radiographies : pas de modification notable sur le plan radiologique si l'on compare les clichés pratiqués le 15.03.2005 à ceux du 17. 04. 2003: tous deux démontrant des remaniements trochitériens importants ainsi qu'une ascension de la tête humérale traduisant des lésions évoluées de la coiffe des rotateurs que l'on retrouve sur l'IRM du 17. 03. 05. On retrouve également sur l'IRM une ébauche ostéophytaires gléno-humérale inférieure déjà présente sur les clichés du 17.04.03. APPRECIATION : On se trouve chez cet assuré, à plus de 20 ans d'une luxation de l'épaule droite avec fracture du trochiter ayant évolué vers une arthropathie acromioclaviculaire et une insuffisance chronique de la coiffe. Le cas avait été initialement liquidé sur la base d'une IPAI de 15% et d'une rente du même montant. L'assuré avait retrouvé une pleine capacité de gain et la rente avait été supprimée. Des troubles de la colonne lombaire vont se greffer sur l'évolution ultérieure conduisant en 2003 à une nouvelle incapacité de travail de longue durée et à une annonce à l'assurance invalidité. Lors de bilan à l'agence pratiqué en 2003, l'état de l'épaule restait relativement stable par rapport au bilan pratiqué en 1998. La situation sur le plan scapulo-humérale s'est cependant subjectivement et objectivement dégradée depuis. L'assuré signale en effet actuellement des douleurs plus ou moins permanentes. Nous constatons en outre une nette diminution des amplitudes articulaires par rapport à notre examen de 2003, ceci malgré une situation radiologique qui reste relativement peu évolutive. La situation sur le plan vertébral reste stable avec des lombo-sciatalgies gauches et syndrome vertébral lombaire chronifiés. Sur le plan thérapeutique, en dehors de mesures purement symptomatiques (AINS, infiltrations corticoïdes de l'épaule) nous ne voyons pas de traitement susceptible d'améliorer la situation à ce stade. Le recours à une arthroplastie de l'épaule est prématuré à ce stade. Nous pouvons dès lors considérer que la situation est suffisamment stabilisée pour un nouveau bouclage asséculo-logique du cas. On devra tenir compte, sur le plan de l'exigibilité médico-théorique, de l'aggravation de la limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule droite telle que constatée aujourd'hui. Si on se base sur les séquelles de l'accident qui nous concerne, cet assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité n'exigeant pas de sollicitations du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale ni de manutentions bi-manuelles ou de sollicitations répétées du membre supérieur droit (côté dominant). Le travail devra également permettre une alternance de positions, assis et debout, si l'on veut tenir compte de la comorbidité vertébrale (non SUVA) que présente également cet assuré. L'atteinte à l'intégrité actuelle correspond au taux octroyé en 1992, si l'on se base sur les barèmes usuels d'indemnisation selon la LAA." Par lettre du 2 septembre 2005, l'employeur de l'assuré a indiqué à l'OAI que le salaire de l'assuré en 2003 pour un travail à 100% aurait été le suivant : " Salaire de base : Fr. 5'090.25 13 mensualités Allocation marché du travail : Fr. 400.00 12 mensualités Allocation pour charges d'assistance (allocation pour enfants) : Fr. 526.00 12 mensualités Allocation pour chauffeurs de poids lourds : Fr. 200.00 12 mensualités A ces montants auraient pu s'ajouter des allocations pour travail de nuit. Estimation, sur la base des allocations reçues en 2001 : 205 * fr. 5.80 = 1'189.00. Horaire hebdomadaire pratiqué : 42 heures Les vacances sont comprises et ne sont pas payées en plus du salaire. Enfin, en 2003, M. R. _____ n'aurait eu droit à aucune gratification." Par décision du 8 septembre 2005, la CNA a alloué à l'assuré une rente fondée sur un taux d'incapacité de gain de 20% dès le 1er juin 2005. Elle a notamment considéré que sur le plan médical, pour les seules séquelles organiques de l'accident, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition toutefois que les membres supérieurs ne soient pas sollicités de manière répétitive et que le membre

droit en particulier ne soit pas l'objet de sollicitations au-dessus de l'horizontale. Elle a retenu qu'une telle activité permettrait de réaliser un revenu d'environ 3'870 fr. par mois (part du 13ème salaire comprise) et que comparé au gain de 4'810 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de l'ordre de 20%. A la suite de l'opposition de l'assuré, la CNA, après avoir constaté le 1er novembre 2005 que cette décision comportait une erreur de calcul, l'a annulée et, par décision du 12 décembre 2005, a alloué à l'assuré une rente fondée sur un taux d'incapacité de gain de 42% dès le 1er juin 2005, le gain réalisable sans l'accident s'élevant à 80'467 francs. Elle a confirmé ce prononcé par décision sur opposition du 18 septembre 2006. Par projet de décision du 12 octobre 2006, l'OAI a informé le recourant de son intention de rejeter la demande de rente, notamment pour les motifs suivants: "Suite à des problèmes de santé, vous avez déposé une demande de prestations AI. Après analyse médicale de votre situation, il ressort que dans votre activité de chauffeur PL auprès de la Poste votre capacité de travail est d'environ 30 %, ceci depuis le 1er février 2002. Toutefois, dans une activité adaptée, sans port de charges répétitif de plus de 15kg, sans mouvements en porte-à-faux, ni de mouvements répétitifs du membre supérieur droit au-dessus de la tête, et avec possibilité d'alterner les positions, votre capacité de travail est entière. Vous avez bénéficié d'un stage d'observation au COPAI d'Yverdon du 19.4.2004 au 14.5.2004. Suite à ce stage, le COPAI concluait à une capacité de travail de 50 %. Nous avons dès lors soumis le dossier au Service médical régional. Ce dernier a ordonné une expertise rhumatologique et a procédé lui-même à une évaluation psychiatrique. A la lumière de ces nouveaux éléments médicaux, le Service médical régional maintient sa position et confirme que votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus. Vous contestez cette capacité de travail qui vous est reconnue et estimez ne pas pouvoir reprendre une activité lucrative à plus de 50 %. Pour cette raison, des mesures professionnelles n'ont pas pu être mises en place et notre Division de réadaptation a conclu par une approche théorique de votre capacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. 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), soit en 2002, Fr. 4'557.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7heures ; La Vie économique, 11-2005, p.86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à Fr. 4'750.67 (Fr. 4'557.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de Fr. 57'008.07. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1,4 % ; La Vie économique, 11-2005, p.87, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de Fr. 57'806.18 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une

évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à Fr. 52'025.56. Sans atteinte à la santé, en 2003, vous auriez pu prétendre, selon renseignements pris auprès de votre ancien employeur, à un salaire annuel de fr. 80'874.25 Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible : sans invalidité CHF 80'874.25 avec invalidité CHF 52'025.56 La perte de gain s'élève à CHF 28'848.69 = un degré d'invalidité de 35.67 % Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité." Par décision rendue le 12 octobre 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente en reprenant la motivation de son projet de décision. Par jugement du 14 mars 2008, le Tribunal des assurances a admis le recours de l'assuré pour des motifs d'ordre formel, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique puis nouvelle décision. B. Une expertise a été confiée à la Dresse F. _____, psychiatre psychothérapeute FMH, qui a examiné l'assuré le 28 mai 2008. Il résulte de son rapport notamment ce qui suit : " 4. Diagnostics Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Aucun diagnostic sur le plan psychique. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Aucun diagnostic sur le plan psychique. 5. Appréciation du cas et pronostic M. R. _____, d'origine suisse, 54 ans, marié, père de 2 fils âgés de 13 et 15 ans, s'est formé comme aide-mécanicien. Dès juin 1990, il travaille comme chauffeur de camion à la Poste. En février 1998, après avoir soulevé un sac de journaux, Monsieur se plaint de douleurs à l'épaule droite. Des mesures conservatives échouent. Le 23.04.1998, il est opéré. L'évolution est dans un premier temps favorable avec reprise du travail à 50% dès novembre 1998, puis à 100% dès mai 1999. L'opérateur relevait comme limitation, un port de charges n'excédant pas 10 kilos et avait averti l'employeur. Dès le 30.12.1999, l'expertisé est à nouveau en arrêt de travail de 50% car l'évolution est défavorable avec persistance de douleurs à l'épaule droite. Le 29.06.2000, M. R. _____ requiert une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et une rééducation dans la même profession. Divers contacts ont lieu avec le service de réadaptation de l'OAI puis l'expertisé ne donne plus de nouvelles. Du 14.11.2001 au 03.12.2001, M. R. _____ est en incapacité totale de travail puis à nouveau dès le 01.02.2002. Selon les médecins orthopédistes de la SUVA et l'expert rhumatologue, le travail de chauffeur de camion à la Poste, avec port de charge, est contre-indiqué mais une pleine capacité dans une activité adaptée est reconnue. Après diverses recherches pour un poste allégé, l'employeur constate l'impossibilité d'une activité adaptée pour l'expertisé, raison pour laquelle M. R. _____ est mis en préretraite dès le 01.11.2003 et son contrat de travail, résilié au 29.02.2004. Du 19.04.2004 au 14.05.2004, M. R. _____ effectue un stage au COPAI d'Yverdon. Les conclusions sont celles d'une capacité de travail entière avec un rendement diminué de moitié dans une activité adaptée. Le 10.01.2005, après examen de l'expertisé, la Dresse O. _____, psychiatre au SMR, ne retient pas de diagnostic psychiatrique et considère la capacité de travail entière. Le 07.03.2005, le Dr T. _____, FMH rhumatologie et médecine interne, retient les diagnostics de rachialgies chroniques compliquées de pseudo sciatalgies bilatérales, troubles dégénératifs rachidiens modérés, omarthrose droite et status après acromioplastie et suture de la coiffe des rotateurs le 23.04.1998. L'activité comme

chauffeur poids lourds est nulle mais entière dans une activité adaptée. Le 09.06.2005, l'examen final du Dr W. _____, FMH chirurgie orthopédique à la SUVA retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec les limitations déjà décrites auparavant. Une incapacité de gain de 20% est reconnue dès le 01.06.2005 avec des prestations de rente diminuées de 20%. Le 10.10.2005, l'expertisé via la DAS fait opposition à cette décision; celle-ci est rejetée par la SUVA. Le 12.10.2006, l'Office AI rend un projet de décision avec refus de rente. La DAS fait opposition. Le 14.03.2008, un jugement du Tribunal Cantonal des Assurances Sociales admet le recours et requiert un complément d'instruction. M. R. _____, selon ses dires, aurait fait différentes offres auprès d'employeurs mais sans succès, ce qu'il attribue à son âge. Depuis le 1er février 2002, l'expertisé n'a plus exercé d'activité professionnelle. L'anamnèse de l'expertisé ne révèle aucun traumatisme majeur au long de son existence, tels maltraitements répétés ou placements en foyer. Cependant, l'expertisé pensait travailler à la Poste jusqu'à l'âge de 63 ans et obtenir une promotion comme chef de quai. Ses espoirs ont été déçus suite à l'atteinte de l'épaule droite et à sa mise à la retraite anticipée. D'autre part, M. R. _____ estime injuste sa mise à la retraite alors que parallèlement on l'estime capable de travailler dans un emploi qu'il lui appartient de trouver. Sur le plan psychopathologique, M. R. _____ n'a pas présenté d'antécédents particuliers jusqu'à sa mise en préretraite en novembre 2003. Par la suite, l'expertisé développe un trouble de l'adaptation de courte durée. Ceci motive l'introduction d'un traitement antidépresseur de Fluoxétine (Fluctine 20 mg), dans le but d'améliorer la thymie et d'élever le seuil de la douleur. Sous traitement, selon les dires de l'expertisé, sa thymie se stabilise et son irritabilité cesse. Au vu de cette amélioration, M. R. _____ cesse le traitement de Fluoxétine début 2008. Environ 2 mois plus tard, constatant une recrudescence de l'irritabilité et des sautes d'humeur, l'expertisé reprend son traitement de Fluoxétine avec succès. Lors de l'examen, la thymie est neutre, Monsieur R. _____ ne présente pas d'épisode dépressif, de troubles anxieux, de phobie, d'attaque de panique, de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose. Monsieur est agréable dans le contact et souriant. Aucune détresse psychique, ni conflit majeur émotionnel n'est objectivé, raison pour laquelle le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut être retenu, malgré les douleurs alléguées par M. R. _____. L'intelligence est globalement dans les normes et je ne relève aucun trouble de la cognition. Le discours de l'expertisé est cohérent, adéquat et sans trouble de la pensée. M. R. _____ ne présente pas de trouble de la personnalité susceptible de se répercuter négativement sur son quotidien. M. R. _____ maintient une sociabilité avec sa famille et avec des amis, avec lesquels il a du plaisir à avoir des activités communes (rencontres, grillades, piscine). Dans ses loisirs, l'expertisé apprécie bricoler et fait volontiers des réparations dans son domicile. M. R. _____ s'occupe également, en partie, de certaines tâches ménagères. En conclusion, mon status clinique est superposable à celui décrit par la Dresse O. _____ dans son rapport du 10.01.2005. Au vu de l'absence de trouble psychiatrique, la capacité de travail et le rendement sont entiers. Toutefois, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît mauvais, en raison de l'âge de l'expertisé et de l'économie du marché; ces éléments sortent du champ médical." Par projet de décision du 19 juin 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande. Dans un avis médical du 26 octobre 2009, le Dr C. _____ du SMR mentionne ce qui suit : "Le courrier de la DAS (...) conteste les conclusions de l'expertise du Dr T. _____ relatives à la capacité de travail de l'expertisé, aux motifs: 1) Que le Dr T. _____ s'écarte de l'appréciation des médecins

traitants en ce qui concerne la capacité de travail de l'expertisé. Or, selon la jurisprudence, en cas de divergence, l'avis de l'expert doit l'emporter sur l'avis des médecins traitants, naturellement enclins à plus d'empathie en raison du lien thérapeutique qui les unissent à leur patient. La valeur probante de l'expertise du Dr T. _____ étant explicitement admise par la DAS Protection Juridique, il n'y a pas de raison de contester ses conclusions. Quant aux observations faites dans le cadre d'un stage COPAI, il est évident qu'elles font intervenir des aspects non médicaux, comme « l'attitude passive du patient, qui n'a pas paru fournir un effort maximal... Il s'est montré très plaintif, extrêmement démonstratif,...paraissant porter toute son énergie à s'assurer que sa souffrance ait bien été perçue par les personnes en sa présence » (rapport du Dr B. _____, médecin-conseil ORIPH, 24.05.2004). Dans ces conditions, les conclusions concernant la capacité de travail, émises à l'issue du stage d'observation, ne peuvent pas être corrélées avec l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail. 2) Que le Dr T. _____ a retenu un trouble somatoforme douloureux en 2003 et plus en 2005. Pour la DAS Protection Juridique, cette constatation est interprétée comme une erreur de diagnostic, qui discréditerait tout le travail de l'expert et permettrait d'invalidier ses conclusions. Or, d'une part l'hypothèse de l'erreur de diagnostic n'est pas démontrée ; en effet, ce diagnostic a très bien pu être présent en 2003 et ultérieurement. Il aurait certes été souhaitable que l'expert le mentionne explicitement, mais cette omission n'accrédite certainement pas la thèse de l'erreur de diagnostic. D'autre part, le trouble douloureux somatoforme est une entité du domaine psychiatrique (classé F45.4 selon la CIM-10). Or, même si le Dr T. _____ avait posé ce diagnostic psychiatrique de manière erronée en 2003, cela ne remet pas en cause ses conclusions fondées sur des diagnostics touchant à l'appareil ostéo-articulaire et ressortant spécifiquement de son domaine de compétence." Par décision du 21 janvier 2010, l'OAI a rejeté la demande de rente en considérant ce qui suit : " Atteint dans votre santé, vous présentez depuis le 1er février 2002 une incapacité de travail dans votre activité de chauffeur poids-lourd exercée auprès de la Poste. Vous conservez cependant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, à savoir ; absence de port de charges répétitifs de plus de 15 kg, absence de mouvements en porte-à-faux et de mouvements répétitifs du membre supérieur droit au-dessus de la tête, possibilité d'alterner les positions assis - debout. Conformément au jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales, nous avons complété l'étude de votre dossier par la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique auprès de la Dresse F. _____. Il ressort du rapport d'expertise du 7 juin 2008 que vous ne présentez aucune atteinte à la santé psychiatrique. Sur le plan psychiatrique, une pleine capacité de travail sans diminution de rendement est raisonnablement exigible. L'expertise de la Dresse F. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. Ainsi, force est de constater que vous conservez une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. Par conséquent, afin de déterminer votre préjudice économique, et de ce fait le degré d'invalidité, présenté à l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 1er février 2003, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité de chauffeur poids-lourd, à savoir CHF 80'874.25, est comparé aux gains résultant de l'exercice, à plein temps, d'une activité lucrative adaptée ; Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles

qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. 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), soit en 2002 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'557.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures ; La Vie économique, 11-2005, p.86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'750.67 (CHF 4'557.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'008.07. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1.40 % ; La Vie économique, 11-2005, p.87, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de Fr. 57'806.18 (année du début de l'aptitude à la réadaptation, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'025.56. Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant : Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible : sans invalidité CHF 80'874.25 avec invalidité CHF 52'025.55 La perte de gain s'élève à CHF 28'848.69 = un degré d'invalidité de 36 % Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Des mesures d'ordre professionnelles auraient pu être envisagées. Cependant, il ressort du dossier que vous vous estimez incapable de travailler à un taux supérieur de 50 % ; vous ne remplissez dès lors manifestement pas la condition de la capacité subjective de réadaptation. Le droit à des mesures professionnelles n'est donc pas ouvert. Il convient de préciser qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté) (RCC 1978, 65 ; 1970, 162)." C. Par acte du 24 février 2010, R. _____ a recouru contre cette décision du 21 janvier 2010 en concluant, avec dépens, à son annulation, le recourant ayant droit à une rente AI d'au moins 40 %. Le recourant allègue en substance ne pas contester les conclusions de la Dresse F. _____ dès lors qu'il n'a jamais prétendu souffrir de quelconques problèmes psychiques. En revanche, il conteste la valeur probante de l'expertise du Dr T. _____. Il soutient d'une part que celui-ci concluait à un trouble somatoforme douloureux, lequel n'a pas été retenu

par la Dresse F. _____ et qu'il ne pouvait ignorer les conclusions du Centre de la douleur de la Clinique de Montchoisi quant à l'origine de ses douleurs. Il ajoute que le Dr T. _____ a relevé à chaque fois une discordance entre les plaintes et les constatations objectives et ne mentionne plus de trouble somatoforme dans sa seconde expertise sans explication, affirmant que la situation est inchangée depuis son rapport établi en 2003 alors que quelques jours plus tard l'IRM effectuée par le Dr D. _____ a constaté une aggravation de l'état de santé du recourant. Celui-ci estime en conséquence les conclusions du Dr T. _____ quant au caractère inchangé de son état de santé sont contredites par des éléments objectifs. Il ajoute que cette aggravation a été constatée par la CNA puisque la rente a été portée à 42 % dès le 1er juin 2005, le service médical de la poste l'ayant fixée à 50 % et le médecin consultant du COPAI au taux d'incapacité de travail de 50%. Il en déduit que l'opinion du Dr T. _____, également contraire à celle du Dr H. _____, est erronée et isolée. Il estime que pour ce motif déjà la décision doit être annulée et une capacité de travail limitée à 50% admise. En se fondant sur les calculs effectués par l'OAI il soutient qu'un taux d'invalidité de 67% devrait être reconnu. Il prend en compte un revenu sans invalidité de 80'874 fr. 25 et un revenu avec invalidité de 28'903 09 réduit à 26'012 fr. 78 compte tenu d'un abattement de 10%, le préjudice économique étant de 54'861 fr. 47 soit 67%. Il estime en outre que l'OAI a violé son devoir de neutralité et d'objectivité. Il allègue en effet, en se référant au rapport de l'OAI du 17 septembre 2004, que l'auteur de celui-ci - en s'étonnant des conclusions du COPAI et en attirant l'attention sur le risque de voir le préjudice économique être supérieur à 67 % avec une incapacité de travail de 50% - poussait à croire que l'office AI ne souhaitait pas qu'une incapacité de travail de 50% soit reconnue au recourant. Il soutient que c'est à tort que l'OAI estime qu'il ne remplit pas la condition de capacité subjective de réadaptation, relevant que l'expertise du Dr T. _____ mentionne que les mesures de reconversion professionnelle se sont révélées être un échec sans que la problématique relative aux causes de cet échec ne soit abordée. Il allègue qu'ainsi, l'OAI omet de prendre en compte les constatations de la Dresse F. _____ selon laquelle si une réadaptation s'avérait nécessaire sur le plan somatique il pourrait mobiliser ses ressources et être apte à s'intégrer dans un tissu social ou encore celles du COPAI qui a renoncé aux mesures dès lors que seule une activité de contrôle ou de surveillance s'avérait adéquate. Il estime enfin que l'OAI a violé l'art. 16 LPGA, un abattement de 10% étant insuffisant et que compte tenu de l'âge et du handicap du recourant, un abattement de 20% devrait être admis. Dans sa réponse du 12 avril 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève que le recourant a été examiné à deux reprises dans le cadre d'expertise rhumatologique par le Dr T. _____ et que les deux expertises de ce praticien bénéficient d'une pleine valeur probante, l'expert se fondant sur une anamnèse complète et souscrivant aux réquisits de la jurisprudence. Il estime que le fait que l'expert retient de sa première expertise un trouble somatoforme douloureux ne discrédite pas celle-ci, qu'il s'agit d'ailleurs d'un diagnostic psychiatrique et que seules ses constatations fondées sur l'appareil ostéoarticulaire sont décisives. Il ajoute que les clichés radiologiques, telle l'IRM du 17 mars 2005, permettent d'objectiver des atteintes et de poser des diagnostics mais non de remplacer les constatations cliniques, lesquelles sont décisives pour définir la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Il mentionne que l'expert dans sa seconde expertise rapporte un status ostéoarticulaire détaillé. Il ajoute que dans son rapport du 7 août 2003 le Dr H. _____ fait état des mêmes constatations et que le fait constaté au COPAI, à savoir que le recourant n'utilise pas son bras droit dominant, n'est médicalement justifié ni par le Dr H. _____ ni par le Dr T. _____. Il ajoute que la Dresse B. _____ ne fait état

d'aucun élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte par le Dr T. _____. En ce qui concerne le taux d'abattement de 10%, il estime que seul peut être pris en compte en l'espèce le facteur lié aux limitations fonctionnelles et que même si l'on retenait une réduction de 15% qui apparaît comme étant le maximum envisageable, le droit à la rente ne serait pas ouvert dès lors que le taux d'invalidité serait inférieur à 40%. Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures. En cours de procédure, le dossier de la CNA a été produit. Il en résulte notamment les pièces suivantes : - huit descriptions de postes à savoir : DPT no 1641 (employé surveillant de parking) le salaire minimum maximum et moyen étant de 43'900 fr. ; DPT no 5825 (conducteur de palans) pour un salaire minimum de 45'600 fr., maximum de 49'200 fr. et moyen de 47'400 fr. ; DPT no 8396 (cariste de production) pour un salaire minimum de 42'900 fr., salaire maximum de 46'800 fr. est le salaire moyen de 44'105 fr ; DPT no 1370 (employée de production, approvisionnement machine) pour salaire minimum de 45'500 fr, maximum de 48'100 fr. et moyen de 46'801 fr. ; DPT no 3487 (employée d'exploitation; contrôle embouteillages) pour un salaire maximum, minimum et moyen de 44'408 fr ; DPT no 8191 (employée de production) pour un salaire minimum de 45'500 fr, maximum de 52'000 fr. et moyen de 48'505 fr. ; DPT no 5790 (facturiste-caissier) pour un salaire minimum de 45'600 fr, maximum de 49'800 fr. et moyen de 47'500 fr ; DPT no 8299 (coursier) pour un salaire minimum de 45 625 fr, maximum de 50'000 fr et moyen de 47'813 francs. - une attestation du 14 juillet 2005 attestant que les activités décrites par ces DPT sont pleinement réalisables par l'assuré, soit sans restrictions physiques ou d'horaire, compte tenu des seules suites de l'accident. - une lettre du 30 septembre 2005 de La Poste mentionnant que le salaire annuel en 2005 s'élève à 80'467 francs. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Déposé dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) S'agissant d'une contestation relative notamment 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. (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]), et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En l'espèce, le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est

définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art.

E. 28

LAI). b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). En définitive, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). 3. a) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, l'expertise de la Dresse F. _____ conclut à l'absence de trouble psychiatrique confirmant ainsi celles de la Dresse O. _____. Cette expertise, qui relève d'un examen approfondi du cas du recourant, dont les conclusions sont claires et motivées et qui n'est mise en doute par aucun autre avis émanant d'un spécialiste a ainsi valeur probante

et doit être suivie. b) Sur le plan somatique, le Dr T. _____, dans ses rapports des 2 mai 2003 et 7 mars 2005 a posé les diagnostics sur le plan somatique de rachialgies chroniques avec pseudo-sciatalgies bilatérales, troubles dégénératifs rachidiens modérés, omarthrose droite ainsi que status après acromio-plastie et suture de la coiffe des rotateurs le 23 avril 1998. Ces diagnostics ne sont pas infirmés par les autres spécialistes qui ont examiné le recourant. En particulier pas par le rapport établi le 8 février 2003 par le Dr P. _____, qui diagnostique également des lombalgies récidivantes sur discopathie et arthrose postérieure L1-L2 et L5-S1 ainsi qu'une tendopathie de la coiffe des rotateurs des épaules, ni par le Dr H. _____ (rapport du 7 août 2003) qui pose les diagnostics de lombosciatalgies chroniques, de cervicoscapulalgies à composante tensionnelle et de status après suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. En ce qui concerne la capacité de travail, tant l'expert que les autres spécialistes estiment que l'ancienne activité exercée par le recourant n'est plus possible. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'expert retient tant en 2003 qu'en 2005 que la capacité de travail du recourant est entière. Cette appréciation n'est pas remise en cause par le Dr P. _____ lequel dans le rapport précité mentionnait avoir des problèmes pour définir un travail adapté et proposait une observation dans un atelier de l'OAI afin d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr H. _____ estimait que dans une activité plus allégée, sans bras de levier et un port de charge inférieur à 8 kg, respectant les alternances de postures, une activité à 50% au moins pourrait être envisagée et proposait aussi une observation dans un centre spécialisé de l'AI dès que possible. Ce stage a été organisé et à l'issue de celui-ci, le rapport établi par la Dresse B. _____ le 24 mai 2004 apparaît contradictoire. En effet, elle mentionne d'une part que l'observation dans l'établissement a été rendue difficile par l'attitude du recourant qu'elle qualifie de passive. Elle décrit le recourant comme montrant des troubles du comportement, n'ayant pas paru fournir un effort maximal, restant en permanence sur la retenue, se montrant très plaintif, extrêmement démonstratif, se couchant dans l'atelier deux fois par jour 30 minutes. Elle ajoute qu'à ces troubles de comportement s'ajoutent des difficultés d'attention, le recourant paraissant porter toute son énergie à s'assurer que sa souffrance ait bien été perçue par les personnes en sa présence. Sur le plan objectif, elle relève uniquement que l'atteinte physique prédomine nettement au niveau de l'épaule droite, contre-indiquant toute activité nécessitant le port de charges lourdes, le port répété de charges modérément lourdes, ainsi que la mobilisation répétée de l'épaule, surtout au-dessus de l'horizontale, la problématique lombaire venant quelque peu à l'arrière-plan. On peine à comprendre pourquoi elle en conclut que l'éventail d'activités possibles se réduit quasiment à une activité monomanuelle et encore moins que seule une capacité de travail de 100 % sur la mi-journée, soit exigible. Son rapport ne peut dès lors être suivi. Compte tenu de ces conclusions, c'est à juste titre que, dans son rapport intermédiaire du 17 septembre 2007, la division administrative de l'OAI a estimé que la question de l'exigibilité devait être clarifiée. On ne saurait considérer comme le soutien le recourant que l'OAI n'a pas respecté son devoir de neutralité. Ainsi, cet Office a complété l'instruction sur le plan psychique dès lors que l'expert avait posé le diagnostic de trouble somatoforme et la Dresse B. _____ ayant décrit des troubles du comportement. La Dresse O. _____ (rapport du 10 janvier 2005) n'a retenu aucune pathologie psychiatrique invalidante, ce qui a été confirmé par la suite par la Dresse F. _____. L'expert T. _____, qui a eu connaissance des conclusions de la Dresse O. _____, a réexaminé le recourant et confirmé ses précédentes conclusions dans son rapport d'expertise du 7 mars 2005. En revanche, il n'a plus posé le diagnostic psychiatrique de trouble somatoforme douloureux, n'étant pas spécialiste dans ce domaine,

dès lors que ce diagnostic n'a pas été confirmé par la Dresse O. _____, laquelle a examiné le recourant uniquement sur le plan psychiatrique. C'est dès lors à tort que le recourant reproche à l'expert de ne pas avoir retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux dans son second rapport sans autres explications. Il résulte de ce second rapport que l'examen clinique était à nouveau difficile d'interprétation, compte tenu de nombreux signes de surcharges fonctionnels venant parasiter l'examen et que ni les radiographies ni l'examen clinique ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes dont souffre le recourant, leurs intensités, leurs localisations et leurs retentissements sur son fonctionnement actuel. Du point de vue rhumatologique seul, c'est-à-dire sans tenir compte de la symptomatologie douloureuse, allégation subjective ne pouvant être intégrée à l'appréciation objective de la capacité de travail du recourant, l'expert retient une capacité de travail nulle dans l'activité professionnelle antérieure de chauffeur poids lourds, mais entière dans une activité professionnelle légère, excluant les travaux lourds, les ports de charges supérieurs à 15kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la possibilité d'alterner la position assise et debout, les mouvements répétitifs et de force du membre supérieur droit principalement au-dessus de la tête. Sous réserve des limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière. Certes, à la suite de ce rapport du 5 mars 2005, une IRM de l'épaule droite a été effectuée le 17 mars 2005. Le 3 mai 2005, le Dr P. _____, ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant mais a demandé le 3 mai 2005 à la CNA d'organiser un examen par son service médical pour évaluer la capacité de travail réelle de l'assuré et décider d'éventuelles mesures thérapeutiques conservatoires ou chirurgicales. Or, dans son examen médical final du 9 juin 2005, le Dr W. _____ ne constate pas de modification notable sur le plan radiologique entre les clichés pratiqués le 15 mars 2005 et ceux du 17 avril 2003, tous deux démontrant des remaniements trochantériens importants ainsi qu'une ascension de la tête humérale traduisant des lésions évoluées de la coiffe des rotateurs que l'on retrouve sur l'IRM du 17 mars 2005. En tenant compte de cette aggravation, il estime que la capacité de travail est entière dans toute activité n'exigeant pas de sollicitations du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale ni de manutentions bi-manuelles ou de sollicitations répétées du membre supérieur droit, le travail devant aussi permettre une alternance de positions, assis et debout, compte tenu de la comorbidité vertébrale que présente également le recourant. Ainsi, même si lors de l'établissement de son second rapport, l'expert n'avait pas connaissance du rapport d'IRM effectuée postérieurement, cela n'a aucune incidence sur ses conclusions. L'expertise du Dr T. _____ comprend une anamnèse et les plaintes du recourant. Elle procède d'une étude approfondie du cas de celui-ci. Exempte de contradictions, ses conclusions sont claires et bien motivées. Il n'y a aucun rapport de spécialiste les mettant en doute. L'expertise a en conséquence valeur probante. Il y a dès lors lieu de retenir que la capacité de travail du recourant est nulle dans sa profession de chauffeur poids lourds dès le 1er février 2002 mais entière dès cette date dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 4. S'agissant du taux d'invalidité, le recourant fait référence au taux de 42% arrêté par la CNA alors que l'OAI retient un taux d'invalidité de 35.67%. Il soutient qu'un abattement de 20% devrait être opéré sur le salaire obtenu sur la base de l'ESS au lieu de 10% pris en compte dans la décision attaquée. a) En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de

l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un des assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. Peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA U 298/2003 du 30 décembre 2004; ATF 126 V 293 consid. 2d; VSI 2004 p. 185 consid. 3; RAMA 2001 no U 410 p. 73 ss. consid. 3, 2000 no U 406 p. 402 ss. consid.3). Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité en assurances sociales en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas force de chose contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288, et que l'assurance-invalidité n'est dès lors pas liée de manière absolue par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de la jurisprudence précitée (cf. ATF 133 V 549 consid. 6; voir également TF 9C_343/2007 du 4 février 2008). b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré 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, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). En l'absence 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1). Le premier mode d'évaluation se fonde donc sur les statistiques officielles de la Confédération qui publie, depuis 1994, une enquête sur la structure des salaires en Suisse (ESS). La seconde méthode d'évaluation du revenu d'invalide repose sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une vaste base de données établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Dans ce cas, pour que le revenu d'invalide corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V

E. 29

consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre

eux et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF129 V 472 consid. 4.2.2; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2; TF 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). S'agissant de la condition selon laquelle l'activité exercée doit mettre pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, il convient de rappeler que l'obligation de limiter le préjudice subi, qui est un principe général du droit des assurances sociales, contraint l'assuré à mettre en oeuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fût-ce au prix d'un effort important, avant de solliciter des prestations (ATF 123 V 86 consid. 4c; 113 V 22 consid. 4a; TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2; TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.1). c) En l'occurrence, l'évaluation de la capacité de travail du recourant par la CNA fondée sur de nombreux rapports médicaux, à savoir totale dans une activité adaptée, n'apparaît pas critiquable. Elle rejoint celle retenue en matière d'AI, la seule différence étant que les problèmes de dos du recourant qui n'ont pas de lien de causalité avec un accident, doivent être pris en compte dans les limitations fonctionnelles de celui-ci dans le cadre de la présente procédure, ces limitations étant dès lors plus importantes. En ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité, la CNA ayant considéré que le cas était stabilisé en 2005, a pris cette année comme référence. Le salaire sans invalidité de 80'467 fr. qu'elle a retenu pour cette année correspond à celui indiqué par l'employeur le 30 septembre 2005. Il ne diffère sensiblement pas de celui indiqué par le même employeur pour l'année 2003. La CNA a calculé le revenu sans invalidité en se fondant sur les DPT, soit une moyenne de salaire de 46'440 fr. par an, la perte de gain s'élevant dès lors à 42%. Les DPT sont au nombre de huit et souscrivent aux conditions posées par la jurisprudence. Le Dr W. _____ a en particulier constaté qu'elles sont réalisables compte tenu du handicap du recourant dû à l'accident. Elles paraissent dans leur majorité également convenir si l'on tient compte des limitations fonctionnelles supplémentaires du recourant dues à ses problèmes de dos. En effet, il en résulte dans une certaine mesure la possibilité pour le recourant d'alterner les positions, sauf dans le cas de surveillant de parking (DPT 1641) où il est expressément mentionné que cette activité s'exerce uniquement debout. Il n'y a dès lors aucun motif de s'écarter du taux d'invalidité retenu par la CNA. d) En conséquence, le recourant a droit à un quart de rente dès le 1er février 2003. 5. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision rendue le 21 janvier 2010 par l'OAI réformée en ce sens qu'un quart de rente est alloué à R. _____ dès le 1er février 2003. Le recourant, qui obtient gain de cause, a procédé avec l'assistance d'un conseil professionnel. Des dépens doivent donc lui être alloués (art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'500 francs. Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge de l'intimé qui succombe (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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