

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 81 vom 21. Dezember 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-12-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_81](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__81)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 81 du 21 décembre 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 81 del 21 dicembre 2011

## Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉTAT DE SANTÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a RAI

## Erwägungen

### E. 21

décembre 2011 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Röthenbacher Juges : Mme Pasche et M. Bonard, assesseur Greffière : Mme Donoso Moreta \*\*\*\*\* Cause pendante entre : X. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Sandrine Osojnak, avocate à Vevey et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a RAI E n f a i t : A. X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, ressortissant espagnol au bénéfice d'un permis d'établissement, titulaire d'un CFC de serrurier-constructeur, a déposé le 21 décembre 2004 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), sollicitant une rééducation dans la même profession, des mesures médicales ou une rente. Il indiquait souffrir de tendinopathies chroniques de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Il ressort d'un questionnaire pour l'employeur complété le 17 janvier 2005 que l'assuré a été engagé par l'entreprise H. \_\_\_\_\_ SA le 10 août 1987 comme serrurier à plein temps et qu'il touchait un salaire de 6'540 fr. par mois dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, payable 13 fois par an. Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2004, l'assuré se trouvait toutefois en totale incapacité de travail. Par ailleurs, il apparaît dans son extrait de compte individuel AVS qu'il avait réalisé, en 2001, un revenu de 91'185 fr., en 2002 un revenu de 93'885 fr. et en 2003 un revenu de 90'750 francs. Préalablement, le 22 juin 2004, le Dr C. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, avait établi un rapport selon lequel l'assuré présentait des troubles dégénératifs chroniques de la coiffe des rotateurs des deux épaules prédominants à droite. Ce médecin était d'avis qu'un travail léger sur plan de travail abaissé serait certainement exigible à 100%, sans intervention chirurgicale. Le 5 novembre 2004, le Dr L. \_\_\_\_\_, interniste et médecin traitant, avait répondu à K. \_\_\_\_\_, l'assureur perte de gain, que l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : tous les mouvements nécessitant l'intervention de la force, que ce soit pour lever, soulever, tourner, frapper, visser, presser ou tirer, ceci tant pour l'abduction que pour l'adduction, la supination et la pronation. Le port de charges était limité à 2 kg. Sans charge, la hauteur maximale des mouvements de bras allait parfois jusqu'à 150° et parfois jusqu'à 30 à 40°. La mobilité était limitée sans effort surtout en ce qui concernait l'abduction mais avec effort dans toutes les directions. Tous les mouvements et toutes les postures qui mettaient en charge les membres supérieurs étaient à éviter. Le Dr L. \_\_\_\_\_ indiquait que l'assuré présentait une affection des deux épaules extrêmement

limitante et dégénérative. Le 7 mars 2005, la Dresse W. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur de [...], a établi un rapport selon lequel la douleur au niveau de l'épaule droite limitait l'assuré dans tous les mouvements de l'épaule, la répétition des mouvements devenant très rapidement impossible. La mobilité était restreinte car l'assuré ne pouvait pas travailler en zone haute, étant limité dans ses mouvements et surtout dans l'endurance pour tenir longtemps avec une position surélevée. Le 21 mars 2005, ce même médecin a écrit que sans port de charges, sans mouvements répétitifs avec les bras et sans travail en zone haute, on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité avec un rendement de 70% pour une présence de 100%. La Dresse W. \_\_\_\_\_ posait le diagnostic de tendinopathie chronique des deux épaules avec atteinte de la coiffe des rotateurs à droite (rupture transfixiante du sus-épineux à droite), d'une importante dysbalance musculaire et d'un discret état anxio-dépressif. Du 3 avril au 2 juillet 2006, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle (CIP). Dans le rapport du CIP du 29 juin 2006, il est mentionné que l'assuré pouvait être réadapté avec une pleine capacité de travail et un rendement de 70 à 100% dans une activité légère, sollicitant peu les membres supérieurs et permettant l'alternance des positions. Suite à un stage à l'Oriph, il s'est toutefois avéré que l'assuré n'avait pas le niveau requis pour suivre une formation de type CFC. Un examen rhumatologique a été exécuté le 26 mars 2007 au Service médical régional de l'AI (SMR) par la Dresse O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation. Le rapport rédigé le 9 mai 2007 par cette dernière a notamment la teneur suivante : « DIAGNOSTICS - avec répercussion sur la capacité de travail : scapulo-brachialgies bilatérales dans le cadre d'une lésion de la coiffe des rotateurs, avec déchirure transfixiante du sus-épineux, tendinopathie modérée du sous-épineux et du sous-scapulaire à droite, tendinopathie débutante du sus-épineux et du sous-scapulaire à gauche avec ébauche d'arthrose acromioclaviculaire (M75.1) - sans répercussion sur la capacité de travail : · Gonalgies et douleur aux chevilles sans substrat organique ; · Trouble de la statique rachidienne ; · Suspicion de rhizarthrose à droite ; · Obésité (BMI 32.5) ; · Diabète non insulino-dépendant ; · Hypercholestérolémie ; · HTA traitée ; · Status post opération du coude droit et post fracture du poignet droit il y a plus de 20 ans. APPRECIATION DU CAS Cet assuré d'origine espagnole, avec une formation de serrurier-constructeur, est en incapacité de travail depuis le 19.01.2004 à cause de problèmes aux épaules. Effectivement on a diagnostiqué des lésions étendues de la coiffe des rotateurs, plus marquées à droite, avec une rupture transfixiante du tendon du sus-épineux à droite. Lors de l'examen de ce jour, on est face à un homme de petite taille, obèse, vif et visiblement en bon état général. Il est collaborant et authentique, on ne voit aucun signe de douleur pendant l'entretien, sauf au moment où l'on parle de ses épaules. L'examen de la médecine interne générale est dans les limites de la norme, la valeur élevée de la tension systolique peut être interprétée comme symptôme de la situation stressante de l'examen. Le status ostéoarticulaire met en évidence une certaine insuffisance posturale dans le cadre d'un abdomen adipeux et une relâche de la sangle abdominale. La mobilité active cervicale est à la limite de la norme par rapport à l'âge, la mobilisation passive cependant complète, avec une distance oreille-acromion de 0 cm. La mobilité dorso-lombaire est bonne, le déroulement harmonieux, avec une distance doigts-sol de 17 cm et des index de Schober de 30/30 cm, respectivement 10/14 cm. Si la musculature cervico-scapulaire est un peu tendue en position assise, elle est complètement souple en position couchée. On ne palpe aucune hypertonicité musculaire para vertébrale dorso-lombaire. Concernant les épaules, on note une diminution de l'abduction et de la

flexion des bras, un peu plus marquée à droite, quasiment indolore, les rotations sont symétriquement conservées, le test de Jobe est discrètement pathologique à droite, le palm-up et le cross-body négatifs. Il n'y a pas de signe d'une atteinte de l'articulation acromio-claviculaire, si ce n'est une douleur à la palpation de la clavicule. Les tests cliniques pour une épicondylite sont négatifs. Il y a une suspicion de rhizarthrose à droite. Au niveau de membres inférieurs, on constate une limitation de la rotation interne des hanches plus marquée à droite, où il y a également une discrète limitation de l'extension. Les genoux et les chevilles sont calmes, les ligaments stables, il n'y a aucune crépitation intraarticulaire, le test de Zohlen est négatif ddc, le tendon d'Achille est de volume normal et indolore, la malléole interne droite fait mal. Sur le plan fonctionnel, l'assuré arrive à s'accroupir et s'agenouiller complètement, avec une distance talons-fesses de 0 cm, et malgré les douleurs décrites, il se relève en s'appuyant sur le membre inférieur gauche. Le status neurologique est dans les limites de la norme, il n'y a notamment aucun déficit sensitivo-moteur périphérique ou radiculaire. Les signes comportementaux sont absents. Le dossier radiologique confirme le diagnostic d'une atteinte complexe de la coiffe des rotateurs, plus étendue à droite, mais sans rupture complète. En conclusion, cet assuré présente une atteinte importante de la coiffe des rotateurs, plus marquée à droite avec une rupture transfixiante du tendon du sus-épineux, et un début d'arthrose acromio-claviculaire. La mobilité des épaules est cependant plutôt bonne, l'assuré bouge ses bras sans hésitation et les amène souvent jusqu'à 90° ou au-delà. Il s'habille par exemple en passant le maillot par-dessus la tête, et après il enfle les manches. Concernant les autres plaintes, notamment les coudes, les genoux et les chevilles, il n'y a aucune constatation clinique pathologique, il y a une bonne mobilité, pas d'épanchement, mais quelques douleurs, plutôt légères, à la palpation. En résumé, on retient chez cet assuré une atteinte importante de la coiffe des rotateurs, plus marquée à droite, ce qui contre-indique évidemment tout travail lourd, y inclus son métier de serrurier-constructeur. Les autres plaintes ne trouvent pas d'explication structurelle, il s'agit plutôt d'une lourdeur, et probablement également des conséquences de l'obésité et d'un certain déconditionnement. Il est clair que les douleurs rachidiennes occasionnelles, des genoux et des chevilles pourraient être soulagées par la normalisation du poids et un ré-conditionnement physique ciblé en vue d'une augmentation de la force musculaire du tronc et d'une réduction des dysbalances musculaires lombo-pelvi-cruraux. Si la profession habituelle est tout à fait exclue, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles bio-mécaniques est exigible complète[ment] et il n'y a aucun facteur objectif qui justifierait une diminution du rendement. L'échec des mesures professionnelles n'a donc pas de raison médicale. Une médication antalgique n'est pas nécessaire tous les jours. Si l'assuré prend des somnifères, c'est qu'il est un mauvais dormeur depuis longtemps, selon ses dires, et le Lexotanil® qui est rarement pris, lui a été prescrit suite à ses problèmes d'épaules. Il est bien intégré dans sa famille, il voit régulièrement ses anciens copains et ses collègues actuels, il participe activement aux travaux ménagers, et ne montre aucun signe d'évolution dépressive. Les limitations fonctionnelles L'assuré ne peut pas travailler les bras au-delà de l'horizontale, le port de charge est limité à 5 kg. Il ne devrait [pas] faire des mouvements de rotation interne/externe et des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Depuis le 19.01.2004, selon le rapport médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 6.05.05. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? 100% du 19.01 au 12.04 2004, 50% du 13.04 au 31 05.2004, 100% dès lors pour son activité habituelle. Selon l'examen clinique et le dossier radiologique, la capacité de travail

dans une activité adaptée est entière et ceci depuis mi-avril 2004. Concernant la capacité de travail exigible, il est évident que l'atteinte bilatérale des épaules empêche l'assuré de continuer son travail de serrurier-constructeur. Il n'y a cependant aucune raison médicale objective pour que, dans une activité adaptée, il ne puisse pas travailler à plein temps, et ceci sans diminution justifiée du rendement. La réinsertion est théoriquement possible dès mi-avril 2004. CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITE

HABITUELLE : 0% DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100% DEPUIS LE 13 AVRIL 2004. » Le 31 août 2007, H. \_\_\_\_\_ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré au 31 octobre 2007. Le 26 juin 2008, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport, selon lequel le type de travail que l'assuré pouvait effectuer se résumait à une activité lui permettant de changer souvent de posture. La position assise prolongée avec la nuque fléchie antérieurement, les mouvements répétitifs des épaules, ainsi que le travail avec les bras surélevés étaient totalement contre-indiqués. Tel était également le cas du port de charges et de la manipulation de poids. L'assuré pouvait par contre marcher et effectuer une activité où l'alternance des postures assise-debout serait possible. Dans un travail adapté respectant ces limitations, évitant le stress et ayant une ambiance valorisante, l'assuré pourrait avoir, selon la Dresse W. \_\_\_\_\_, une capacité de travail de 100%. Le 5 octobre 2008, l'assuré a chu dans les escaliers et s'est brisé le plateau tibial externe gauche. Il a été hospitalisé et opéré à [...]. Du 22 avril au 19 mai 2009, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à la demande de la CNA, l'assureur-accidents. Dans leur rapport du 16 juin 2009, les médecins de cette institution ont posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTIC PRIMAIRE : Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1).  
DIAGNOSTICS SECONDAIRES : - Fracture du plateau tibial externe gauche (Type Schatzker III) suite à une chute dans les escaliers le 05.10.2008 (T-93.3) ; - Réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque et vis le 10.10.2008 (Z 96.7). CO-MORBIDITES : - Diabète sucré de type II non insulino-dépendant connu depuis 2003-2004 (E 11) ; - Hypercholestérolémie (E 79.0) ; - Hypertension artérielle (I 10) ; - Obésité (E 66.9) ; - Scapulobrachialgies bilatérales dans le cadre de lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs avec : - déchirure transfixiante du supra-épineux, tendinopathie modérée de l'infra-épineux et du sous-scapulaire à droite (IRM du 09.06.2004) - tendinopathie débutante du supra-épineux et du sous-scapulaire avec ébauche d'arthrose acromioclaviculaire à gauche (IRM du 10.06.2004) (M 75.1) ; - 1979 : fracture du poignet droit (Z 96.1) ; - Il y a plus de vingt ans : opération du coude droit (bursectomie?) (Z 98.8) »  
En outre, la partie "appréciation et discussion" de ce rapport a la teneur suivante : « A l'entrée, M. X. \_\_\_\_\_ signale des douleurs de la face antérieure du genou, de la face externe, en regard du matériel d'ostéosynthèse et de la face interne. Les douleurs sont présentes au repos de façon supportable et augmentées sous forme de lancées douloureuses, lors de la mise en charge par exemple à la descente d'escaliers. Il mentionne aussi des douleurs nocturnes et un dérouillage matinal. Si le genou est tuméfié, il met des poches à glace. Il peut marcher environ une demi-heure avec une canne et sur de courtes distances sans canne. Au status, le genou gauche est calme avec cependant un discret épanchement. La palpation du tendon rotulien est douloureuse, de même que le plateau tibial externe en regard du matériel d'ostéosynthèse et en interne, en regard de l'insertion de la patte d'oie. La mobilité est pratiquement symétrique et complète. A la marche sans canne, on observe une importante boiterie de décharge du membre inférieur gauche, avec une diminution de la flexion au niveau du genou. La RX des deux genoux montre un matériel d'ostéosynthèse en place. Il n'y a pas de pincement articulaire, mais un aspect moucheté de la rotule et du

condyle fémoral. Nous suspectons, sur la base de la clinique et des Rx, une réaction algoneurodystrophique et lui donnons une perfusion d'Arédia 60 mg. En physiothérapie, le patient a eu des traitements passifs (électrothérapie, glace, étirements et mobilisation de la rotule) et actifs (rééducation à la marche, renforcement, stabilisation et amélioration de la proprioception et coordination du genou gauche, renforcement et stabilisation du tronc). Il a, par ailleurs, participé aux traitements en groupes, avec ETH, piscine et école de marche. En fin de séjour, M. X.\_\_\_\_\_ signale une diminution des douleurs au niveau du genou gauche qui persistent cependant lors de la mise en charge. Objectivement, il marche sans canne avec une boiterie. Nous proposons la poursuite de physiothérapie ambulatoire, à visée antalgique et de renforcement. Concernant la ceinture scapulaire, le patient se plaint de douleurs des deux épaules et de la nuque pouvant irradier dans les deux bras. Les douleurs se seraient aggravées depuis qu'il marche avec des cannes. Au status on trouve une mobilité qui est limitée par des douleurs. Les tests de coiffe sont tenus mais déclarés douloureux. Les RX des deux épaules ne montrent pas de signe d'omarthrose. Un consilium psychiatrique relève un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse, dépressive légère suite aux conséquences professionnelles et financières de ses problèmes de santé. L'atteinte du genou notamment représente un facteur de surcharge difficile à supporter, pour un homme qui se sent déjà inutile et écarté du monde du travail. Le traitement de Reméron est poursuivi et augmenté à 30 mg. Le patient a suivi des entretiens psychothérapeutiques ainsi qu'une initiation à la relaxation. Il a apprécié de pouvoir parler de ce qu'il a perdu, de ses soucis pour l'avenir mais aussi de trouver quelques moyens pour mieux gérer les douleurs et quelques idées pour le futur. Sur le plan professionnel, le patient a un CFC de serrurier-constructeur. Suite à l'atteinte des épaules, des mesures de reclassement professionnel étaient en cours par l'AI au moment de l'accident. L'évaluation aux ateliers professionnels montre que M. X.\_\_\_\_\_ fait diverses activités manuelles, de façon consciencieuse et appliquée. Le rythme de travail peut être qualifié de faible. La position la plus adaptée est celle alternée assis-debout, avec de petits déplacements sans charges. Dans les tâches manuelles, l'assuré arrive difficilement au bout de deux heures consécutives, évoquant régulièrement des douleurs diffuses. Du point de vue médical, les limitations fonctionnelles concernant l'épaule restent inchangées : la position assise prolongée avec la nuque fléchie antérieurement, les mouvements répétitifs des épaules et le travail avec les bras surélevés ainsi que le port de charges lourdes. Concernant les membres inférieurs, les limitations sont la marche prolongée, la position debout prolongée et le port de charges lourdes. Dans une activité adaptée aux limitations susmentionnées, la capacité de travail devrait être de 100 %. Actuellement cependant, la situation médicale n'est pas stabilisée et on s'attend à ce que le patient fasse des progrès concernant la marche avec une diminution de la boiterie. Du fait d'un parcours de réorientation professionnelle chaotique jusqu'à présent, nous avons crainte que le retour dans une activité professionnelle soit difficile.

**INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE SERRURIER :** - 100% du 22.04.2009 au 14.06.2009. - Dans une activité adaptée : incapacité de 0% dès le 15.06.2009. » Le 10 juillet 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport selon lequel la tendinopathie chronique des deux épaules avec atteinte de la coiffe des rotateurs, existant depuis plus de 10 ans, ainsi que l'importante dysbalance musculaire, avaient un effet sur la capacité travail de l'assuré. Selon ce médecin, il n'existait plus de possibilité pour l'assuré de reprendre une activité professionnelle. Suite à un examen du 27 janvier 2010, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA, a établi un rapport selon lequel la capacité de travail de l'assuré en rapport avec l'accident était entière dans une activité

comportant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges moyennes, pas de station debout prolongée et pas de longs trajets. Le 17 mai 2010, la CNA a rendu une décision aux termes de laquelle, en dépit des seules séquelles de l'accident au genou gauche, l'assuré était à même d'exercer une activité légère durant toute la journée, dans différents secteurs de l'industrie. Le revenu que pouvait tirer l'assuré d'une telle activité s'élevait à 4'635 francs par mois, 13<sup>ème</sup> salaire compris. Comparé au gain de 7'410 fr. réalisable sans accident, il en résultait une perte de 37%. Le 19 mai 2010, l'OAI a rendu un projet de décision, selon lequel l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> juin 2004. Une nouvelle période de totale incapacité de travail était retenue du 5 octobre 2008 au 14 juin 2009, la capacité de travail étant à nouveau entière depuis le 15 juin 2009. En 2005, année d'ouverture du droit à la rente, le salaire de référence tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) s'élevait à 4'679 fr. pour 40 heures de travail hebdomadaires, soit à 4866 fr. 16 pour 41,6 heures de travail hebdomadaire (durée de travail hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2005), soit un salaire annuel de 58'393 fr. 92. Compte tenu d'un abattement de 15% dû aux limitations fonctionnelles, le revenu d'invalidé était fixé à 49'634 fr. 83, alors que sans invalidité, le revenu de l'assuré se serait élevé à 93'694 francs, d'où un taux d'invalidité de 47%. Le projet de l'OAI définissait ainsi que l'assuré avait droit, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, à un quart de rente d'invalidité, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 2009 (soit 3 mois après l'aggravation de son état de santé) et à nouveau à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009 (soit 3 mois après l'amélioration de son état de santé). Le 21 juin 2010, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a établi un rapport selon lequel les lésions au niveau des épaules et les limitations fonctionnelles qui en découlaient, ajoutées à la boiterie à la marche installée après la fracture du plateau tibial gauche, ne permettaient pas à l'assuré d'avoir une activité adaptée supérieure à un taux de 50%. L'assuré était en effet obligé de changer souvent de posture assis-debout. Il était limité à la marche et dans l'utilisation des membres supérieurs. En revanche, une activité légère à 50% sans manipulation des charges, sans mouvement répétitif ou obligation de soulever les membres supérieurs au-delà de l'horizontale était possible. Le 25 juin 2010, l'assuré a formulé des objections à l'encontre du projet de décision, alléguant que l'OAI n'avait pas tenu compte des séquelles dues à son accident dans la fixation de sa capacité de travail. Dans un avis du 28 juillet 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a expliqué qu'il se ralliait aux conclusions concordantes des médecins de la CRR et du Dr D. \_\_\_\_\_, observant que l'avis de la Dresse W. \_\_\_\_\_, selon lequel la capacité travail de l'assuré dans une activité adaptée n'était que de 50%, n'était pas motivé. Le 27 octobre 2010, l'OAI a écrit au conseil de l'assuré que, avant l'accident, le degré d'invalidité de ce dernier était de 44% et que ce taux avait passé à 47% après l'accident en raison de l'augmentation du taux d'abattement de 10 à 15% ensuite de l'aggravation des limitations fonctionnelles. Sur la base de ces limitations, l'OAI retenait que l'assuré était en mesure d'effectuer différentes activités industrielles légères, comme par exemple opérateur en horlogerie, agent de contrôle qualité dans une entreprise de production, ouvrier de production en industrie de précision ou encore angleur en horlogerie. L'OAI relevait toutefois une erreur dans son projet de décision du 19 mai 2010, en ce sens que la rente entière était due dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et non dès le 1<sup>er</sup> février 2009. Le 22 novembre 2010, l'OAI a rendu une décision confirmant le projet du 19 mai 2010, compte tenu de la rectification mentionnée dans le courrier du 27 octobre 2010. Cette décision, notifiée à l'assuré directement, a été adressée à nouveau en copie au conseil de celui-ci le 16 décembre 2010, l'OAI expliquant toutefois que les délais légaux avaient

commencé à courir dès le moment où ledit conseil avait effectivement pris connaissance de la décision (soit en l'espèce le 14 décembre 2010). B. Par acte du 11 janvier 2011, X. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 22 novembre 2010, concluant avec suite de frais et dépens principalement à sa réforme, en ce sens que trois quarts de rente d'invalidité lui sont octroyés du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2008 puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Subsidiairement, le recourant a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision après complément d'instruction. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante, le nouveau calcul théorique de son revenu et l'audition de son épouse comme témoin. S'appuyant sur le rapport de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2010, le recourant explique que l'intimé paraît n'avoir accordé aucune importance à l'accident dans la détermination de sa capacité de gain. Il estime cette manière de voir d'autant plus contestable que la CNA lui a reconnu une incapacité de gain de 37% pour les seules suites de l'accident au genou. Dès lors, deux périodes devraient être distinguées, soit celle allant du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2008 et celle débutant le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui devra tenir compte des séquelles de l'accident au genou. S'il ne conteste pas la situation retenue par l'OAI pour les mois de janvier à septembre 2009, il conteste le calcul de son taux d'invalidité pour les autres périodes, en particulier quant au degré d'incapacité de travail et au taux d'abattement retenus, ce dernier devant selon lui s'élever à 25%, compte tenu de ses limitations physiques et psychiatriques et de son âge. Le recourant conteste également l'adaptation du revenu d'invalidité à la durée hebdomadaire de travail usuelle. Se déterminant le 3 mars 2011, l'office intimé a conclu au rejet du recours. 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. La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique 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). b) Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu des fêtes de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA, et satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. 2. Le litige porte sur l'étendue du droit du recourant à une rente d'invalidité. L'intimé lui reconnaît en effet le droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2008, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 septembre 2009 et enfin à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Le recourant quant à lui soutient qu'il devrait bénéficier de trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2008, puis d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Par ailleurs, l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) spécifie que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). D'un autre côté, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (al. 2). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4 ; 115 V 134, consid. 2 ; 114 V 314, consid. 2c ; 105 V 158, consid. 1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF

9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Ainsi, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Il peut en effet accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Par ailleurs, 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 (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). 4. a) Dans un premier moyen, le recourant explique que l'intimé paraît n'avoir accordé aucune importance à son accident dans la détermination de sa capacité de gain. Il estime cette manière de voir d'autant plus contestable que la CNA lui a reconnu une incapacité de gain de 37% pour les seules suites de son accident au genou. Dès lors, selon lui, deux périodes devraient être distinguées, soit celle allant du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2008 et celle débutant le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui devra tenir compte des séquelles de son accident au genou. Il convient donc, dans un premier temps, d'examiner la capacité de travail du recourant et de déterminer si, comme le soutient celui-ci, deux périodes doivent être distinguées. Concernant la période précédant l'accident du 5 octobre 2008, plusieurs rapports médicaux figurent au dossier, dont notamment un rapport d'examen pratiqué par les médecins du SMR le

## **E. 26**

juin 2008. Quant aux limitations fonctionnelles relatives au membre inférieur, il s'agit de la marche prolongée, de la position debout prolongée et du port de charges lourdes, cette dernière limitation étant commune aux deux atteintes dont souffre le recourant. Ce rapport qui, faisant suite à un séjour de près d'un mois à la CRR, tient compte de l'ensemble de la situation pour conclure de façon clairement motivée à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, remplit également tous les critères pour détenir valeur probante. Par ailleurs, contrairement à ce que paraît croire le recourant, la capacité de travail d'un assuré se détermine, non pas en additionnant simplement l'effet incapacitant résultant des différentes atteintes à sa santé, mais en considérant sa situation médicale dans son ensemble

(TFA I 131/03 du 22 mars 2004). Ainsi, la capacité de travail du recourant ne saurait être fixée en additionnant simplement un certain pourcentage d'incapacité due à l'atteinte aux épaules au taux de 37% d'invalidité (et non d'incapacité de travail) retenu par la CNA pour l'atteinte à la jambe. Il convient encore de relever que l'intimé s'est interrogé sur le type d'activités que pourrait exercer l'assuré, qui ont été énumérées dans le courrier du 27 octobre 2010 au conseil du recourant. En conséquence, force est de constater que la capacité de travail du recourant est totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, tant pour la période précédant l'accident que pour celle qui l'a suivi, à l'exception de celle comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 septembre 2009. b) Dans un deuxième moyen, le recourant conteste le degré d'invalidité retenu sur la base de sa capacité de travail. Il critique tout d'abord l'adaptation du revenu d'invalidité à la durée hebdomadaire de travail usuelle. Cette pratique correspond toutefois à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral dès l'arrêt paru aux ATF 124 V 321 (plus récemment TF 9C\_44/2011 du 1<sup>er</sup> septembre 2011), de sorte qu'elle échappe à la critique. Le recourant conteste également le taux d'abattement de 15% retenu par l'intimé. Selon la jurisprudence (ATF 137 V 71), le point de savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières (liées au handicap de la personne ou à d'autres facteurs) est une question de droit. En revanche, l'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation du juge, qui n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la plus appropriée (ATF 126 V 75, consid. 6). Il découle de ce qui précède que la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25% [ATF 126 V 75]) serait plus approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (TF 9C\_39/2011 du 22 août 2011). En l'occurrence, le taux d'abattement, fixé à 15% par la décision litigieuse, tient dûment compte de tous les éléments pertinents, notamment des limitations fonctionnelles et l'âge du recourant. A cet égard, il convient de souligner que celui-ci fait valoir des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique qui ne sont pas documentées. Cela étant, le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé s'avère erroné. S'agissant du revenu d'invalidité, le salaire à prendre en considération selon l'ESS 2004 (TA1, niveau de qualification 4) est de 4'588 fr. pour une durée de travail hebdomadaire de 40 heures. Compte tenu d'un horaire hebdomadaire de travail de 41,6 heures en 2005 (La Vie économique 12-2006, p. 82 Tab. B 9.2) et d'une indexation de 1% entre 2004 et 2005 (La Vie économique 12-2006, p. 83 Tab. B 10.2), le salaire annuel est de 57'830 fr. 82, arrêté à 49'156 fr. 20, compte tenu d'un abattement de 15%. Quant au revenu sans invalidité, sa méthode de calcul, qui consiste à effectuer la moyenne des revenus de 2001 à 2003 (montants tirés de l'extrait de compte individuel AVS du recourant) n'est pas contestée. Le

montant déterminant est ainsi de 91'940 fr. en 2003. Indexé respectivement de 0,9% entre 2003 et 2004 puis de 1% entre 2004 et 2005, le revenu sans invalidité est de 93'695 fr. 13. Il en résulte un degré d'invalidité de 47,54%, arrondi à 48%, donnant droit à un quart de rente d'invalidité, comme le retient la décision litigieuse. 5. Il résulte de ce qui précède que le dossier de la cause est instruit à satisfaction de droit sur le plan médical et permet de procéder à l'appréciation du droit à la rente du recourant. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la Cour, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner d'audition de témoins ni la mise en œuvre d'une expertise médicale (ATF 134 I 140, consid. 5.3 ; 130 II 425, consid. 2.1). En définitive, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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