

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 janvier 2011

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     M.     Dind et Mme Pasche  
Greffière     :     Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à Crissier, recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** C.\_\_\_\_\_, né en 1963, est entré au service de X.\_\_\_\_\_ à [...] en juin 1984 comme ouvrier d'usine. Cette entreprise s'est par la suite scindée en plusieurs entités, raison pour laquelle l'intéressé a travaillé dès le 1<sup>er</sup> mars 1996 en qualité de chef d'équipe à 100 % (activité principale) auprès des F.\_\_\_\_\_ à [...], entreprise de fabrication de [...], et parallèlement dès le 1<sup>er</sup> novembre 1999, également en qualité de concierge à raison de 56 heures par mois (activité accessoire) d'un bâtiment administratif de R.\_\_\_\_\_ à [...]. Le 3 juin 2002, l'expulsion d'une plaque pesant au moins 50 kg contre le ventre de l'assuré, alors que ce dernier était en train de déboulonner une machine à air comprimé, a entraîné un poly-traumatisme, l'intéressé ayant par ailleurs été projeté contre le moteur d'un coupeur lui déchirant la fesse gauche sur 30 cm. Transporté au W.\_\_\_\_\_ à [...], l'assuré a subi le jour même une intervention pratiquée par le Dr G.\_\_\_\_\_, chef de clinique-adjoint au service de chirurgie, sous la forme d'une laparotomie exploratrice avec suture de perforation de l'intestin grêle et drainage d'hémipéritoine et résection de l'intestin grêle d'environ 40 cm, ainsi que par le Dr Z.\_\_\_\_\_ du service de traumatologie, sous la forme d'une révision et suture de plaie de la cuisse et de la fesse gauches. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA).

En cours d'hospitalisation, l'intéressé a signalé une douleur à l'épaule droite et le bilan radiologique a mis en évidence un escalier de l'articulation acromio-claviculaire droite, consécutif à une entorse acromio-claviculaire. Le cas a été traité par écharpe. En date des 8 novembre et 4 décembre 2002, l'assuré a bénéficié de l'excision du décollement sous-cutané de la fesse gauche dû à un sérome. Les suites opératoires ont en effet été difficiles en raison de streptocoque alpha-hémolytique, de staphylocoque et de corynebacteria, la récurrence de l'abcès conduisant à une nouvelle cure chirurgicale de la fesse gauche le 6 février 2003.

Dans un rapport médical du 28 avril 2003, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a préconisé un séjour à la Clinique D.\_\_\_\_\_, afin de diminuer la symptomatologie douloureuse de la fesse, améliorer la fonction musculaire et évaluer l'état abdomino-digestif et de l'épaule droite. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a également ajouté que l'assuré souhaitait reprendre son travail d'auxiliaire de fabrication, si bien qu'une évaluation fonctionnelle et le cas échéant un reconditionnement ciblé pouvaient également être pratiqués durant le séjour en vue d'une reprise progressive du travail dans la conciergerie puis comme auxiliaire de fabrication.

**b)** L'assuré a finalement séjourné du 12 juin au 15 juillet 2003 à la Clinique D.\_\_\_\_\_ pour une physiothérapie intensive et une évaluation professionnelle en raison d'un déficit fonctionnel, de douleurs et d'un déconditionnement physique. Dans un rapport du 19 août 2003 établi à l'issue du séjour à la Clinique D.\_\_\_\_\_, les Drs K.\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de réadaptation générale et Q.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au service précité, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z.50.1) et les diagnostics secondaires de neuropathies multiples du membre inférieur gauche (fémoro-cutanées, partielles du nerf cutané postérieur de la cuisse, de plaie délabrante de la cuisse gauche et sérome surinfecté, de neuropathie radiale droite séquellaire en juin 2002 et de perforation du grêle avec hémopéritoine en juin 2002). Ils ont ajouté que l'assuré souffrait en outre d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (idées de ruine, d'insuffisance et soucis quant à l'avenir), le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, n'ayant toutefois pas relevé de symptômes en faveur d'une dépression ou d'un syndrome de stress post-traumatique (rapport du 27 juin 2003 suite à un consilium psychiatrique du 18 juin 2003). Les Drs K.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont également constaté ce qui suit :

"L'évolution subjective a été néanmoins bonne puisque le patient ressent plus de souplesse, moins de tensions dans les cuisses, avec une amélioration de son état général. Si les douleurs restent identiques, elles apparaissent plus tard lors des exercices. L'évolution objective est également bonne avec une augmentation de l'extensibilité, de la force musculaire et de l'endurance. Le patient a ainsi augmenté

les capacités fonctionnelles lui permettant de s'asseoir de façon correcte, de se mettre à genou, de s'accroupir et de s'habiller seul. Il a pu effectuer une marche d'au moins deux heures.

Un programme de physiothérapie ambulatoire a été établi visant le renforcement musculaire, la poursuite de l'assouplissement, de la face latérale de la cuisse et des cicatrices et la poursuite du stretching du MI.

(...)

Lors de son passage à l'atelier professionnel il a été déterminé que le poste qu'occupait M. C. \_\_\_\_\_ est un poste exigeant, nécessitant une bonne condition physique. Il doit pouvoir porter des charges, se déplacer avec elles et travailler dans des positions difficiles.

A la sortie, les capacités du patient ne permettent pas une reprise de son ancien travail immédiatement. Cependant la situation n'est pas stabilisée et des gains sont encore attendus notamment grâce à la physiothérapie ambulatoire; ces gains devraient permettre d'envisager une reprise aménagée dans un premier temps ce que le patient pense possible au sein de l'entreprise. La situation clinique doit donc être réévaluée dans 4 semaines".

Au vu de ces éléments, les Drs K. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ ont estimé que la capacité de travail actuelle de l'intéressé dans la profession de chef d'équipe dans une usine de fabrication de briques était nulle, la situation n'étant pas stabilisée et des gains étant encore à attendre.

Dans un rapport médical du 9 octobre 2003, la Dresse L. \_\_\_\_\_, remplaçante du médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé qu'il y avait lieu d'envisager une remise de l'assuré dans le circuit professionnel à 25 % à titre thérapeutique tout en précisant qu'un formulaire d'annonce à l'AI avait été remis à l'assuré en cours de consultation, son cas devant être rapidement annoncé pour des mesures professionnelles. La Dresse L. \_\_\_\_\_ a en outre considéré que la situation n'était pas stabilisée et que l'incapacité de travail de l'intéressé était totale dans son ancienne activité, une reprise partielle dans une activité légère devant être cependant possible dans le futur, à un taux qui serait à apprécier selon le résultat de l'essai thérapeutique. Des limitations étaient en outre mises en évidence pour la position assise prolongée ou pour les activités nécessitant la position à genoux ou l'antépulsion du tronc.

**B. a)** Dans l'intervalle, soit en date du 10 octobre 2003, C.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Dans un rapport médical du 5 décembre 2003, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et traitant de l'assuré a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient de lésion délabrante de la fesse et de la cuisse gauche, de perforation digestive grêle et hémopéritoine, d'entorse acromioclaviculaire droite depuis juin 2002, ainsi que de séquelles au niveau du bras droit suite à un accident survenu le 24 février 1989 ayant entraîné un écrasement dans une machine au niveau du tiers proximal du bras droit, de status après neurolyse du nerf radial au bras et à l'avant-bras le 8 juin 1989, d'éventration depuis juin 2002 et de périarthrite de la hanche gauche. Il a cependant estimé que le reflux gastro-oesophagien, ainsi que les varices des membres supérieurs prédominant à gauche n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de son patient. Il a dès lors retenu, au vu des diagnostics précités, une incapacité totale de travail dès le 3 juin 2002 dans l'activité exercée jusqu'ici, en évoquant la possibilité d'une activité sédentaire à temps partiel, excluant la contribution du bras droit pour des activités de force et permettant des changements fréquents de position sans station debout prolongée.

**C. a)** Un examen EMG du 22 décembre 2003 pratiqué par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a démontré des signes de dénervation totale du grand fessier gauche, l'état étant considéré comme définitif. L'examen EMG de contrôle pratiqué à cette occasion pour des séquelles d'une paralysie radiale droite datant de l'accident du 24 février 1989, a mis en évidence un déficit fonctionnel modéré des extenseurs de la main et des doigts comparables à celui effectué en 1991 (rapport du 26 janvier 2004 adressé au Dr B.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 10 juin 2004 faisant suite à un examen médical final, le Dr H. \_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit :

"Dans l'état actuel, nous ne voyons pas de traitement susceptible d'améliorer la situation de façon notable. On peut encore s'attendre à une légère amélioration spontanée par des phénomènes d'adaptation.

A l'examen de ce jour, nous constatons quelques signes d'amplification et de non organicité. Les plaintes sont décrites plus haut.

Objectivement, on constate une amyotrophie significative de la fesse gauche. En revanche, nous n'avons pas constaté d'amyotrophie de la cuisse ni du mollet. Quelques signes de périarthrite de la hanche gauche sont également notés mais sans traduction sur l'amplitude articulaire qui est assez bien conservée.

Légère laxité résiduelle de l'acromio-claviculaire droite sans limitation de l'amplitude articulaire de l'épaule.

On note également une hypoesthésie proximale de la cuisse.

La situation doit à présent être considérée comme stabilisée. Il convient dès à présent de relancer le processus de reclassement par les soins de l'AI. Sur le plan thérapeutique, on admettra encore la prescription ponctuelle d'antalgiques, le cas échéant, combinée avec cure ponctuelle de physiothérapie (environ 12 à 15 séances par année).

**Exigibilité :**

Cet assuré pourrait vraisemblablement retrouver une capacité de travail entière dans un travail léger effectué principalement en position debout et permettant de courts déplacements avec possibilité d'introduction de pauses et de courts moments en position assise (ne dépassant pas 10 minutes d'affilée)".

**b)** Compte tenu des limitations décrites dans les rapports médicaux précités, des précisions mentionnées par le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 juin 2004 et des réserves émises par l'assuré, l'OAI a estimé qu'il y avait lieu de mettre en place un stage d'observation au COPAI [...] afin de déterminer la capacité réelle de travail de l'assuré et de situer dans quel domaine il pourrait être dirigé (rapport initial de l'OAI du 16 juillet 2004). L'intéressé a finalement débuté son stage à 100 % en date du 18 octobre 2004 pour une durée de 4 semaines soit jusqu'au 12 novembre 2004. Après deux semaines d'activité, l'assuré s'est plaint de

douleurs insupportables allant des pieds à la tête et à la demande du COPAI, l'OAI a accepté une diminution du taux d'activité de 100 à 50 % (entretien téléphonique du 1<sup>er</sup> novembre 2004). Dans son rapport du 30 novembre 2004, le COPAI a relevé que l'assuré avait démontré de bonnes capacités dans l'assimilation de nouvelles consignes ou de nouvelles compétences professionnelles tant sur le plan pratique que théorique. Cependant au vu des rendements mesurés et du temps de présence dans les ateliers, le taux de rendement était inférieur à 30 % avec une présence diminuée à la mi-journée. En sa qualité de médecin-consultant, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a considéré que l'assuré présentait un handicap important, incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Le COPAI a dès lors conclu que l'intéressé présentait trop de limitations physiques pour être actif dans le milieu économique, ceci même à temps partiel, le COPAI n'ayant par ailleurs pas été en mesure de nommer une activité adaptée aux multiples atteintes à la santé de l'intéressé.

Par lettre du 22 juillet 2004, R. \_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail de son employé avec effet au 30 septembre 2004. Par courrier du 23 novembre 2004, l'entreprise des F. \_\_\_\_\_ a informé l'assuré du terme définitif de son contrat de travail depuis le 18 octobre 2004, soit après 720 jours du versement d'une indemnité journalière pour perte de salaire.

**c)** L'OAI a dès lors décidé de soumettre le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR) en raison d'une discordance entre l'avis de la CNA (activité raisonnablement exigible) et les conclusions du COPAI (limitations fonctionnelles importantes peu compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle). Par avis médical du 31 mars 2005, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rangé à l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ et a attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 % en raison de l'inconfort positionnel et des douleurs.

**d)** Dans l'intervalle, soit en date du 13 janvier 2005, l'intéressé a subi une intervention chirurgicale consistant en une cure d'éventration.

Dans un rapport médical du 14 juin 2005, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que l'assuré avait été convoqué pour faire le point, dans la mesure où il ne s'était pas présenté auprès de son employeur, alors qu'un rapport intermédiaire du 19 mai 2005 mentionnait qu'il était apte à reprendre le travail le 26 mai 2005. Après avoir procédé à un examen clinique de l'intéressé, le Dr S.\_\_\_\_\_ a conclu que la situation n'avait pas subi d'évolution sur le plan des lésions de la fesse gauche et de l'articulation acromio-claviculaire droite. La déshiscence pariétale abdominale avait été corrigée par une intervention et la pose d'un filet. L'assuré était encore gêné par la persistance d'un séro-hématome qui, à la longue, devait se résorber. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a dès lors exclu la reprise du travail dans l'ancienne activité. Par contre, il a estimé qu'il était hautement souhaitable qu'il puisse trouver une occupation dans un travail léger lui permettant de surmonter ses difficultés psychosociales et probablement de diminuer sa consommation médicamenteuse.

La CNA a, par courrier du 21 décembre 2005, informé l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance avec effet au 28 février 2006 en raison de la fin du traitement. Dans un rapport médical intermédiaire du 12 mai 2006 adressé à la CNA, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient avait été en consultation au service de chirurgie du W.\_\_\_\_\_ le 11 mai 2006, suite à la demande du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin associé au service d'anesthésiologie/consultation d'antalgie au W.\_\_\_\_\_ après l'échec d'un traitement par AINS, ultrasons et stimulation par un tens.

**e)** Par décision du 23 février 2007, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 56 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % ascendant à 16'020 fr. Suite à l'opposition formée par l'assuré en date du 14 mars 2007, la CNA a annulé sa décision, repris le versement de l'indemnité journalière dès le 1<sup>er</sup> mars 2006 et mis en œuvre une expertise psychiatrique.

**f)** Par décision du 7 novembre 2008, confirmant un projet de décision du 21 septembre 2007, l'OAI a octroyé à C.\_\_\_\_\_ une demi-rente d'invalidité avec effet au 3 juin 2003 (fin du délai d'attente d'un an). L'OAI a ainsi retenu que la capacité de travail de l'intéressé dans l'activité habituelle était nulle, alors qu'elle était entière dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20 %. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'557 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2003, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux en 2003 (+ 1.40 %), d'une activité de substitution de 80 % et d'un abattement de 5 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 43'932 fr. 70. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 101'544 fr. indexé à 2003, mettait en évidence une perte de gain de 57'611 fr. 30, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 56.73 %, taux permettant d'ouvrir le droit à une demi-rente. Compte tenu du taux d'invalidité retenu, l'OAI a considéré que des mesures professionnelles n'étaient plus à envisager, car elles ne pouvaient permettre de réduire davantage le préjudice économique.

**D. a)** Par acte de son mandataire du 8 décembre 2008, l'assuré recourt contre la décision du 7 novembre 2008 de l'OAI en concluant à l'admission du recours, principalement à la reconnaissance d'une rente d'invalidité totale dès le 3 juin 2003, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, au renvoi de l'affaire à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. En substance, il conteste le revenu sans invalidité en indiquant que la CNA a retenu un revenu de 108'074 fr. basé sur les revenus réalisés dans l'année précédant son accident, montant indexé en 2006 à 110'860 fr., alors que l'OAI s'est basé sur un revenu de 101'544 fr. sans véritable explication. Il conteste également le revenu avec invalidité, notamment le taux de rendement et le taux d'abattement finalement retenus. Il se plaint

également de la constatation inexacte des faits, le rapport du SMR ne décrivant aucunement les limitations fonctionnelles actuelles et ne tenant pas compte des derniers rapports médicaux de la CNA et de l'opération chirurgicale intervenue en janvier 2005. A ce propos, le recourant relève que la CNA par décision du 9 août 2007 a finalement annulé sa décision du 23 février 2007 fixant à 56 % son degré d'invalidité et qui était basé sur le rapport final du Dr H.\_\_\_\_\_, établi en juin 2004. Le rapport du SMR du 31 mars 2005 se référant uniquement au rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ n'a donc aucune valeur probante. Enfin, le recourant soutient que l'intimé a violé son droit d'être entendu en considérant que les constatations faites lors du stage au COPAI par la Dresse V.\_\_\_\_\_ n'étaient médicalement pas justifiées, alors que l'OAI n'invoque aucun élément qui permettrait de remettre en cause ce rapport précis et détaillé émanant de spécialistes socioprofessionnels et médicaux de la réadaptation.

**b)** Dans sa réponse du 23 février 2009, l'intimé a indiqué que même si les revenus avec et sans invalidité différaient de ceux de la CNA, le taux retenu était finalement identique. L'abattement de 5 % était équitable, puisqu'il avait déjà été tenu compte des limitations fonctionnelles de l'assuré dans la diminution de rendement. Compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) relative à l'évaluation de la capacité de travail ou de rendement par le biais d'un stage d'observation professionnelle, l'intimé a estimé qu'il n'avait aucune raison de s'écarter de l'appréciation des médecins de la CNA qui avaient retenu une exigibilité médicale de 100 % dans une activité adaptée. L'intimée a dès lors conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

**c)** Dans sa réplique du 31 mars 2009, le recourant a constaté que le taux d'abattement retenu n'était pas suffisamment motivé, que la décision de l'intimé reposait sur un état de fait lacunaire et qu'il n'existait aucune expertise respectant les critères fixés par la jurisprudence pour déterminer son taux d'invalidité. Dans ces conditions, le recourant a conclu qu'il n'était pas possible de reconnaître une capacité de travail de 80 %, même dans une activité adaptée.

**d)** Dans sa duplique du 14 mai 2009, l'intimé a précisé qu'il avait retenu un revenu sans invalidité basé sur l'extrait de compte individuel soumis à AVS (revenus 2002, indexés à 2003), certes légèrement inférieur à celui de la CNA, car il ne tenait pas compte des allocations familiales. Le revenu sans invalidité était, quant à lui, fondé sur les statistiques de l'ESS, ce qui était une pratique admise par la jurisprudence fédérale.

**e)** Par décision du 16 décembre 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 63 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % ascendant à 16'020 fr. Par courrier du 1<sup>er</sup> février 2010, le recourant a indiqué qu'il avait formé opposition contre cette décision et que le degré d'invalidité retenu par l'intimé s'avérait en tout état de cause erroné par rapport à celui fixé par la CNA.

**f)** En date du 23 février 2010, l'intimé a rappelé que l'assurance-invalidité n'était plus liée de manière absolue par l'évaluation de l'assurance-accidents (ATF 133 V 549).

### **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'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit 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), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

**2.** Est litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé. Il s'agit dès lors d'examiner si celle-ci est conforme aux règles légales applicables, ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière.

**a)** Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'art. 7 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. L'assuré a droit à une rente s'il

est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra 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).

**3.** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail compte tenu des atteintes à la santé qu'il présente. L'intéressé soutient en effet, en s'appuyant sur les rapports de la Dresse V.\_\_\_\_\_ et du COPAI que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, alors que l'intimé considère pour sa part, en se basant sur les rapports de la CNA et du SMR, que la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée. Il n'y a pas lieu de se déterminer sur l'éventuel octroi de mesures d'ordre professionnel, l'assuré n'ayant pas pris de conclusion dans ce sens.

**a)** Sur le plan de la distorsion acromio-claviculaire, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a constaté qu'elle évoluait favorablement (rapport du 9 octobre 2003), le Dr H.\_\_\_\_\_ relevant que la laxité résiduelle de l'acromio-claviculaire était légère sans limitation articulaire de l'épaule (rapport du 10 juin 2004).

Les douleurs évoquées par l'assuré au niveau de l'avant-bras droit n'ont pas permis d'objectiver d'altérations supplémentaires expliquant les difficultés décrites par l'intéressé par rapport à l'examen neurologique pratiqué par le Dr J.\_\_\_\_\_ en date du 24 juin 2003. L'examen EMG de contrôle effectué à cette occasion pour des séquelles d'une paralysie radiale droite datant de l'accident du 24 février 1989, a mis en évidence un déficit fonctionnel modéré des extenseurs de la main et des doigts comparable à celui effectué en 1991 (rapport du 26 janvier 2004 adressé au Dr B.\_\_\_\_\_).

En réalité, l'assuré s'est essentiellement plaint de douleurs à la fesse et à la jambe gauches. Dans un rapport médical du 5 décembre 2003, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a estimé que la reprise de l'ancienne activité d'employé dans une fabrique de terre cuite n'était pas exigible et a évoqué la possibilité d'une activité sédentaire à temps partiel, excluant la contribution du bras droit pour des activités de force et permettant des changements fréquents de position sans station debout prolongée. La Dresse L.\_\_\_\_\_ a constaté une hypotrophie

fessière gauche assez marquée, mais la cicatrice était calme sans zones inflammatoires, toute la zone cicatricielle étant cependant hypoesthésique. Au vu de ces éléments, elle a considéré que l'incapacité de travail de l'intéressé était totale dans son ancienne activité, une reprise partielle dans une activité légère devant être cependant possible dans le futur, à un taux qui serait à apprécier selon le résultat de l'essai thérapeutique auprès de l'employeur de l'assuré. Des limitations étaient en outre mises en évidence pour la position assise prolongée ou pour les activités nécessitant la position à genoux ou l'antéflexion du tronc (rapport du 9 octobre 2003). Le Dr H. \_\_\_\_\_ a certes constaté une amyotrophie significative de la fesse gauche, ce qui n'était cependant pas le cas pour la cuisse ou le mollet. En outre, les signes de périarthrite de la hanche gauche étaient sans traduction sur l'amplitude articulaire qui est assez bien conservée. Concernant l'exigibilité, il a estimé que l'assuré pourrait vraisemblablement retrouver une capacité de travail entière dans un travail léger effectué principalement en position debout et permettant de courts déplacements avec possibilité d'introduction de pauses et de courts moments en position assise (ne dépassant pas 10 minutes d'affilée) (rapport du 10 juin 2004). Le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_ étayées par un examen clinique et par-clinique détaillé (rapport du 31 mars 2005).

Le 13 janvier 2005, l'assuré a subi une intervention chirurgicale sous forme d'une cure d'éventration avec apposition d'un filet de Mersilène en sublay. Dans son rapport du 14 juin 2005, le Dr S. \_\_\_\_\_ a rappelé que selon un rapport intermédiaire du 19 mai 2005, l'assuré avait été jugé apte à reprendre le travail le 26 mai 2005. L'assuré était encore gêné par la persistance d'un séro-hématome, qui à la longue devait se résorber. Ce praticien a en outre estimé que la situation était globalement superposable à celle décrite un an plus tôt sur le plan des lésions de la fesse gauche et de l'articulation acromio-claviculaire droite. Excluant toute reprise du travail dans l'ancienne activité, il a estimé qu'il était hautement souhaitable que l'assuré puisse trouver une occupation dans un travail léger lui permettant de surmonter ses difficultés

psychosociales et probablement de diminuer sa consommation médicamenteuse.

Sur le plan médico-théorique, l'ensemble des praticiens a ainsi exclu la reprise de l'activité habituelle de chef d'équipe dans une fabrique de terre cuite et a reconnu que le recourant présentait des douleurs essentiellement au niveau de la cuisse et de la jambe gauche.

**4. a)** La principale divergence concerne dès lors l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles. Sur ce point, l'OAI s'est fondé sur le rapport du 10 juin 2004 du Dr H. \_\_\_\_\_ qui a procédé à l'examen médical de l'assuré. Ce praticien a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant, procédé à un examen clinique et tenu compte des derniers éléments du dossier. Ce praticien a pu observer des signes de non-organicité selon Waddel (3/5) chez un assuré paraissant assez fixé sur sa douleur et le faisant parfois de façon légèrement ostentatoire et insistante. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a ainsi pu constater que le périmètre de la cuisse était de 54.5 cm à gauche et de 54 cm à droite, alors que le périmètre maximal du mollet était de 44 cm à gauche et de 43.5 cm à droite, concluant dès lors à l'absence d'amyotrophie de la cuisse et du mollet. Pour sa part, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a évoqué quelques symptômes d'amplification chez cet assuré (rapport du 9 octobre 2003).

**b)** Le recourant nie la valeur probante de l'avis médical du Dr H. \_\_\_\_\_ au motif que dans son rapport du 30 novembre 2004, le COPAI a retenu qu'au niveau des rendements mesurés et du temps de présence dans les ateliers, le taux de rendement exigible était inférieur à 30 % avec une présence diminuée à la mi-journée. L'équipe d'observation du COPAI a ainsi constaté que l'assuré était indéniablement limité au niveau du membre inférieur gauche et du bras droit chez un droitier. Confronté à des travaux et des postes prenant en compte toutes les contre-indications émises par les différents médecins, l'assuré n'a pas été

en mesure d'assumer son stage avec une présence en atelier sur toute la journée. En effet, dès la deuxième semaine, il n'a été présent que le matin, avec un jour d'absence la première semaine et deux la dernière semaine de la mesure. Malgré sa présence à la mi-journée, il a été constaté des rendements en diminution sur la durée avec des prestations manquant de fiabilité en fin de matinée et passant en dessous de 30 % au fil des jours. Ils ont précisé que l'assuré démontrait trop de limitations physiques pour être actif dans le milieu économique, ceci même à temps partiel tout en préconisant une activité occupationnelle quelques heures par jour. Dans ce cadre, l'assuré a confirmé que son inconfort positionnel constituait son principal empêchement de se réinsérer. Ce rapport se basait également sur les conclusions de la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin consultant au COPAI faisant état d'un handicap important chez l'assuré, incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

**c)** En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008, consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une

situation médicale controversée (TF 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3). Le juge ne peut ainsi pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter qu'il soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

**d)** Par conséquent, la Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé. En effet, sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités manuelles légères et simples, effectuées principalement en position debout et permettant de courts déplacements avec possibilité d'introduction de pauses et de courts moments en position assise (ne dépassant pas 10 minutes d'affilée). Il sied encore de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées).

Cela étant, la Cour de céans constate que le dossier en l'état ne permet pas de se déterminer en toute connaissance de cause. Ainsi, les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_ contenues dans son rapport du 16 juin 2004 ne sont absolument pas claires, puisqu'il a estimé que l'assuré "pourrait vraisemblablement retrouver une capacité de travail entière dans un travail léger", mais n'a donné aucune indication s'agissant du début de la capacité de travail de l'intéressé, le processus de reclassement par les soins de l'AI devant au préalable être relancé. A cela s'ajoute le fait que le Dr M. \_\_\_\_\_, dont l'avis a été requis après l'intervention subie par le recourant en date du 13 janvier 2005, ne s'est absolument pas déterminé ni sur la capacité de travail de l'assuré suite à cette opération, ni sur la date d'une reprise éventuelle d'activité, alors que l'assuré avait déjà suivi son stage d'observation professionnelle. Pour sa part, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait convoqué l'intéressé afin de faire le point, l'assuré ayant été jugé apte à reprendre le travail le 26 mai 2005 selon un rapport

intermédiaire du 19 mai 2005. A l'issue de l'examen clinique de l'assuré, le Dr S.\_\_\_\_\_, également médecin à la CNA, a préconisé tout au plus une activité de type occupationnel, à l'instar de la Dresse L.\_\_\_\_\_, sans indiquer les motifs pour lesquels il ne confirmait pas la reprise du travail dans une activité adaptée.

On doit dès lors admettre que les rapports des Drs H.\_\_\_\_\_, et M.\_\_\_\_\_, divergent par rapport à ceux des Drs P.\_\_\_\_\_, et S.\_\_\_\_\_, quant au type d'activité exigible, aucun des praticiens précités ne s'étant par ailleurs clairement et précisément prononcé à propos de la date à partir de laquelle le recourant aurait présenté une capacité de travail à raison de ses affections physiques. Dans ce contexte, on peine à comprendre sur quels critères s'est basé l'intimé pour justifier une capacité entière de travail dans une activité adaptée dès le 3 juin 2003, alors que l'ensemble des médecins consultés à l'époque ont estimé que la situation n'était pas stabilisée pour juger de la capacité de travail de l'assuré (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, du 28 avril 2003; de la Clinique D.\_\_\_\_\_, du 19 août 2003 et du Dr L.\_\_\_\_\_, du 9 octobre 2003).

**5.** Il incombera par conséquent à intimé, à qui la cause doit être renvoyée, de déterminer le type d'activité exigible et le début de la capacité de travail par les moyens qu'il jugera idoines.

Il convient dès lors d'admettre le recours pour les motifs que l'on vient d'exposer au considérant 4d, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision. Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 7 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que la cause est renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à C.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Guyaz à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :