

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 juin 2010

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Bonard et Gasser, assesseurs  
Greffier : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat,  
Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, Service juridique, à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI, 17 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_, né le [...], ressortissant [...], entré en Suisse en 1967, sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 juin 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey (ci-après : l'OAI), faisant état de lombalgies et d'une hernie discale depuis 1994 et tendant à un reclassement dans une nouvelle profession. Il travaillait depuis le 4 mars 2002 en qualité d' [...] sans diplôme pour le compte de l'entreprise [...], et a été licencié avec effet au 22 novembre 2002.

Dans un rapport médical du 3 septembre 2002, le Dr B.\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin traitant, a diagnostiqué des troubles statiques-lombosciatalgies, une hernie discale gauche L5-S1, une protrusion discale L3-L4 et une dysbalance musculaire. Il a indiqué que l'assuré avait été en incapacité de travail à 100 % du 15 février au 11 mars 2001, à 50 % du 12 au 19 mars 2001 et à 100 % du 24 mai au 2 juin 2002.

Dès le 6 janvier 2003, l'assuré a retrouvé un emploi à plein temps d' [...] auprès de la société G.\_\_\_\_\_.

Le 30 avril 2003, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en raison des contraintes liées à sa profession d' [...], son patient ne devrait pas l'exercer à plus de 50 %. Il a dès lors recommandé la poursuite d'une activité professionnelle, mais dans un poste léger adapté aux limitations fonctionnelles, par exemple dans un atelier.

Une aide au placement a débuté en avril 2004. Le 11 juin 2004, l'assuré a été victime d'une luxation de l'épaule gauche sur son lieu de travail, ce qui a conduit à une incapacité totale de travailler. Dans l'attente de nouvelles de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA) quant à la reprise de l'activité professionnelle, l'OAI a décidé d'interrompre l'aide au placement le 13 septembre 2004.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation, à Sion (ci-après : la CRR), du 4 janvier au 9 février 2005. Dans leur rapport du 18 mars 2005, les médecins ont posé les diagnostics suivants :

« Diagnostic(s) primaire(s) :

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1).

Diagnostics secondaires :

- Status après luxation antéro-inférieure et rupture partielle du supra-épineux de l'épaule gauche (T 42.3, T 92.5);
- Capsulite rétractile de l'épaule G (M 75.0);
- Lombalgies chroniques (M 54.5).

Co-morbidités :

- Trouble de l'adaptation avec réaction, mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22);
- Obésité (E 66.9) ».

Ils ont conclu que les constatations objectives corroboraient les douleurs et les limitations fonctionnelles annoncées par le patient au début de l'hospitalisation. Ils ont exposé que la prise en charge en physiothérapie avait amélioré les douleurs et les mobilités, mais que l'évolution de la capsulite serait longue. Partant, ils ont estimé que l'assuré était toujours incapable de travailler dans sa profession habituelle, mais qu'il pouvait reprendre son activité occupationnelle (petites réparations et rangements légers) de deux heures par jour qu'il effectuait chez son employeur avant son entrée en clinique.

L'inspecteur de la CNA s'est entretenu avec l'assuré sur son lieu de travail le 8 avril 2005. Ce dernier a déclaré qu'il ne suivait actuellement aucun traitement ni suivi psychologique et que son épaule gauche était encore très douloureuse.

Dans une lettre du 16 septembre 2005, le Dr Z.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, a indiqué que la reprise du travail à 60 % en septembre 2005 pendant une semaine dans l'activité habituelle s'était soldée par un échec, l'assuré ayant à nouveau présenté d'importantes

douleurs à l'épaule gauche. Il a estimé que l'activité d' [...] n'était pas adaptée et qu'une reconversion professionnelle devrait être envisagée.

L'assuré a séjourné aux ateliers professionnels de la CRR et effectué plusieurs stages en entreprise du 7 octobre au 2 décembre 2005. Dans un préavis du 4 novembre 2005, la coordinatrice AI de la CRR a préconisé la mise en œuvre par le conseiller en réadaptation de l'OAI d'un stage de trois mois auprès de l'entreprise [...]. Le 6 décembre 2005, les maîtres d'atelier ont considéré que l'intéressé pouvait travailler dans une activité en position debout, sans port de charges important et sans élévation des bras au-dessus du niveau des épaules.

Dans un rapport du 20 décembre 2005, les médecins de la CRR ont exposé que l'assuré ne pouvait plus exercer la profession d' [...], mais pouvait travailler à plein temps dès la fin de son séjour aux ateliers professionnels dans une activité adaptée, soit sans port de lourdes charges et sans mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale, bras loin du corps.

Début janvier 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a pris connaissance du rapport de la CRR du 20 décembre 2005 et estimé que l'assuré pouvait mettre en valeur sa capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas de sollicitations répétées de l'épaule gauche ou au-dessus de l'horizontale, ainsi que le port de charges supérieur à dix kilos.

Dans deux rapports médicaux des 22 et 27 février 2006, le Dr X.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a indiqué que l'assuré présentait un épisode aigu de lombalgies depuis le 17 janvier 2006 et que le traitement était terminé en ce qui concernait l'épaule gauche. A cause des lombalgies, il a estimé que l'intéressé ne pouvait plus reprendre son ancienne activité d' [...], mais qu'il pouvait exercer, pendant quatre à six heures par jour sans diminution de rendement, une activité légère, plutôt sédentaire, évitant les mouvements des membres supérieurs, les charges, tous les mouvements répétitifs et les travaux en porte-à-faux.

Par décision du 15 mars 2006, en raison des nouveaux éléments médicaux, l'OAI a mis fin aux versements des indemnités journalières d'attente effectués depuis le 2 décembre 2005, avec effet au 28 février 2006.

Le 14 mars 2006, le Dr N. \_\_\_\_\_ a apprécié le cas comme suit :

« On se trouve chez cet [...], né en [...], à présent sans emploi, à une 1 année et 9 mois d'une luxation de l'épaule gauche traitée par réduction et immobilisation dont l'évolution s'est compliquée d'une capsulite rétractile.

Après diverses mesures thérapeutiques dont un séjour à la CRR, l'évolution de l'épaule s'est avérée lentement favorable et les traitements sont à présent terminés à ce niveau.

Il subsiste des séquelles sous forme de douleurs résiduelles et d'une diminution de la fonction de l'épaule gauche qui présente une amyotrophie résiduelle avec un déficit d'abduction active qui ne dépasse pas 140°, une diminution des rotations et une amyotrophie résiduelle de l'épaule et du bras.

Bien que l'on puisse s'attendre à une légère amélioration spontanée de la mobilité avec le temps, ces séquelles peuvent être considérées comme suffisamment stabilisées pour permettre la liquidation asséculo-logique du cas et l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité qui fait l'objet d'une appréciation séparée.

On relèvera que cet assuré présente une comorbidité vertébrale avec lombalgie chronique.

Un épisode de lombosciatalgies droites subaiguës récent conduit à une IRM qui démontre une spondylarthrose lombaire avec des discopathies étagées.

La conjonction de la pathologie rachidienne et des limitations de l'épaule gauche ont conduit à la mise en route d'un processus de reclassement par l'assurance invalidité qui a dû apparemment être interrompu à la suite du dernier épisode lombaire subaigu.

A notre avis, ce dernier s'est suffisamment résorbé pour permettre le retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée soit dans le cadre d'une recherche d'emploi par l'assurance chômage ou dans le cadre de stages de reconversion professionnelle par l'assurance invalidité.

Exigibilité :

Cet assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans toutes activités n'exigeant pas de sollicitations répétées des bras au-dessus de l'horizontale. La comorbidité vertébrale exige également l'abstention du port de charge et la possibilité d'alternance des positions.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a plus de traitement susceptible d'améliorer notablement la situation au niveau de l'épaule gauche ».

Le 3 avril 2006, constatant que les investigations et examens étaient complets, le Service médical régional AI, à Vevey (ci-après : SMR), s'est rallié à l'appréciation de la CNA dans le sens de l'exigibilité d'une activité à plein temps avec limitations fonctionnelles depuis le 14 mars 2006, date de l'examen médical final de l'assureur-accidents.

Dans un rapport médical du 29 mai 2006, le Dr J.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (troubles statiques dégénératifs rachidiens avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal), une obésité et un status après luxation traumatique de l'épaule gauche et limitation séquellaire.

Le 29 mai 2006, le médecin-conseil du Service de l'emploi a considéré que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité légère de surveillance, de contrôle ou de production.

Dans le but de déterminer ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail, l'assuré a suivi un stage au Centre d'observation professionnelle, à Genève (ci-après : CIP), du 16 octobre 2006 au 21 janvier 2007, lequel a été prolongé du 22 janvier au 25 février 2007. Dans ses rapports des 23 février et 26 mars 2007, le responsable de la réadaptation professionnelle a fait la synthèse suivante :

« 24 février 2007 :

Nous vous demandons que M. F.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un nouveau mandat de 1 mois dans notre atelier APAIL, sous la responsabilité et le suivi de notre service ESPACE-Entreprise, afin qu'il puisse encore améliorer et stabiliser ses rendements (actuellement en progression à environ 60 % sur un plein temps). En cas de succès, il pourra ensuite effectuer des stages en entreprise et bénéficier d'une aide au placement.

M. F.\_\_\_\_\_ peut exercer des activités manuelles simples et répétitives sur un plein temps. Du fait des atteintes à la santé, la position assise doit être privilégiée. Relevons que cet assuré a eu un taux de présence de 100 % (ce qui souligne son engagement dans la mesure) malgré des signes d'abattement et une mauvaise image de

soi. L'assuré sait qu'à son âge ( [...] ans), les chances de pouvoir se faire embaucher dans un nouveau métier sont faibles. Ceci pèse sur son moral et toute mesure d'aide au placement sera la bienvenue (...) ».

26 mars 2007 :

« (...) Force est de constater que les rendements n'ont pas progressé en raison d'une lenteur générale de la gestuelle et de mouvements parasites à visée antalgique (douleurs signalées au dos et à l'épaule gauche). Si l'assuré a gagné en autonomie et s'est montré motivé, ses rendements se sont par contre stabilisés à 50 % en montage / assemblage mécanique léger, et à 60 % dans les activités de conditionnement léger, sur un plein temps et en position principalement assise.

Le rapport ESPACE décrit en détail le déroulement de la prolongation et les orientations.

L'assuré sait qu'à son âge ( [...] ans), les chances de pouvoir se faire embaucher dans un nouveau métier sont faibles. Ceci pèse sur son moral et toute mesure d'aide au placement sera la bienvenue. L'idéal serait que cet assuré soit aidé à trouver une entreprise industrielle qui puisse lui fournir une mise au courant pratique de 3 à 6 mois, dans la région lausannoise ».

Le 27 février 2007, le SMR a proposé de suivre l'avis de Dr B. \_\_\_\_\_ fixant un taux d'activité à 100 % dans une activité adaptée, soit ne nécessitant pas de lever le bras gauche au-dessus de l'horizontale et sans port de charge.

Par décision du 20 juin 2007, la CNA a alloué une rente d'invalidité à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> février 2007, fondée sur une incapacité de gain de 17 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 pour-cent.

Le 24 juillet 2007, le SMR a considéré qu'en l'absence de tout nouveau fait médical depuis son dernier avis, l'exigibilité restait la même, c'est-à-dire 100 % sans diminution de rendement.

Dans un rapport médical du 24 septembre 2007, le Dr B. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies bilatérales chroniques sur canal lombaire étroit acquis, une hernie discale postéro-médiane et latérale gauche L5-S1 et protrusions discales L2 à L5, un status après luxation antéro-inférieure et rupture partielle du sus épineux de l'épaule gauche et un état anxio-

dépressif réactionnel à la perte d'autonomie. Dans l'annexe au rapport médical du 21 septembre 2007, le praticien a estimé que son patient ne pouvait plus exercer son activité habituelle d' [...], mais pouvait travailler à 50-75 % dans une activité très légère, en position debout avec les bras à hauteur d'établi. Dans la formule « rapport médical concernant les capacités fonctionnelles » remplie le 21 septembre 2007, il a considéré que l'intéressé pouvait travailler à 50-100 % dans une activité en atelier respectant plusieurs limitations fonctionnelles (notamment pas de position assise, à genoux ou accroupie, et limitation quant à l'utilisation des deux bras).

Le SMR a procédé à un examen rhumatologique le 6 décembre 2007. Dans son rapport du 15 janvier 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation FMH, a posé les diagnostics suivants :

« avec répercussion sur la capacité de travail :

- lombosciatalgies à bascule sur troubles dégénératifs, groupe de la transition, canal lombaire étroit M54.4;
- omalgies gauches sur status après luxation compliquée d'une capsulite rétractile M75.0.

sans répercussion sur la capacité de travail :

- obésité de classe 2, BMI à 35.5;
- suspicion d'apnée du sommeil;
- hypertension artérielle non traitée;
- état anxio-dépressif réactionnel (trouble mixte de l'adaptation, versus, dysthymie) ».

Le spécialiste a conclu à une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et de 75 % (soit 100 % avec diminution de rendement de 25 %) depuis janvier 2006 (selon « l'examen médical de la CNA ») dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes :

« Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 30 mn sans possibilité de varier les positions assises/debout au minimum deux fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position accroupie ou en genuflexion à répétition, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'activité sur terrain instable. Pas d'activité nécessitant des mouvements

d'antépuulsion des membres supérieurs au-delà de 60° de façon répétitive et de façon stricte au-delà de 90° du membre supérieur gauche, pas de port de charges ou de mouvements en rotation interne-externe au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche ».

Le 11 février 2008, le SMR a rendu un avis se ralliant aux capacités de travail et limitations fonctionnelles retenues par le Dr Q. \_\_\_\_\_ et fixant le début de l'incapacité de travail au 11 juin 2004.

Le 12 juin 2008, l'OAI a envoyé un projet de décision à l'assuré. Selon ce préavis, il y avait lieu de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 11 juin 2005 et à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue en janvier 2006. En effet, en comparant le revenu sans invalidité de 67'685 fr. 20 (soit le salaire horaire de 2003 de 28 fr. 30 indexé à 2006) et celui avec invalidité de 37'738 fr. 30 (calculé selon les chiffres ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] de 2006 et fondé sur une activité exigible à 100 % avec diminution de rendement de 25 % et abattement de 15 %), il en résultait une perte de gain, soit un degré d'invalidité de 44,24 %. L'office a précisé que la division de réadaptation restait à disposition pour le cas où il souhaiterait une aide au placement.

Par prononcé du 12 juin 2008, l'OAI a informé la caisse de compensation [...] que la procédure ordinaire avait permis de constater la présence d'une maladie de longue durée et un degré d'invalidité de 100 % dès le 11 juin 2005 et de 44 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2006. L'office a en outre demandé à la caisse de calculer la prestation en espèce et d'établir une décision.

L'assuré a sollicité une aide au placement le 26 juin 2008, qui a été acceptée par l'OAI le 22 juillet 2008, ainsi qu'une demande de mesures de réadaptation professionnelle le 12 février 2009.

En l'absence de contestation de l'assuré s'agissant du projet de décision du 12 juin 2008, l'OAI a rendu une décision formelle le 16

décembre 2008 correspondant à son préavis et, notamment, fixant à 513 fr. par mois le montant du quart de rente auquel l'intéressé avait droit.

**B.** Agissant par l'intermédiaire de M. Hüsnü Yilmaz, du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne, F. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 16 décembre 2008 par acte du 30 janvier 2009, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 11 juin 2005 et d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2006. S'agissant de sa capacité résiduelle de travail, il a fait valoir qu'il convenait de se baser sur l'observation concrète faite durant ses stages au CIP, soit que la perte de gain devait être calculée sur la base d'une diminution de rendement de 40 % et non pas de 25 %. Partant, en comparant le revenu sans invalidité de 67'685 fr. 20 et celui avec invalidité de 35'518 fr. 39, son taux d'invalidité était de 55,39 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006.

Dans sa réponse du 26 mai 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a constaté que tous les médecins consultés s'accordaient à dire que l'assuré pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée et que le SMR avait tenu compte d'une diminution de rendement de 25 % au vu des limitations fonctionnelles de l'intéressé.

Le 24 juin 2009, le recourant a répliqué que son comportement au CIP permettait de renforcer le caractère objectif des conclusions des maîtres de stage quant à son rendement et que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait estimé sa capacité de travail à 50-75 %. Il a demandé la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans sa duplique du 22 juillet 2009, l'OAI a considéré que la position du Dr B. \_\_\_\_\_ ne pouvait remettre en cause l'appréciation du SMR et que ce médecin ne se prononçait pas de manière précise sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 18 septembre 2009, le recourant a produit un avis médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du 28 août 2009, confirmant les restrictions fonctionnelles et considérant que, vu le temps écoulé, l'échec des mesures de réadaptation, les nombreuses restrictions d'ordre médical et l'absence de formation professionnelle dans une autre activité que celle d' [...], l'incapacité de travail de son patient était toujours de 100 % dans son ancienne activité et au minimum de 50 % dans une activité adaptée.

Le 12 octobre 2009, l'OAI a fourni un avis médical du SMR du 5 octobre 2009 relevant que le Dr B. \_\_\_\_\_ ne faisait valoir aucun fait médical nouveau depuis son appréciation de septembre 2007.

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

**1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al.1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à

accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Selon la jurisprudence rendue en application de l'art. 41 aLAI, toujours valable sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343), la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 ss et les références). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a p. 275, ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 ss, 387 consid. 1b p. 390 ss).

**c)** Quand la situation médicale est élucidée, l'assuré peut être admis dans un centre d'observation professionnelle aux fins de déterminer si et, le cas échéant, dans quelle mesure il est à même, concrètement, de

mettre en valeur sa capacité de travail et de gain. Les informations recueillies au cours d'un tel stage constituent, en complément des données médicales, un élément utile à l'appréciation à l'évaluation globale de la capacité de travail d'un assuré (TFA I\_606/01 du 20 mars 2002 consid. 3a, I\_471/05 du 11 mai 2006 consid. 3.1). 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 (TFA I\_522/00 du 22 mai 2001 consid. 2, I\_762/02 du 6 mai 2003 consid. 2; TF 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4).

**d)** Le recourant soutient, pour ce qui est de l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle, qu'il convient de se référer à l'observation concrète faite lors de ses séjours au CIP, ce qui conduit à admettre que le taux d'invalidité doit être calculé sur la base d'une diminution de rendement de 40 % et non de 25 % telle prise en compte par le SMR.

En l'espèce, il est constant que le recourant ne peut plus exercer sa profession habituelle d' [...]. Il n'est pas contesté qu'il peut, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006, soit depuis l'amélioration de l'état de santé constatée par le CRR en décembre 2005, puis par le médecin-conseil de la CNA en janvier et mars 2006, travailler à plein temps dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique prolongée, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position accroupie ou en genuflexion répétitive, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'activité sur terrain instable et pas de mouvements d'antéimpulsion des membres supérieurs au-delà de 60° de façon répétitive et de façon stricte au-delà de 90° pour le membre supérieur gauche.

Demeure en revanche litigieuse l'ampleur de la diminution de rendement dans un emploi conforme aux limitations fonctionnelles précitées, ce qui conduit à réduire d'autant la capacité de travail exigible.

A cet égard, force est de constater qu'à l'exception du Dr B.\_\_\_\_\_, tous les avis des médecins consultés concordent en ce sens que le recourant peut travailler à 75 %, voire plus, dans dite activité adaptée. En effet, le 27 février 2006, le Dr X.\_\_\_\_\_ estime que l'intéressé peut travailler quatre à six heures par jour sans diminution de rendement, ce qui correspond à une activité de 50 à 75 %. Les 14 mars 2006 et 29 mai 2006 respectivement, le Dr N.\_\_\_\_\_ et le médecin-conseil du Service de l'emploi considèrent que l'assuré peut mettre en valeur une pleine capacité de travail. Dans son rapport du 29 mai 2006, le Dr J.\_\_\_\_\_ ne se détermine pas sur la capacité de travail exigible. Le 15 janvier 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ - dont l'avis médical remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence s'agissant de la valeur probante d'un rapport émanant d'un service médical régional de l'assurance-invalidité; cf. TFA I\_573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2, I\_523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3) - conclut à une capacité de travail de 75 % (soit 100 % avec diminution de rendement de 25 %). Enfin, dans deux annexes à son rapport médical remplies le 21 septembre 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_ donne deux capacités de travail exigibles différentes, soit une capacité de 50 à 75 % et une autre de 50 à 100 %; le 28 août 2009, celui-ci modifie son appréciation, estimant que l'incapacité de travail de son patient dans une activité adaptée est au minimum de 50 %, vu le temps écoulé, l'échec des mesures de réadaptation et l'absence de formation professionnelle dans une autre activité que celle d' [...]. Or, le praticien ne fait valoir aucune aggravation d'ordre médical susceptible de justifier la nouvelle appréciation de l'incapacité de travail d'au moins 50 %, l'intimé ayant pertinemment relevé à cet égard que les arguments avancés n'ont pas d'influence sur l'estimation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée (cf. lettre du SMR du 5 octobre 2009).

S'agissant des séjours du recourant au CIP, les maîtres de réadaptation ont observé qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité professionnelle simple et répétitive dans le circuit normal et que les rendements s'étaient stabilisés à 50 % en montage / assemblage mécanique léger et à 60 % dans les activités de conditionnement léger en raison d'une lenteur générale de la gestuelle et de mouvement parasites à

visée antalgique (douleurs signalées au dos et à l'épaule gauche). Il ressort néanmoins des deux rapports de stage que le facteur algique ne peut à lui seul expliquer la lenteur de la gestuelle du recourant. On apprend ainsi notamment que ses problèmes oculaires (écoulements) entraînent une perte d'efficacité, qu'il est centré sur lui-même et sa problématique se traduisant par un discours pessimiste et des pleurs fréquents et qu'il a de la difficulté à s'adapter à la nouveauté. L'intéressé a par ailleurs signalé que l'activité exercée à l'atelier APAIL (Atelier de Préparation à une Activité Industrielle Légère) était adaptée (mise en sachets de rosaces, vissage des capsules et emballage final), sauf le vissage qui lui avait provoqué des douleurs dans l'épaule gauche et le dos, ce qui revient à retenir qu'il serait mieux à même d'exercer une activité de conditionnement léger sans montage.

Ainsi, outre le fait que les constatations des médecins priment celles des maîtres de stage (notamment s'agissant du comportement du recourant pendant ses séjours au CIP et de son affection oculaire ponctuelle) et qu'une reprise d'emploi aurait un effet bénéfique tant sur l'image qu'il peut avoir de lui-même que sur son rendement, il convient de retenir l'avis du SMR du 15 janvier 2008 selon lequel l'intéressé peut travailler à 100 % dans une activité totalement adaptée à son état de santé, avec diminution de rendement de 25 %. Il ne se justifie donc pas de mettre en œuvre une expertise dans le but de déterminer la capacité de travail résiduelle.

**4. a)** Selon les art. 28 al. 1 et 29 LAI, en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004 et applicables en l'espèce, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 1). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus

tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase). Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1).

Dans le cas particulier, le recourant exerçait la profession d' [...] et aurait gagné sans son atteinte à la santé en 2006, soit au moment de la révision du droit à la rente (cf. supra, consid. 3b) – et non pas au moment du début de l'examen de l'aptitude à la réadaptation tel que le dispose le rapport final de la division administrative de l'OAI du 30 avril 2006 –, un salaire horaire de 28 fr. 95 (cf. les informations données par G. \_\_\_\_\_ à la CNA par retour de courrier scanné en février 2006). Il en résulte ainsi un revenu hypothétique annuel de valide de 67'626 fr. [(28 fr. 95 x 8.3 x 5 x 4.33) + 8,33 % x 12)].

**c)** S'agissant du gain d'invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas, selon les pièces au dossier, repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des chiffres ESS de l'Office fédéral de la statistique, singulièrement aux salaires bruts standardisés en se fondant sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2006, les hommes effectuant des

activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'732 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 56'784 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006, soit 41,7 heures (La Vie économique 3-2010, tableau B 9.2, p. 94), ce qui représente 59'197 fr. 32 ( $56'784 : 40 \times 41,7$ ). Converti à un taux d'activité exigible de 75 %, on aboutit à un revenu de 44'397 fr. 99.

Le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut encore faire l'objet d'un abattement. La mesure dans laquelle ces salaires doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C\_1047/2008 du 7 octobre 2009 consid. 3.1; TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5.1). Il convient d'examiner ce qu'il en est, dans le cas concret, du taux d'abattement fixé par l'OAI. En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2).

Dans le cas particulier, il est constant que le recourant présente des limitations fonctionnelles liées aux atteintes au rachis et à l'épaule gauche et qu'il était âgé de 55 ans au moment de la reprise exigible d'une activité professionnelle adaptée. C'est donc à juste titre que l'administration a retenu un abattement de 15 %, ce qui conduit à retenir un revenu avec invalidité de 37'738 fr. ( $44'397 \text{ fr. } 99 \times 85 \%$ ).

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

(67'626 fr. - 37'738 fr.) : 67'626 fr. x 100 = 44,19 %

ce qui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité (cf. supra, art. 28 al. 1 LAI).

**5.** En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Compte tenu de la charge liée à la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 16 décembre 2008 est confirmée.
- III.** Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Graf, avocat, Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, Service juridique (pour F. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :