

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 juillet 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Schmutz et Perdrix, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par Me Katia Elkaim,  
avocate à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI; 25 al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** N. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 6 mai 1954, étancheur qualifié, était employé depuis juin 2000 par l'entreprise S. \_\_\_\_\_ SA à [...]. Le 20 juin 2002, sur un chantier, il a fait une chute et s'est blessé à l'épaule droite. Une arthro-IRM de cette articulation effectuée le 30 juillet 2002 a montré une déchirure très importante du sus-épineux et une tendinopathie sévère du sous-scapulaire avec une probable déchirure partielle.

L'assuré a été mis en incapacité de travail totale dès le 21 juin 2002, a repris le travail à 50% entre le 8 et le 19 juillet 2002, puis a été remis en incapacité de travail à 100% dès le 22 juillet 2002. Il a été opéré de l'épaule droite le 9 septembre 2002 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique; l'intervention a montré une déchirure importante comprenant le sus et le sous-épineux et une partie du sous-scapulaire. Il a subi une acromioplastie et une suture de la coiffe des rotateurs. Il a repris son activité professionnelle à 50% (à la demi-journée) entre le 1<sup>er</sup> avril et le 1<sup>er</sup> septembre 2003, hormis deux périodes d'incapacité totale de travail en juin et en juillet 2003.

**b)** Le 4 juillet 2003, l'assuré a déposé une demande de rente AI. Dans le but d'évaluer sa capacité professionnelle, il a été hospitalisé à la Clinique G. \_\_\_\_\_ du 15 avril au 11 mai 2004. Du rapport de sortie du 19 mai 2004, établi par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et par le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin assistant, il ressort ce qui suit:

"Le patient susnommé a séjourné dans notre service de réadaptation générale du 15.04.04 au 11.05.04, date de son retour à domicile.

DIAGNOSTIC(S) PRIMAIRE(S):

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES:

- Status post-réinsertion de la coiffe des rotateurs, reconstruction et acromioplastie de l'épaule droite le 09.09.02 (Z 98.8)
- Rupture itérative de la coiffe droite (M 75.1)

#### CO-MORBIDITÉS:

- Hépatite C (B 18.2)

#### MOTIF D'HOSPITALISATION:

Il s'agit d'un patient de 50 ans, d'origine italienne, travaillant comme étancheur qui a présenté au mois de juin 02 un traumatisme sur l'épaule droite qui s'est soldé à l'époque par une déchirure du supra-épineux et une tendinopathie sévère du sub-scapulaire avec déchirure partielle visualisée sur une IRM pratiquée le 30.07.02. Une intervention avec réinsertion de la coiffe des rotateurs (supra-épineux, infra-épineux et sub-scapulaire) et acromioplastie a été réalisée le 9 septembre 02. Une reprise de travail à 50% a été effectuée le 01.04.03. L'évolution a été marquée par la persistance des douleurs à l'épaule droite avec en juin 2003 une incapacité totale de travail. A partir du mois de juillet 03, le patient s'annonce à l'AI. Après plusieurs avis chirurgicaux et un arthro-scanner qui a confirmé la rupture itérative de la coiffe des rotateurs prédominant au niveau du supra-épineux, le patient décide de ne pas faire l'intervention. Il est adressé à la clinique pour une évaluation professionnelle et une prise en charge en milieu stationnaire.

(...)

#### APPRECIATION ET DISCUSSION:

1. A l'entrée, le patient se plaint de douleurs de l'épaule droite survenant surtout pendant les mouvements en abduction et les mouvements répétitifs, et d'une diminution de la force du membre supérieur droit. Le patient signale un accrochage en abduction-rotation externe, associé à une impression de « tendon qui coince » au niveau de son épaule.

Du point de vue algique, quand le patient n'utilise pas son membre supérieur droit, les douleurs sont quasi nulles.

(...)

2. Du point de vue professionnel, Monsieur N. \_\_\_\_\_ a toujours fonctionné comme étancheur depuis son arrivée en Suisse dans les années 80. Il a eu pendant quelques années une entreprise d'étanchéité à son compte. Depuis plusieurs années, il est engagé dans une entreprise d'étanchéité comme chef d'équipe. Durant son passage aux ateliers professionnels, Monsieur N. \_\_\_\_\_ a fait essentiellement de la recherche sur les fiches Info Prof, il s'est montré intéressé à rester dans le même domaine et de fonctionner par exemple comme technicien ou représentant. Il a réalisé un curriculum vitae et s'est renseigné auprès de son employeur pour connaître les pré-requis pour devenir technicien.

Sa capacité de travail comme étancheur est à notre avis définitivement de 0%. Dans une activité adaptée avec les restrictions suivantes: pas de port de charges supérieures à 25 kg, pas de travail prolongé et répétitif au-dessus du plan des épaules, pas de travail de force avec le membre supérieur droit, la capacité de travail est entière. Il n'y a à notre avis pas d'indication à effectuer une phase I chez ce patient qui a un projet professionnel précis qui paraît réalisable. Le patient doit rencontrer son conseiller AI le 12.05.04.

**CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION D'ETANCHEUR:**

0% définitivement.

100% de capacité de travail dans un travail adapté qui reste à définir (comme technicien par exemple)."

**c)** Le 13 janvier 2005, l'assuré a été opéré à nouveau, cette fois-ci par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a effectué une arthroscopie de l'épaule droite, avec ténotomie du long chef du biceps et ablation de deux vis par arthrotomie.

**d)** Dans un rapport d'examen médical final du 20 juin 2005, la Dresse H.\_\_\_\_\_, remplaçante du médecin d'arrondissement à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), à Lausanne, a retenu ce qui suit:

"[Postérieurement au séjour à la Clinique G.\_\_\_\_\_ en avril/mai 2004] Le patient s'est réaggravé avec craquements douloureux et ressauts lors des mouvements de rotation, le bras en abduction. La gêne était à nouveau quotidienne. Le Dr M.\_\_\_\_\_ recontacté par le Dr Q.\_\_\_\_\_ a proposé une arthroscopie de l'épaule droite avec ténotomie du LCB, ablation des vis par arthrotomie effectuée le 13.1.05 sans nouvelle réparation de la coiffe. Le protocole opératoire évoque un remaniement marqué du long chef du biceps, une rupture transfixiante du sus-épineux avec rétraction importante, la zone d'attache de l'ancienne réparation était le siège d'un important magma cicatriciel. Il n'y avait pas d'accès aisé aux vis, raison pour laquelle, une arthrotomie a été réalisée. Ablation d'une volumineuse bourse sous-acromiale. Il a été prélevé des examens bactériologiques. Il n'y avait pas de lésion du sous-scapulaire et du sous-épineux ni de lésion chondrale significative.

L'évolution subjective après cette deuxième intervention a été plutôt défavorable. Alors que la mobilité active et passive est recouvrée, il persiste des douleurs de mise sous tension du sus-épineux, des

crépitations sous-acromiales. Le Dr M.\_\_\_\_\_ admettait cette évolution le 8.4.05. Le 24.5.05, il estimait la situation stabilisée.

(...)

**APPRECIATION:**

Nous nous trouvons au bilan final de ce status après rupture de coiffe, opérée à deux reprises. Il persiste un état douloureux subjectif, surtout nocturne, avec des douleurs tout de même quasi quotidiennes. La situation est tolérée pour les activités de la vie quotidienne, le bras devient lourd, fatigué et douloureux lors de toute tentative d'efforts le bras en abduction.

La situation est stable par rapport aux bilans de la Clinique G.\_\_\_\_\_ et aux derniers bilans post-opérations du Dr M.\_\_\_\_\_.

Si les amplitudes articulaires sont assez bien récupérées, nettement en-dessus de l'horizontale, il persiste des signes irritatifs en regard du sus-épineux, des douleurs de mobilisation.

La situation actuelle donne le droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité qui sera donnée sur rapport séparé.

Dans l'activité d'étancheur, la capacité de travail reste nulle.

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles antérieurement données par la Clinique G.\_\_\_\_\_ et qui restent d'actualité, la capacité médico-théorique est pleine. Il faudra réactiver l'institution de l'AI pour encadrer cet assuré dans sa réinsertion professionnelle."

**e)** Du 16 janvier au 12 février 2006, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après: COPAI), Centre d'intégration professionnelle de Genève. Selon le rapport du COPAI du 28 février 2006, ses capacités physiques étaient compatibles avec un emploi léger en position assise ou debout, avec possibilité d'en changer, non répétitif, à plein temps et rendement proche de la normale, dans le circuit économique normal; les métiers et/ou activités permettant d'envisager une pleine capacité de travail étaient en particulier employé (ou gérant) de station-service, animateur en EMS ou conseiller à la vente; le secteur industriel léger n'était pas retenu, car l'atteinte invalidante ne permettait pas à l'assuré d'y avoir une pleine capacité.

**f)** Dans un rapport d'examen final du 23 juin 2006, la Dresse H.\_\_\_\_\_, remplaçante du médecin d'arrondissement de la CNA, a exposé ce qui suit:

"APPRECIATION:

Le présent bilan reste superposable à celui de juin 2005 en amplitudes, la trophicité musculaire est plus harmonieuse, ce qui atteste d'une certaine utilisation du membre supérieur droit.

Les callosités palmaires sont également plus importantes.

Les signes irritatifs de la coiffe sont moins marqués que précédemment mais cela tient peut être au fait qu'il a eu récemment une infiltration.

Les limitations fonctionnelles données précédemment restent d'actualité à savoir : restriction des charges répétitives à 25 kg, pas de travail au dessus du plan des épaules de manière prolongée ou répétitive, pas de travail en force avec le membre supérieur droit.

Dans le cadre de ces limitations, la capacité de travail médico-théorique reste entière.

Rappelons qu'à la sortie de la Clinique G.\_\_\_\_\_ avec un bilan semblable, il était admis 100% de capacité de travail dans un travail adapté, restant à définir, comme technicien par exemple.

L'assuré qui se montre déçu par l'évaluation du COPAI me paraît moins motivé que précédemment. Il a passablement insisté sur le fait qu'il a toujours effectué des activités lourdes antérieurement, qu'il est droitier, qu'il ne voit pas ce qu'il pourrait faire d'autre, que ses douleurs résiduelles sont mal comprises des médecins. Il est peu enclin à admettre les aptitudes restantes.

Les masses musculaires du membre supérieur droit attestent d'une fonction globale bien meilleure que ce que nous annonce Monsieur N.\_\_\_\_\_ et nous nous trouvons dans une discussion plus difficile qu'auparavant avec une certaine impasse.

Monsieur N.\_\_\_\_\_ se montre nettement plus revendicateur et n'est pas d'accord qu'il persiste une exigibilité dans une activité tenant compte de ses limitations."

Dans un rapport intermédiaire du 9 août 2006 adressé à la Division administrative de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le spécialiste de la Division réadaptation de cet office a estimé que compte tenu des limitations fonctionnelles définies par la Dresse H.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final du 23 juin 2006 (restriction des charges répétitives à 25 kg, pas de travail au dessus du

plan des épaules de manière prolongée ou répétitive, pas de travail en force avec le membre supérieur droit), un travail de production en milieu industriel était tout à fait possible; en effet, il n'y avait aucune restriction concernant la possibilité d'exercer une activité manuelle légère à hauteur d'établi, seuls les mouvements répétitifs au-dessus du niveau des épaules devant être évités.

**g)** Par décision du 30 octobre 2006, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 40% à compter du 1<sup>er</sup> août 2006 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

L'assuré a fait opposition par acte du 6 décembre 2006. Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> mars 2007, la CNA a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision du 30 octobre 2006.

Le 30 mars 2007, l'assuré a recouru devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition rendue le 1<sup>er</sup> mars 2007 par la CNA (cause AA 50/07).

**B.** **a)** Le 16 mai 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui reconnaissant le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2003. La motivation de ce projet de décision était en substance la suivante:

Ayant été victime d'un accident le 20 juin 2002, l'assuré ne peut plus exercer son activité d'étancheur. Toutefois, il ressort des investigations entreprises que dans une activité adaptée qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles (restriction des charges répétitives à 25 kg, pas de travail au-dessus du plan des épaules de manière prolongée ou répétitive, pas de travail en force avec le membre supérieur droit), ce qui est le cas dans des activités industrielles légères simples et répétitives, sa capacité de travail est totale et ceci depuis le 25 avril 2003. L'assuré n'ayant pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidité peut être estimé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. 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 2003 4'588 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise. Après adaptation de ce montant à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2003 (41,6 heures, alors que les salaires standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures), ce qui donne un montant de 4'771 fr. 52 (4'588 fr. x 41,6 : 40) par mois ou 57'258 fr. 24, et après un abattement de 15% sur ce dernier montant compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à 48'669 fr. 50. La comparaison de ce revenu avec celui qu'aurait pu réaliser l'assuré sans atteinte à la santé dans son activité d'étancheur (84'350 fr. 50, soit 6'488 fr. 50 versé 13 fois l'an) aboutit à une perte de gain de 35'681 fr. et donc à un degré d'invalidité de 42%. L'assuré a dès lors droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2003, soit à l'échéance du délai de carence d'une année (art. 29 al. 1 let. b aLAI).

**b)** L'assuré, représenté par l'avocate Katia Elkaim, a contesté ce projet de décision par courrier du 15 juin 2007 en contestant le taux de capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le revenu sans invalidité (auquel il convenait selon lui d'ajouter les indemnités vacances, les indemnités jours fériés ainsi que la gratification non retenues par l'OAI) et le revenu d'invalide (en réclamant un abattement de 25% au lieu de 15%).

A l'appui de sa contestation du projet de décision, l'assuré a produit un rapport médical établi le 23 mars 2007 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le Dr J.\_\_\_\_\_ estimait que les muscles sous-épineux et sous-scapulaires de l'épaule droite n'étaient plus fonctionnels tandis que les rotateurs externes ne l'étaient qu'en partie. Selon l'examen clinique du Dr J.\_\_\_\_\_, le lift off et le Jobe étaient fortement positifs et la mobilité active de l'épaule était diminuée par les douleurs. Une abduction de 120° n'était possible qu'avec l'aide de l'examineur pour placer le bras dans cette position. Le Dr J.\_\_\_\_\_ indiquait qu'il n'était selon lui pas possible d'améliorer la situation sans

intervention opératoire et que la seule solution opératoire était l'arthroplastie totale avec prothèse d'épaule inversée.

**c)** Par courrier du 12 mars 2008 adressé au conseil de l'assuré, l'OAI a exposé sur six pages les raisons pour lesquelles les arguments avancés par l'assuré à l'appui de la contestation du projet de décision n'étaient pas de nature à modifier sa position. Estimant ainsi que le projet de décision du 16 mai 2007 devait être entièrement confirmé, il a informé l'assuré qu'une décision formelle, sujette à recours, lui parviendrait prochainement.

**d)** Dans le cadre de la cause AA 50/07 opposant l'assuré à la CNA (cf. lettre A.g supra), le Tribunal des assurances a ordonné une expertise médicale judiciaire qu'il a confiée au Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport d'expertise du 25 juin 2008, l'expert W.\_\_\_\_\_ conclut en bref que des raisons médicales empêchent l'exercice à plein temps d'une activité adaptée à l'état de santé du recourant et qu'aucune activité professionnelle n'est exigible en l'état avec un rendement suffisant pour être reclassable sur le marché du travail. Ce rapport contient une anamnèse détaillée (p. 2-16), la description des plaintes actuelles de l'assuré (p. 16-17), le status orthopédique (p. 18-21), l'interprétation des documents radiologiques (p. 22-23), les diagnostics (p. 23-24), la discussion (p. 24-26) et les réponses aux questions des parties (p. 27-39). Il en ressort notamment ce qui suit:

**"Diagnostics:**

Status après chute en arrière avec impact sur le membre supérieur et l'épaule gauche le 20.06.2002.

Status après mise en évidence à l'arthro-IRM de l'épaule droite du 30.07.2002 d'une déchirure très importante du tendon du sus-épineux, associé à une tendinopathie sévère du sous-scapulaire avec probable déchirure partielle et non visibilité correcte du long chef du biceps.

Status après confirmation d'une déchirure massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ayant entraîné une acromioplastie et suture de la coiffe par arthrotomie le 09.02.2002.

Status après confirmation d'une re-rupture prédominant au niveau du sus-épineux d'assez grande taille avec atrophie du corps musculaire et début de dégénérescence graisseuse associée à un remaniement du long chef du biceps et une résorption osseuse autour des ancrs, mise en évidence à l'arthro-Ct scan du 08.09.2003.

Status après arthroscopie de l'épaule droite confirmant cette re-rupture du sus-épineux, un remaniement important du long chef du biceps dans sa portion intraarticulaire avec important magma fibreux et zone d'ostéolyse autour des vis ayant abouti à une ténotomie du long chef du biceps, bursectomie sous-acromiale partielle et ablation des vis le 13.01.2005.

Douleurs importantes persistantes continues de l'épaule droite, augmentant au moindre effort et à la moindre sollicitation au-dessus de l'horizontal et en train d'aboutir à une atrophie globale de la coiffe des rotateurs et du deltoïde avec impotence fonctionnelle active de plus en plus marquée.

## **DISCUSSION**

Suite à l'événement du 20.06.2002, le patient a vu apparaître des douleurs de son épaule droite.

Il est cependant très difficile de définir exactement ce qui s'est passé à l'époque et quelles en ont été les conséquences objectives sur les tendons de la coiffe des rotateurs.

Au vu des lésions qui ont été mises en évidence à l'arthro-IRM du 30.07.2002, il est clair que cette épaule était déjà dégénérative et avait très vraisemblablement déjà une perforation de la coiffe des rotateurs par perte de substance liée aux efforts physiques essentiellement professionnels qu'avaient effectué le patient jusque là. Ceci est certain puisqu'en plus de la lésion du tendon du sus-épineux, il a été constaté une tendinopathie sévère du sous-scapulaire avec probable déchirure partielle et un long chef du biceps qui n'était jamais correctement visible. On sait que ces atteintes pluri-tendineuses ne peuvent pas être produites par un seul événement, puisqu'ils sont antagonistes et il est donc certain qu'une bonne partie de ces lésions voir toutes étaient déjà présentes avant cet événement. On ne peut cependant pas affirmer si cet événement les a aggravés ou les a seulement révélés.

Tout ce qu'on peut dire est que dans un tel cas d'atteintes multiples de la coiffe des rotateurs, même si à l'époque il n'y avait pas encore d'atrophie importante ni de dégénérescence graisseuse, le traitement chirurgical de réinsertion de la coiffe donne souvent des résultats médiocres. Les diverses études de la littérature montrent qu'une année après, si on les contrôle par IRM, on constate dans 80% des cas une redéchirure de la suture, ce qui a effectivement été le cas chez M. N. \_\_\_\_\_.

Il n'est en conséquence pas surprenant que toutes les plaintes n'aient pas disparu et que l'évolution progressive ait été vers une aggravation puisque l'arthro-Ct-scan du 08.09.2003 montrait une

atrophie du corps musculaire et un début de dégénérescence graisseuse au niveau du sus-épineux.

Dès le moment où on se trouve dans un tel cas de figure, on sait que malheureusement la plupart du temps toute chirurgie reconstructive est vouée à l'échec et qu'il devient très difficile de soulager les plaintes du patient.

Il était donc logique puisque M. N.\_\_\_\_\_ allait mal que le Dr M.\_\_\_\_\_ se contente d'une section du long chef du biceps et de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, mais ne pratique pas de nouvelle reconstruction de la coiffe.

Le problème est que cette dernière intervention n'a pas suffi véritablement à améliorer les plaintes. Elle a peut-être même contribué à déstabiliser légèrement plus la balance musculaire de l'épaule. Ce dernier point peut être affirmé avec une bonne probabilité puisqu'il y a eu un petit problème de réinsertion antérieure du deltoïde et aussi par le fait que lors du dernier contrôle médical orthopédique qui a eu lieu chez le Dr J.\_\_\_\_\_ en 2007 ainsi que lors de mon expertise, on constate une certaine instabilité antéro-supérieure de cette articulation.

On peut donc affirmer que l'état s'est péjoré depuis la dernière intervention du Dr M.\_\_\_\_\_ et qu'objectivement, on peut comprendre les plaintes subjectives que ressent M. N.\_\_\_\_\_.

En l'état actuel, comme ce patient est très gêné, aussi bien la journée que la nuit et ceci en ne faisant quasiment aucun effort, sa qualité de vie devient médiocre et vu son âge il semble raisonnable d'essayer de lui proposer de nouveau un traitement.

La proposition du Dr J.\_\_\_\_\_ d'envisager une arthroplastie de type prothèse inversée est une des solutions tout à fait envisageable. Cela va effectivement mieux stabiliser cette épaule et probablement diminuer les douleurs.

Concernant la mobilité, il n'est pas certain qu'il la récupérera complètement, mais ces amplitudes devraient être relativement correctes. Le seul problème d'une telle intervention est qu'il est très difficile de pouvoir pronostiquer l'avenir de cette prothèse inversée. Tout ce qu'on peut dire est que chez des gens jeunes, surtout s'ils font des efforts avec cette épaule, l'espérance de vie de cet implant est souvent relativement courte et dure quelques années avant qu'elle ne se descelle bien que ceci ne soit pas une constante absolue.

Cependant, après avoir examiné le patient et toute son histoire médicale, je crains fort qu'on n'ait pas tellement d'autre choix thérapeutique si on veut vraiment essayer de diminuer ses douleurs et améliorer sa qualité de vie.

Sur le plan professionnel en l'état actuel, estimer qu'il a une capacité totale dans un travail léger, non répétitif, sans surélévation des bras au-dessus de l'horizontal et en pouvant bouger régulièrement me paraît très illusoire.

Dès le moment où on a des douleurs constantes, jour et nuit, qui augmentent d'intensité au moindre effort et surtout qui vous empêchent d'avoir un sommeil réparateur, sans réveil fréquent, espérer que le lendemain on puisse être capable de se concentrer plusieurs heures et avoir un rendement efficace est peu plausible.

C'est pourquoi, je pense qu'un reclassement professionnel dans une activité légère n'est pas souhaitable tout de suite. Il est préférable de le réadresser au Dr J. \_\_\_\_\_ ou éventuellement au Prof. D. \_\_\_\_\_ au Balgrist à Zürich pour confirmer l'indication à une prothèse d'épaule et si c'est le cas effectuer cette intervention.

Seulement après cela, si le résultat est bon l'exigibilité dans une activité légère pourra être rediscutée.

## **REPONSES AUX QUESTIONS DE Me KATIA ELKAIM AVOCATE**

(...)

### **5. Evolution de l'état de santé après l'accident? 5a. Comment les affections ont-elles évolué?**

Le problème de ce patient depuis l'accident a toujours concerné son épaule droite.

Dès le départ, pour toutes les raisons mentionnées dans la discussion ci-dessus, on s'est trouvé dans le cadre d'une épaule dégénérative dont les lésions préexistantes ont été révélées ou partiellement aggravées par cet accident.

Vu l'âge du patient, on se trouvait donc déjà dans le cadre de tendons dégénératifs et dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que suite à la 1<sup>ère</sup> intervention chirurgicale, toutes les plaintes n'aient pas disparu.

Il n'est pas non plus étonnant qu'avec le temps, la suture de la coiffe n'ait pas tenu et en conséquence que la rétraction du sus-épineux s'est aggravée avec comme conséquence l'apparition d'une atrophie musculaire associée à une dégénérescence graisseuse.

Dès le moment où on s'est trouvé dans cette situation, on sait que toute réparation de la coiffe est très difficile et surtout donne un mauvais résultat avec des limitations fonctionnelles et des douleurs perdurantes, ce qui s'est bien produit.

En l'état actuel, on a de plus l'impression que cette épaule - vu l'importance globale de l'atteinte de la coiffe des rotateurs qui entraîne une disbalance musculaire - est mal stabilisée ayant tendance lors des mouvements à se subluser antéro-supérieurement.

Ces dernières constatations ont été faites pour la 1<sup>ère</sup> fois par le Dr J. \_\_\_\_\_ en 2007 et confirmées par moi-même lors du status et des examens radiologiques complémentaires effectués.

Dans une telle situation, le fait que cette épaule soit instable dès qu'elle est utilisée ne peut qu'entraîner des douleurs ainsi que des inflammations chroniques expliquant tout à fait les plaintes décrites.

**5b. Quelles sont les affections qui se manifestent principalement à l'heure actuelle?**

Douleurs chroniques continues jour et nuit, augmentant à l'effort et entraînant des limitations fonctionnelles antalgiques avec mauvaise qualité de récupération nocturne. Ceci entraîne que le patient étant chroniquement fatigué et algique, son humeur devient labile et surtout son pouvoir de concentration est vraisemblablement diminué pour effectuer des tâches régulières sur de longues périodes.

(...)

**9. Invalidité**

**9a. Quelles sont les limitations fonctionnelles de M. N. \_\_\_\_\_?**

En l'état actuel, le membre supérieur droit est très peu fonctionnel puisque le patient ne peut pas l'utiliser au-dessus de l'horizontal, ne peut pas l'utiliser en suspension même sans charge. De plus, même si un appui est trouvé pour ce membre supérieur droit, il ne peut pas rester longtemps dans une telle position pour pouvoir effectuer un travail de manière régulière avec un rendement correct.

Par là-dessus, il faut ajouter le fait que le patient a vraisemblablement de la peine à se concentrer sur une longue durée car les douleurs chroniques finissent par être psychiquement difficiles à supporter et abaissent le seuil de tolérance, surtout si la qualité du sommeil nocturne n'est pas bonne.

**9b. Compte tenu de ces limitations, M. N. \_\_\_\_\_ pourrait-il travailler dans le cadre d'une activité adaptée dans la mesure où l'état de santé définitif sera atteint? Si oui, quelle serait l'activité la plus adaptée à son état de santé?**

La première remarque à faire est que l'état de santé définitif n'est probablement pas atteint vu les remarques précitées. Il y a encore un petit espoir de pouvoir l'améliorer, mais il est clair au prix d'une nouvelle intervention et sans pouvoir lui donner de garantie absolue quant au résultat.

Par contre, si cette possibilité chirurgicale n'a pas lieu alors l'état de santé définitif est atteint et on ne pourra pas espérer d'amélioration quant aux douleurs, à la mobilité ou à la qualité de vie du patient.

Dans le premier cas, c'est-à-dire si une nouvelle intervention est effectuée et qu'elle donne un bon résultat, alors une activité légère en appui du membre supérieur droit devrait pouvoir être effectuable avec un certain rendement. Cependant, il est trop tôt pour pouvoir l'affirmer de manière plus précise en l'état.

Dans le second cas, c'est-à-dire si cette intervention ne se fait pas, l'importance de la douleur chronique et les limitations fonctionnelles qu'elle entraîne ainsi que les troubles du sommeil rendent

quasiment toutes les activités professionnelles irréalistes. Dès le moment où la qualité du sommeil est mauvaise, que vous ne récupérez pas bien et ressentez plus de douleurs la journée, ceci vous empêche de vous concentrer et d'être efficace.

(...)

#### **REPONSES AUX QUESTIONS DE Me DIDIER ELSIG DE LA CNA**

(...)

#### **4. Le résultat de l'acromioplastie du 09.09.2002 et de la ténotomie du 13.01.2005 a-t-il été favorable?**

Non, ces 2 interventions n'ont pas donné un résultat favorable puisque le patient a toujours été symptomatique avec limitation fonctionnelle active antalgique et douleurs importantes. De plus, on a l'impression qu'avec le temps, s'est développé un problème de balance musculaire entraînant une subluxation antéro-postérieure de cette épaule.

#### **5. Comment qualifiez-vous la mobilité active/passive de l'épaule droite de l'assuré?**

La mobilité passive de l'épaule droite est identique à la gauche avec une antépulsion et une abduction à 170° et une rotation externe à 40°. Activement cependant l'antépulsion est à 90°, l'abduction à 70° et la rotation externe à 20°. La rotation interne est à L5. En actif assisté léger, le patient arrive à une antépulsion de 120° et une abduction de 90°.

#### **6. La limitation de la force est-elle notable?**

Oui, le signe de Job est fortement positif.

#### **7. Le galbe deltoïdien et la mesure du périmètre des bras sont-ils symétriques?**

Non. Le patient a une insuffisance du deltoïde antérieur avec une atrophie. Il présente également une atrophie à droite au niveau de la fossette du sus-épineux et de la région du sous-épineux, mais dans une moindre mesure par rapport au côté gauche.

En ce qui concerne le périmètre des bras, il y a une différence de diamètre de 1 cm en défaveur du côté droit.

#### **8. Les observations cliniques réalisées sur M. N. \_\_\_\_\_ lors de son séjour à la Clinique G. \_\_\_\_\_ de [...] en 2004 sont-elles encore pertinentes?**

Non. Depuis cette époque, le patient a subi une nouvelle intervention chirurgicale qui a vraisemblablement en partie modifié la stabilité de cette épaule. Associé à l'augmentation de l'atrophie musculaire globale de cette coiffe, il a développé actuellement une certaine instabilité, surtout antéro-supérieure de cette épaule.

**9. Le status de l'épaule droite s'est-il notablement modifié depuis 2005, respectivement 2004, ou lui est-il superposable?**

A mon avis, le status de l'épaule droite s'est notablement modifié depuis 2005 puisque mon confrère, le Dr J. \_\_\_\_\_ et moi-même avons constaté une subluxation antéro-supérieure de cette épaule lors des mouvements passifs et actifs par disbalance musculaire qui n'avait jamais été décrite précédemment par mes confrères.

**10. La profession d'étancheur est-elle encore exigible pour M. N. \_\_\_\_\_?**

Non.

**11. Une activité sans port de charges supérieures à 25 kg, sans travail prolongé et répétitif au-dessus des épaules et sans travail de force avec le membre droit est-elle exigible pour M. N. \_\_\_\_\_?**

Non pour toutes les raisons qui ont déjà été décrites ci-dessus.

**12. Y a-t-il une contre-indication à ce que l'assuré travaille debout ou à hauteur d'établi?**

Non. La contre-indication n'est pas la position du patient, mais plutôt les douleurs constantes qu'il présente ainsi que la limitation fonctionnelle antalgique de son membre supérieur droit.

Ce sont ces dernières qui contre-indiquent une capacité de travail résiduel en l'état et non le fait que le patient soit debout ou assis.

**13. M. N. \_\_\_\_\_ pourrait-il travailler dans un milieu industriel?**

Non, comme cela a d'ailleurs déjà été confirmé lors de son stage de reclassement professionnel effectué sous couvert de l'AI.

**14. Quelles sont les activités professionnelles que M. N. \_\_\_\_\_ pourrait accomplir avec une pleine capacité de travail médico-théorique?**

Pour toutes les raisons déjà mentionnées ci-dessus, à mon avis, il n'y a aucune activité professionnelle qui est exigible en l'état avec un rendement suffisant pour être reclassable sur marché du travail.

Le simple fait d'avoir des douleurs constantes perturbe la qualité de vie et le sommeil et l'empêche de pouvoir se concentrer et en conséquence d'effectuer une tâche quelle qu'elle soit sur plusieurs heures.

**15. Des raisons scientifiques ou médicales empêchent-elles l'exercice à plein temps d'une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré?**

Oui. Une douleur importante chronique qui augmente à la moindre sollicitation abaisse le seuil de résistance global à la douleur et

empêche tout état de concentration de manière suffisamment importante pour permettre une activité quelconque, qu'elle soit professionnelle ou non, sur plusieurs heures par jour."

**e)** Par décision du 16 septembre 2008, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 16 mai 2007 (cf. lettre B.a supra), l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2003 sur la base d'un degré d'invalidité de 42%.

**C. a)** L'assuré, représenté par l'avocate Katia Elkaim, recourt contre cette décision par acte du 24 novembre 2008. S'appuyant sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ du 25 juin 2008 (cf. lettre B.d supra), il conclut principalement à la réforme de cette décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2003, et subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

**b)** Dans sa réponse du 6 mars 2009, l'OAI indique qu'il a soumis l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ du 25 juin 2008 au Service médical régional (ci-après: le SMR) pour appréciation et qu'il se rallie à l'avis médical SMR établi le 27 février 2009 par le Dr L. \_\_\_\_\_. Selon cet avis, l'expertise confirme les diagnostics déjà connus et le seul élément nouveau consiste en une possible et légère péjoration après la dernière intervention chirurgicale du Dr M. \_\_\_\_\_; contrairement aux experts de la Clinique G. \_\_\_\_\_ et au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W. \_\_\_\_\_ estime qu'une activité adaptée n'est pas exigible, en se fondant sur des critères subjectifs (douleurs, fatigue); le Dr L. \_\_\_\_\_ considère que l'expérience montre que les douleurs résiduelles peuvent diminuer de 20% environ le rendement au travail, et propose donc d'admettre tout au plus une diminution de rendement sur un plein temps. Sur cette base, l'OAI propose de corriger le revenu d'invalidé, qui se monte dès lors à 38'935 fr. 60. Il en résulte un taux d'invalidité de 54%, ouvrant le droit à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> juin 2003. L'OAI préavise par conséquent pour l'admission partielle du recours dans ce sens et renvoie pour le surplus à sa décision du 16 septembre 2008 ainsi qu'à son courrier du 12 mars 2008.

**c)** Dans le cadre de la cause AA 50/07 opposant l'assuré à la CNA (cf. lettre A.g supra), le tribunal a demandé au Dr M.\_\_\_\_\_, chef du Service d'orthopédie et de traumatologie à l'Hôpital A.\_\_\_\_\_, de se déterminer sur l'évolution de la santé de l'assuré et sur l'exigibilité d'une intervention chirurgicale pour mettre en place une prothèse de l'épaule inversée. Le Dr M.\_\_\_\_\_, qui a revu en consultation l'assuré le 5 mai 2009, a rendu son rapport le 7 mai 2009 en précisant que "le but de la présente évaluation est de déterminer s'il existe une indication à la mise en place d'une prothèse totale de type inversée". Dans ce rapport, le Dr M.\_\_\_\_\_ expose que la situation s'est aggravée progressivement depuis le dernier contrôle dans son service le 24 mai 2005, notamment sur le plan des douleurs; une reprise de l'activité professionnelle n'a pas été possible; le patient a été évalué en mars 2007 par le Dr J.\_\_\_\_\_ qui a évoqué la possibilité d'une révision chirurgicale avec mise en place d'une prothèse totale d'épaule de type inversée; le Dr M.\_\_\_\_\_ ne retient pas d'indication à une telle révision chirurgicale, au motif que le patient ne présente pas d'épaule pseudoparalytique, qu'il n'y a pas d'omarthrose secondaire et que l'assuré se situe par ailleurs dans une classe d'âge (55 ans) pour laquelle la prothèse d'épaule inversée n'est en principe pas proposée.

**d)** Dans sa réplique du 2 juillet 2009, le recourant estime que l'avis médical SMR du 27 février 2009 est critiquable sur de nombreux points: la péjoration de l'état de santé n'est pas légère; par ailleurs, le Dr W.\_\_\_\_\_ explique objectivement le caractère invalidant des douleurs, et il n'y a pas lieu d'appliquer un pourcentage de 20% indépendamment des circonstances du cas d'espèce. Vu l'ancienneté du rapport de la Clinique G.\_\_\_\_\_, de l'évolution de l'état de santé du recourant et du fait que le Dr W.\_\_\_\_\_ a été mandaté à titre d'expert dans le cadre d'une procédure judiciaire, il n'y a pas lieu de s'écarter de son avis selon lequel la capacité de travail du recourant est nulle. Le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 7 mai 2009 constate également que la situation du recourant s'est aggravée progressivement, notamment sur le plan des douleurs, à tel point qu'une reprise de l'activité professionnelle n'a pas été possible; une

opération n'est pas envisagée en raison de l'âge du recourant (55 ans). Enfin, pour retenir un certain revenu dans une activité adaptée, l'OAI se réfère à des activités répétitives dans le secteur industriel, qui seraient exclues par le COPAI. Le recourant, qui rappelle qu'il conteste également le revenu retenu par l'OAI dans l'activité d'étancheur (cf. lettre B.b supra), confirme donc les conclusions de son recours.

**e)** Dans sa duplique du 10 août 2009, l'OAI indique qu'en l'état, il n'a rien à ajouter à la décision contestée. Il indique toutefois qu'il ne possède pas le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 7 mai 2009 et qu'il lui semble important de pouvoir en prendre connaissance, de sorte qu'il requiert sa production.

Sur requête du juge instructeur, le recourant produit le 20 août 2009 le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 7 mai 2009 (cf. lettre C.c supra).

**f)** Par écriture du 17 septembre 2009, l'OAI déclare se rallier à la prise de position du SMR du 14 septembre 2009, dans laquelle le Dr L. \_\_\_\_\_ indique que le Dr M. \_\_\_\_\_ ne s'exprime pas sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail, mais qu'il ressort du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ que le status n'a que peu changé depuis 2005, ce qui confirme l'appréciation du SMR selon laquelle il persiste une exigibilité dans une activité adaptée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; 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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique dès son entrée en vigueur (art. 117 LPA-VD) 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)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 24 novembre 2008 par N.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 16 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Ce recours a été interjeté en temps utile dès lors que la décision attaquée, envoyée initialement par erreur à l'ancienne adresse du conseil du recourant, a été retournée à l'expéditeur et réacheminée sous pli du 24 octobre 2008 à la nouvelle adresse dudit conseil.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Le recourant conteste le revenu hypothétique sans invalidité fixé à 84'350 fr. 50 par la décision attaquée. Selon le rapport intermédiaire du 9 août 2006, ce gain a été établi en déterminant le

salaire horaire hypothétique du recourant au 1<sup>er</sup> janvier 2004 (fixé à 33 fr. 30) et en le multipliant par 45 heures et par 4.33 semaines, le salaire mensuel de 6'488 fr. 50 ainsi obtenu étant multiplié par 13 pour aboutir à un salaire annuel de 84'350 fr. 50.

**b)** Aux termes de l'art. 25 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) (en relation avec l'art. 28a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20] [jusqu'au 31 décembre 2007: art. 28 al. 2 LAI]), est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnés aux let. a à c de cette disposition, sans pertinence en l'espèce). Cette réglementation établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité; ce parallèle n'a toutefois pas valeur absolue et la jurisprudence admet quelques rectificatifs, par exemple si une diminution ou une augmentation extraordinaire du revenu pendant une période déterminée est dûment établie (cf. arrêt I 499/97 du 23 novembre 1998, in SVR 1999 IV n° 24 p. 71).

**c)** Le recourant critique le fait que l'autorité intimée n'ait pas inclus dans son calcul les indemnités de vacances de 10.17%. Le mode de calcul appliqué par l'autorité intimée (salaire horaire multiplié par 45 heures puis 4.33 semaines et enfin par 13 mois) équivaut à une annualisation du salaire qui est ainsi réputé continuer à être versé pendant les vacances. Cette annualisation inclut donc les vacances (TFA I 97/05 du 13 avril 2006, consid. 4.2), de sorte que le grief du recourant se révèle infondé.

Le recourant critique en outre l'absence d'indemnisation pour jours fériés. Cette critique est également infondée en raison de l'annualisation du salaire, dès lors que le salaire est aussi réputé versé lors de jours fériés.

Le recourant critique enfin la non-reprise de la gratification de 3'200 fr. qui lui avait été versée en janvier 2002 pour l'année 2001. Cette gratification n'est pas calculée en pourcentage du salaire horaire. Elle dépend des résultats de l'entreprise et constitue ainsi une expectative et non un droit du salarié. C'est donc à juste titre que l'autorité intimée ne l'a pas incluse dans le revenu hypothétique sans invalidité.

**3.** Il est incontesté que la capacité de travail du recourant dans son ancienne activité d'étañheur est nulle. Est en revanche litigieuse la question de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, élément décisif pour la détermination du degré d'invalidité et donc de la rente d'invalidité à laquelle le recourant peut prétendre.

**a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 et à une rente

entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**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 256 consid. 4; TF 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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. 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 et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2).

**c)** En l'espèce, selon le rapport de la Clinique G.\_\_\_\_\_ du 19 mai 2004 (cf. lettre A.b supra) et selon le rapport d'examen final du 20 juin 2005 de la Dresse H.\_\_\_\_\_ (cf. lettre A.d supra), la capacité de travail du recourant restait entière dans une activité adaptée avec les restrictions suivantes: pas de port de charges supérieures à 25 kg, pas de travail prolongé et répétitif au-dessus du plan des épaules, pas de travail de force avec le membre supérieur droit.

Selon le rapport du COPAI du 28 février 2006 (cf. lettre A.e supra), les capacités physiques du recourant étaient compatibles avec un emploi léger en position assise ou debout, avec possibilité d'en changer, non répétitif, à plein temps et rendement proche de la normale, dans le circuit économique normal; les métiers et/ou activités permettant d'envisager une pleine capacité de travail étaient en particulier employé (ou gérant) de station-service, animateur en EMS ou conseiller à la vente;

le secteur industriel léger n'était pas retenu, car l'atteinte invalidante ne permettait pas à l'assuré d'y avoir une pleine capacité.

La Dresse H.\_\_\_\_\_ a maintenu dans son second rapport daté du 23 juin 2006 (cf. lettre A.f supra) que la capacité de travail médico-théorique du recourant restait entière avec les mêmes limitations fonctionnelles que celles mentionnées dans le rapport du 20 juin 2005, et a relevé que les masses musculaires du membre supérieur droit attestaient d'une fonction globale bien meilleure que ce qu'annonçait l'assuré.

Se référant à cet avis médical, le spécialiste de la Division réadaptation de l'OAI a estimé dans son rapport intermédiaire du 9 août 2006 (cf. lettre A.f supra) que compte tenu des limitations fonctionnelles définies (restriction des charges répétitives à 25 kg, pas de travail au dessus du plan des épaules de manière prolongée ou répétitive, pas de travail en force avec le membre supérieur droit), un travail de production en milieu industriel était tout à fait possible; en effet, il n'y avait aucune restriction concernant la possibilité d'exercer une activité manuelle légère à hauteur d'établi, seuls les mouvements répétitifs au-dessus du niveau des épaules devant être évités.

Dans son rapport d'expertise judiciaire établi le 25 juin 2008 dans le cadre de la cause AA 50/07 opposant l'assuré à la CNA (cf. lettre B.d supra), le Dr W.\_\_\_\_\_ établit les limitations fonctionnelles du recourant comme suit, dans ses réponses aux questions du conseil de l'assuré (question 9a):

"En l'état actuel, le membre supérieur droit est très peu fonctionnel puisque le patient ne peut pas l'utiliser au-dessus de l'horizontal, ne peut pas l'utiliser en suspension même sans charge. De plus, même si un appui est trouvé pour ce membre supérieur droit, il ne peut pas rester longtemps dans une telle position pour pouvoir effectuer un travail de manière régulière avec un rendement correct.

Par là-dessus, il faut ajouter le fait que le patient a vraisemblablement de la peine à se concentrer sur une longue durée car les douleurs chroniques finissent par être psychologiquement

difficiles à supporter et abaissent le seuil de tolérance, surtout si la qualité du sommeil nocturne n'est pas bonne."

Le Dr W.\_\_\_\_\_ en a tiré les conclusions suivantes, dans sa discussion:

"Sur le plan professionnel en l'état actuel, estimer qu'il [le recourant] a une capacité totale dans un travail léger, non répétitif, sans surélévation des bras au-dessus de l'horizontal et en pouvant bouger régulièrement me paraît très illusoire.

Dès le moment où on a des douleurs constantes, jour et nuit, qui augmentent d'intensité au moindre effort et surtout qui vous empêchent d'avoir un sommeil réparateur, sans réveil fréquent, espérer que le lendemain on puisse être capable de se concentrer plusieurs heures et avoir un rendement efficace est peu plausible."

Interrogé par le conseil de la CNA (question 12) sur le point de savoir s'il y a une contre-indication à ce que l'assuré travaille debout ou à hauteur d'établi, le Dr W.\_\_\_\_\_ a répondu que la contre-indication n'est pas la position du patient, mais plutôt les douleurs constantes qu'il présente ainsi que la limitation fonctionnelle antalgique de son membre supérieur droit; ce sont ces dernières qui contre-indiquent une capacité de travail résiduelle en l'état et non le fait que le patient soit debout ou assis.

Cela étant, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé dans ses réponses aux questions du conseil de la CNA (question 14) qu'il n'y a aucune activité professionnelle qui soit exigible en l'état avec un rendement suffisant pour être reclassable sur le marché du travail. Il a justifié cette conclusion par le fait qu'une douleur importante chronique qui augmente à la moindre sollicitation abaisse le seuil de résistance global à la douleur et empêche tout état de concentration de manière suffisamment importante pour permettre une activité quelconque, qu'elle soit professionnelle ou non, sur plusieurs heures par jour.

**d)** Il résulte ainsi du rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ que ce sont les limitations fonctionnelles antalgiques du membre supérieur droit du recourant qui contre-indiquent selon lui une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectives définies par la Clinique G.\_\_\_\_\_ et par la Dresse H.\_\_\_\_\_.

dans la mesure où une douleur importante chronique abaisse le seuil de résistance global à la douleur et empêche tout état de concentration de manière suffisamment importante pour permettre une activité quelconque sur plusieurs heures par jour.

Dans la partie anamnèse de son rapport (p. 16-17), le Dr W.\_\_\_\_\_ qualifiait toutefois de modérées les douleurs chroniques telles que communiquées par le recourant, exposant à cet égard ce qui suit:

"Les plaintes de cette épaule droit sont des douleurs continues, jour et nuit, mais modérées, ne nécessitant pas la prise systématique d'un antalgique ou d'un anti-inflammatoire. [...] Les douleurs augmentent souvent le soir et sont également plus fortes le matin au démarrage. [...] La nuit, il [le recourant] se réveille lorsqu'il se retourne et doit parfois se lever, faire quelques pas avant de se recoucher et de réussir à se rendormir. Ces réveils varient entre 1 et 3-4 fois [...]."

En comparaison, le rapport de la Clinique G.\_\_\_\_\_ du 19 mai 2004 relevait des douleurs survenant "surtout pendant les mouvements en abduction et les mouvements répétitifs" alors que les douleurs étaient "quasi nulles" quand le recourant n'utilisait pas son bras droit. Selon le rapport de la Dresse H.\_\_\_\_\_ du 20 juin 2005, il y avait, hormis les douleurs liées à un effort le bras en abduction, persistance d'un état douloureux subjectif, surtout nocturne, avec des douleurs quasi quotidiennes. Une année plus tard, la Dresse H.\_\_\_\_\_ rapportait que le recourant se plaignait à nouveau de douleurs (qui avaient diminué temporairement suite à une infiltration sous-acromiale faite en février 2006 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ pour lutter contre une recrudescence de douleurs) et qu'il avait de la peine à trouver une position antalgique la nuit.

L'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ selon lequel des douleurs chroniques modérées, ne nécessitant pas la prise systématique d'un antalgique ou d'un anti-inflammatoire, contre-indiqueraient l'exercice de toute activité professionnelle avec un rendement suffisant pour être exploitable sur le marché du travail n'est pas étayée ni convaincante. Au regard des éléments médicaux objectifs, si l'on peut admettre une

diminution du rendement au travail en raison des douleurs résiduelles, diminution que le Dr L.\_\_\_\_\_ estime à 20% dans son avis médical SMR du 27 février 2009 (cf. lettre C.b supra), on ne saurait admettre pour ce motif une diminution de rendement proche de 100% comme le fait le Dr W.\_\_\_\_\_.

Quant aux troubles de la concentration et du sommeil, ils ne peuvent être pris en considération pour établir la capacité de travail d'un assuré que si le caractère particulièrement invalidant est étayé par des constatations objectives précises (TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009, consid. 2.4.3). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Le Dr W.\_\_\_\_\_ n'a pas testé le pouvoir de concentration du recourant. La diminution du pouvoir de concentration n'est pas une constatation médicale, mais une estimation déduite de l'état chroniquement fatigué et algique du patient (cf. la réponse à la question 5b du conseil du recourant). Le fait que le recourant déclarait se réveiller entre 1 et 4 fois par nuit ne suffit pas pour nier toute capacité de travail. On relèvera à cet égard que le rapport du COPAI du 28 février 2006 attestait au recourant une bonne capacité d'attention, l'aptitude à terminer correctement les exercices sans se disperser et une continuité correcte. Il n'est pas démontré que l'évolution constatée depuis le stage au COPAI ait réduit de manière effective la capacité d'attention du recourant.

**e)** Au terme d'une appréciation de l'ensemble des avis médicaux au dossier, la Cour de céans estime qu'il y a ainsi lieu de retenir que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectives définies par la Clinique G.\_\_\_\_\_ et par la Dresse H.\_\_\_\_\_, le recourant conserve une pleine capacité de travail avec toutefois une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs résiduelles. C'est donc sur cette base qu'il y a lieu de déterminer le revenu d'invalidé en se référant, conformément à la jurisprudence (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb et 5a), aux salaires standardisés ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. En effet, ces données recouvrent un large éventail d'activités simples et répétitives, dont on doit admettre qu'un nombre significatif est adapté aux limitations

fonctionnelles du recourant (cf. TF I 112/06, I 111/06, I 372/06 et I 700/05 des 16 août, 19 avril, 25 et 12 janvier 2007).

**f)** Ainsi qu'on l'a vu, le revenu sans invalidité, arrêté à 84'350 fr. 50 par l'OAI, n'est pas critiquable (cf. consid. 2 supra). Il en va de même du calcul du revenu d'invalidé tel qu'effectué par l'OAI sur la base des salaires statistiques, sous réserve du fait que ce n'est que le 80% du revenu ainsi déterminé par l'OAI – et arrêté à 48'669 fr. 50 (cf. lettre B.a supra) – qui doit être pris en considération en raison de la diminution de rendement de 20% liée aux douleurs résiduelles (cf. consid. 3e supra). Le recourant critique la fixation du revenu d'invalidé à 48'669 fr. 50 pour une activité à plein temps et avec plein rendement, estimant que l'OAI aurait dû opérer sur le revenu d'invalidé ressortant des données statistiques l'abattement maximal de 25% admis par la jurisprudence (cf. lettre B.b supra).

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81).

En l'espèce, l'autorité intimée a retenu un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son âge. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la

critique et la cour de céans n'a aucun motif d'y substituer une appréciation différente.

**g)** Le degré d'invalidité doit par conséquent être fixé en comparant un revenu sans invalidité de 84'350 fr. 50 avec un revenu d'invalidité de 38'935 fr. 60 (80% de 48'669 fr. 50). Il en découle une perte de gain de 45'414 fr. 90 et donc un degré d'invalidité de 53.84%, arrondi à 54% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

**4. a)** Il résulte de ce qui précède que, suivant le préavis de l'autorité intimée (cf. lettre C.b supra), le recours doit être partiellement admis et la décision du 16 septembre 2008 réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente entière d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 54%, dès le 1<sup>er</sup> juin 2003.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

Dès lors, seul un émolument judiciaire réduit, qu'il y a lieu d'arrêter à 250 fr., sera mis à la charge du recourant, dans la mesure où celui-ci succombe partiellement (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit de la part de l'intimé à des dépens réduits, qu'il convient d'arrêter équitablement à 1'200 fr. (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 16 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 54%, dès le 1<sup>er</sup> juin 2003.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant.
- IV. Une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs), à verser au recourant à titre de dépens réduits, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Muriel Vautier Eigenmann, avocate remplaçant Me Elkaim (pour N. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :