

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 novembre 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs  
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Irène Wettstein Martin,  
avocate audit lieu,

et

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

---

**Art. 7 LPGA, 8 LPGA, 16 LPGA et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** X.\_\_\_\_\_, né le 13 mars 1955, marié et père de famille, travaillait en qualité de maçon (chef d'équipe) pour le compte de l'entreprise de bâtiment et génie civil [...], à Clarens. Le 9 mai 2001, il a été victime d'un accident professionnel. Alors qu'il descendait un talus, il a glissé et chuté violemment en arrière. Il en est résulté, au niveau de l'épaule droite, un craquement, des douleurs aiguës et une impotence fonctionnelle immédiate. Le cas, annoncé par déclaration d'accident LAA signée le 11 mai 2001 par l'employeur, a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

La Dresse [...], médecin assistante à l'Hôpital [...], où l'assuré avait bénéficié des premiers soins, a établi le 13 juillet 2001 un rapport médical LAA dans lequel elle posait le diagnostic de contusion de l'épaule droite.

**b)** Dans un rapport médical du 8 août 2001, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'il avait fait procéder à une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite de l'assuré, laquelle avait mis en évidence une minime déchirure du sus-épineux ainsi qu'une déchirure franche du sous-scapulaire, lésions parfaitement concordantes avec l'examen clinique. Etaient également relevées une hypoesthésie sur le territoire du nerf axillaire au niveau du deltoïde, sans altération de la fonction motrice à ce niveau. Compte tenu de ces atteintes, ce spécialiste estimait qu'il y avait clairement indication à une intervention chirurgicale sous forme d'une acromioplastie et d'une suture des tendons de la coiffe des rotateurs, même si le traitement entrepris (sous la forme d'infiltrations et de séances de physiothérapie) avait nettement amélioré la mobilité de l'épaule.

**c)** Dans un rapport d'examen du 12 décembre 2001, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté que la fonction de l'épaule était

bien restituée, malgré la persistance de quelques points douloureux et d'une petite zone d'hypoesthésie, laquelle était néanmoins en décours et ne dérangeait pas l'assuré. Au vu de l'amélioration progressive constatée, le médecin de la CNA fixait la capacité de travail à 50% depuis le 17 décembre 2001 et à 100% dès le 17 janvier 2002.

**d)** La reprise du travail s'est toutefois avérée difficile dans l'activité de maçon, où certains gestes étaient complètement impossibles, comme l'a constaté le Dr R. \_\_\_\_\_ dans un rapport médical du 6 mars 2002 par lequel il adressait l'assuré au Dr F. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport établi le 5 avril 2002 à l'intention du Dr R. \_\_\_\_\_, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au sein du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre [...], a posé le diagnostic de lésion du long chef du biceps, au niveau de la gouttière bicipitale, rupture partielle du sous-scapulaire droit, et proposé un traitement chirurgical.

Le 29 octobre 2002, le Dr R. \_\_\_\_\_ a pratiqué une acromioplastie et une suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

**e)** Le Dr C. \_\_\_\_\_ a une nouvelle fois examiné l'assuré le 9 mai 2003, afin de procéder à une évaluation de sa capacité de travail. Dans son rapport d'examen du même jour, le médecin de la CNA a relevé que l'évolution post-opératoire s'était finalement révélée favorable, malgré un départ initial difficile, avec une amélioration des douleurs et une récupération satisfaisante de l'amplitude articulaire au-dessus de l'horizontale. Il observait toutefois des troubles douloureux mécaniques persistants, notamment lors des mouvements de rotation de l'épaule, et soupçonnait une irritation résiduelle au niveau du sous-épineux, voire une neuropathie sus-scapulaire associée. Il préconisait une hospitalisation à la Clinique Z. \_\_\_\_\_, dans le but de préciser l'étiologie des troubles douloureux, de poursuivre la rééducation fonctionnelle de l'épaule et d'établir un pronostic quant à une éventuelle reprise du travail. La

capacité de travail était fixée à 0% en attendant l'entrée dans cet établissement.

**f)** L'assuré a été hospitalisé à la Clinique Z. \_\_\_\_\_ du 28 mai au 2 juillet 2003. Dans un rapport médical du 14 août 2003, les médecins de la Clinique Z. \_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic d'acromioplastie et de suture du tendon musculaire sous-scapulaire droit et mentionné à titre de comorbidités la cécité de l'œil gauche suite à un traumatisme à l'âge de quinze ans, ainsi qu'une cataracte opérée en 1984. Ils ont relevé que l'assuré était à même d'effectuer des travaux légers et que son employeur était disposé à adapter son poste de travail comme chef d'équipe en conséquence. D'entente avec l'intéressé, il a donc été décidé qu'il reprendrait son travail à plein temps, mais avec un rendement de 50% excluant le port de charges lourdes et les travaux répétés en élévation. Le rapport concluait que la situation médicale n'était pas stabilisée, dès lors que des gains étaient encore escomptés grâce à la physiothérapie au niveau de la douleur, de la force musculaire et de l'endurance.

**g)** Le 23 septembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 29 septembre 2003, le Dr R. \_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50% depuis le 3 juillet 2003.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a réexaminé l'assuré le 10 novembre 2003. Dans son rapport d'examen du même jour, il a notamment exposé ce qui suit :

« On se trouve chez cet assuré à environ 18 mois d'un accident s'étant soldé par une lésion de la coiffe des rotateurs, opérée le 20.10.2002. A un peu plus d'une année de l'opération, l'évolution peut être considérée comme favorable sur le plan de la mobilité de l'épaule qui a récupéré une amplitude proche de la normale en élévation et en abduction. La récupération est moins bonne pour les rotations. Subjectivement il subsiste une symptomatologie douloureuse de l'épaule qui tend à se chronifier.

Des troubles douloureux cervicaux se sont également greffés sur l'évolution et il subsiste à l'examen de ce jour un léger syndrome cervical. Il s'agit là d'une comorbidité indépendante de l'accident.

En ce qui concerne l'épaule, nous ne voyons pas de traitement susceptible, à ce stade, d'améliorer de façon notable la situation actuelle, dont on peut s'attendre à ce qu'elle s'améliore légèrement avec le temps, de façon spontanée.

Nous proposons dès lors à la Suva, de procéder au bouclage asséculo-logique du cas. La capacité de travail à 100% et à 50% du rendement, telle qu'évaluée par nos services extérieurs dans le travail actuel, ne pourra que difficilement se modifier à long terme et devrait être admise.

Une pleine capacité de travail serait certainement exigible dans un travail n'exigeant pas de sollicitation du bras au dessus de l'horizontale ni de manutention à 2 mains ou dépassant 10 kg ».

**h)** Le Dr R. \_\_\_\_\_ a attesté, dans un certificat médical établi le 26 mars 2004, que l'assuré était en incapacité de travail à 100% dès cette date et pour une durée indéterminée. Selon un compte rendu établi par la CNA le 14 avril 2004 ensuite d'un entretien téléphonique avec l'employeur de l'intéressé, cet arrêt de travail était dû aux suites de l'accident de 2001 : l'assuré avait le bras en écharpe et une nouvelle intervention chirurgicale était évoquée. Selon son employeur, il n'avait jamais atteint le taux de rendement médico-théorique de 50% depuis sa reprise, mais bien plutôt un taux de l'ordre de 20 à 25 pour-cent. Cela était notamment dû au fait que, bien que chef d'équipe, l'assuré était obligé de travailler comme les autres ouvriers, l'entreprise n'ayant plus de grands chantiers.

Interpellé par le Dr R. \_\_\_\_\_ quant à l'opportunité d'un nouveau geste chirurgical, le Dr F. \_\_\_\_\_ a établi le 11 mai 2004 un rapport médical dans lequel il posait le diagnostic de cervico-brachialgies droites. Ce praticien précisait qu'il n'avait pas mis en évidence de signe d'incompétence de la coiffe des rotateurs et que compte tenu du caractère diffus des douleurs qui touchaient également l'omoplate et la région cervicale, il ne retenait pas d'indication à une révision chirurgicale, dont le résultat serait imprévisible.

**i)** L'assuré a fait un stage d'évaluation de ses aptitudes à la réadaptation professionnelle auprès du Centre d'intégration

professionnelle (ci-après : CIP) de Genève du 23 août au 22 novembre 2004. Il résulte d'un rapport intermédiaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) du 10 novembre 2004 que les trois premiers mois ont permis un rendement de 70% sur un plein temps pouvant s'améliorer à 90% selon l'orientation. Cette dernière n'avait toutefois pas encore pu être finalisée, dès lors que l'assuré présentait d'importantes limitations, souffrait d'une cécité à l'œil gauche et était presque mono-manuel.

Le stage a été prolongé du 23 novembre 2004 jusqu'au 20 février 2005 sous la forme de mesures d'orientation professionnelle. Dans un rapport du 23 décembre 2004, le CIP a exposé ce qui suit :

« Le précédent rapport OSER concluait à la possibilité de reclasser M. X.\_\_\_\_\_ dans le circuit économique normal. L'évaluation faite en atelier confirmait les avis médicaux, en retenant une capacité de travail proche de la normale, dans une activité légère, sans utilisation répétitive ou au-dessus de l'horizontale du membre supérieur droit et ne demandant pas une grande acuité visuelle.

Malheureusement, M. X.\_\_\_\_\_ ne partage pas l'évaluation ci-dessus. Il est très plaintif et se présente comme mono-manuel, n'utilisant pratiquement pas son bras droit. Un premier stage en entreprise, en qualité de gestionnaire de stock dans une entreprise de vente de fournitures du bâtiment, avait échoué pour ces raisons. Les maîtres de réadaptation du CIP avaient alors rappelé à l'assuré la capacité de travail retenue et l'avaient enjoint à fournir tous les efforts possibles en vue de mettre en pratique cette capacité résiduelle. Un nouveau mandat ESPACE de 3 mois avait été demandé en ce sens.

Au cours de ce nouveau mandat, un stage dans un domaine moins exigeant physiquement, dans la même entreprise mais dans un poste plus administratif, a été effectué. Le bilan de stage est négatif, l'assuré se plaint de vertiges, de fatigue oculaire, de maux de tête, d'oreille. Malgré une réduction d'horaire, les rendements ne sont pas exploitables, de 20 à 30% sur un plein temps.

Dans ces conditions, une poursuite des stages en entreprise ne servirait à rien, d'autant que l'assuré ne s'estime pas capable de travailler plus de 2 heures par jour ».

Dans un rapport final du 14 janvier 2005, l'OAI a considéré que même si la CNA retenait une pleine capacité de travail exigible, celle-ci concernait les seules suites de l'accident, et que vu l'existence d'une cécité de l'œil gauche et de troubles statiques et dégénératifs du rachis, il paraissait primordial que les médecins du Service médical régional AI (ci-

après : SMR) se prononcent en tenant compte de l'ensemble du tableau médical.

**j)** Dans un rapport médical du 25 avril 2005 adressé à l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_ a constaté une persistance des limitations fonctionnelles et des douleurs cervico-brachiales du membre supérieur droit non systématisées, associées à des vertiges d'origine indéterminée. Ce praticien considérait que l'évolution était globalement défavorable, mais qu'il était tout à fait possible de trouver une activité professionnelle adaptée à la situation où le patient pourrait ménager son membre supérieur droit.

**k)** Dans un rapport médical du 15 juin 2005 adressé à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a estimé qu'il était clair que son patient était totalement inapte au travail dans son activité professionnelle antérieure ; une activité ménageant le rachis et surtout ne nécessitant pas l'emploi du membre supérieur droit était envisageable, moyennant une diminution de rendement de 50 pour-cent.

Dans un rapport médical du 6 mai 2005, la Dresse B.\_\_\_\_\_, ophtalmologue, a exposé que l'assuré présentait un œil gauche aphake, quelques lésions rétiniennes ainsi qu'un strabisme engendrant une diplopie. Il était précisé que la diplopie, en cours de traitement, entraînait une fatigabilité visuelle accrue en cas de travaux sur ordinateur et pouvait provoquer une gêne occasionnant des maux de tête. Cela étant, il n'y avait aucune autre raison d'origine ophtalmique permettant d'expliquer les céphalées dont était victime l'intéressé.

**l)** Dans un rapport d'examen du 9 novembre 2005, le Dr V.\_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste FMH en anesthésiologie, a exposé que l'atteinte principale à la santé consistait en des douleurs et limitations fonctionnelles séquellaires après rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et acromioplastie. Les pathologies associées du ressort de l'AI étaient des dorso-lombalgies communes et des cervico-brachialgies,

qui n'influençaient pas la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port de charges, pas de mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements de rotation répétitifs du membre supérieur droit, possibilité d'alterner les positions, tenir compte des difficultés visuelles (pas de vision binoculaire). Le rapport d'examen du SMR fait référence à un examen pratiqué le 16 juin 2005 par le Dr [...], spécialiste FMH en rhumatologie, qui n'apportait aucun nouvel élément en ce qui concernait l'atteinte de l'épaule droite, de sorte que l'appréciation de la CNA quant à la capacité de travail dans une activité adaptée (100%) restait valable.

**m)** Par décision du 17 mai 2005, confirmée par décision sur opposition du 4 août 2005, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 28% avec effet dès le 1<sup>er</sup> mars 2005. L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

**B. a)** Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations présentée par l'assuré, considérant, au vu des constatations du SMR et du CIP, que la capacité de travail exigible était nulle dans l'ancienne activité de chef d'équipe, mais qu'elle demeurait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé (pas de port de charges, pas de mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements de rotation répétitifs du membre supérieur droit, possibilité d'alterner les positions, tenir compte des difficultés visuelles, pas de vision binoculaire), à compter du mois d'avril 2003. L'OAI retenait ainsi un revenu sans invalidité de 80'015 fr., qui, comparé au revenu d'invalidité de 58'500 fr., donnait un degré d'invalidité de 26%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il relevait en outre que le stage d'observation professionnelle avait dû être interrompu prématurément en raison du fait que l'assuré ne s'estimait pas capable de travailler plus de deux heures par jour, de sorte que la poursuite des mesures d'ordre professionnel ne se justifiait pas.

**b)** L'assuré s'est opposé à cette décision par acte du 7 juillet 2006, en concluant à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise en oeuvre d'un complément d'instruction. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport d'expertise privée établi le 7 février 2006 par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce spécialiste y posait les diagnostics de persistance des lésions anatomiques post-traumatiques, soit rupture du tiers supérieur du tendon du muscle sous-scapulaire avec atrophie des fibres musculaires correspondantes et luxation de la partie haute du tendon long chef du biceps, de dysfonction secondaire de l'épaule dans son ensemble (avec dyskinésie scapulaire) et répercussion rachidienne due aux insertions des muscles suspenseurs de l'omoplate, de status après acromioplastie et suture d'une lésion longitudinale (et non pas transverse du tendon du muscle sous-scapulaire) et, enfin, de possible status après algodystrophie, au vu de l'hypoperfusion tissulaire documentée lors de la scintigraphie, et d'une possible neuropathie du nerf axillaire. Selon ce spécialiste, des investigations médicales supplémentaires étaient nécessaires, sous la forme d'un examen neurologique détaillé dans le but de clarifier la présence ou l'absence de signe de lésion en particulier du nerf axillaire, ainsi que d'une arthroscopie de l'épaule, qui était la meilleure alternative pour confirmer les lésions anatomiques diagnostiquées par les examens IRM. Concernant la capacité de travail résiduelle de l'assuré, l'expert estimait qu'elle était inférieure à 50% dans son activité habituelle, ce dont attestait l'échec de la tentative de reprise à ce taux. L'assuré pouvait à son sens exercer une activité adaptée aux capacités d'un manchot qui avait perdu l'usage de son membre dominant, ce qui correspondait à l'appréciation formulée après le stage mis en oeuvre par le CIP.

**c)** Dans le cadre du recours qu'il a formé devant le Tribunal des assurances contre la décision sur opposition de la CNA du 4 août 2005 (cf. supra, let. A.m), l'assuré a produit le rapport d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_. La CNA a indiqué, dans sa duplique du 14 avril 2006, qu'au vu de ce rapport, elle acquiesçait partiellement au recours en ce sens qu'elle allait reprendre l'instruction médicale du cas et le versement d'indemnités

journalières. Par jugement du 12 juin 2006, le Président du Tribunal des assurances a pris acte du fait que le recours était devenu sans objet.

**d)** Dans un rapport d'examen du 31 août 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

« La symptomatologie douloureuse s'est progressivement aggravée depuis environ une année entraînant une péjoration notable de la mobilité de l'épaule avec, à l'examen de ce jour, un tableau de quasi-exclusion fonctionnelle et une mobilité passive fortement limitée dans tous les axes.

Les radiographies faites ce jour à l'Institut [...] témoignent d'une évolution dégénérative de la scapulo-humérale avec ascension de la tête. Les radiographies cervicales documentent une cervico-uncarthrose avec rétrécissement du trou de conjugaison en C5-C6.

En résumé : l'aggravation que présente actuellement l'état de M. X.\_\_\_\_\_, relève de l'évolution d'une pathologie mixte :

On observe d'une part la péjoration de l'état articulaire de l'épaule dans le sens d'une omarthrose, d'une aggravation des lésions de la coiffe et d'une probable capsulite rétractile comme le laisse suspecter l'importante limitation de la rotation externe.

En deuxième lieu il y a une chronification de la comorbidité dégénérative cervicale : la cervico-uncarthrose entraîne en effet déjà un rétrécissement du trou de conjugaison C5-C6 à droite qui contribue vraisemblablement à une partie de la symptomatologie douloureuse cervico-scapulaire et cervico-brachiale décrite par cet assuré ».

Le Dr C.\_\_\_\_\_ proposait dès lors d'approfondir les investigations de l'axe cervical par un examen neurologique avec EMG (électromyogramme), afin d'exclure une composante radiculaire, d'une part, et d'explorer l'hypothèse émise par le Dr E.\_\_\_\_\_ concernant une atteinte du nerf axillaire, d'autre part. En l'état, la capacité de travail de l'assuré était réputée nulle.

**e)** Mandaté à cet effet par la CNA, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a procédé à un examen clinique de l'assuré, complété par un EMG de l'épaule et du membre supérieur droits. Dans son rapport du 25 septembre 2006, ce praticien a estimé que l'examen n'avait pas apporté la preuve d'une atteinte neurologique significative, l'amyotrophie et les déficits moteurs au testing de la force musculaire étant vraisemblablement d'origine antalgique/orthopédique. La normalité du

bilan ne permettait pas selon lui d'écartier une discrète irritation tronculaire ou radiculaire en relation avec les troubles dégénératifs cervicaux, mais une telle atteinte ne saurait entraîner une incapacité de travail significative.

**f)** Dans un rapport médical du 24 novembre 2006, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques et de status après acromioplastie et réparation de la coiffe des rotateurs droite en octobre 2002. A l'examen clinique, ce praticien relevait notamment l'absence d'atrophie musculaire au niveau des fosses sus-épineuses, ainsi que sur le deltoïde. Passivement, la mobilité des épaules était complète, mais l'assuré décrivait d'intenses douleurs et opposait une certaine résistance active. L'examen clinique objectif orthopédique ne mettait en évidence aucune atteinte significative de la coiffe des rotateurs, ni de troubles dégénératifs gléno-huméraux pouvant expliquer la situation actuelle. Le Dr F.\_\_\_\_\_ relevait dès lors une discordance importante entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives, laissant suspecter la participation de facteurs non orthopédiques. Dans ce contexte, il ne retenait pas d'indication à une révision chirurgicale, dont le résultat resterait tout à fait incertain.

**g)** Par courrier adressé au conseil de l'assuré le 20 janvier 2007, le Dr E.\_\_\_\_\_ a derechef relevé que le diagnostic de « lésion du long chef du biceps, au niveau de la gouttière bicipitale, rupture du sous-scapulaire droit », retenu par le Dr F.\_\_\_\_\_ le 5 avril 2002, n'avait pas été pris en compte ni fait l'objet d'un traitement, alors qu'un geste adéquat pratiqué en 2001 ou début 2002 aurait permis une évolution clinique favorable, bien qu'une restitution ad integrum ne soit pas la règle. L'assuré a transmis ce courrier à la CNA le 1<sup>er</sup> février 2007, relevant que le Dr E.\_\_\_\_\_ y dénonçait le dérapage du système médical qui l'avait conduit à se retrouver à ce jour dans un état clinique défavorable. Il invitait la CNA à statuer rapidement en lui allouant une rente invalidité ainsi qu'une indemnité à titre d'atteinte à l'intégrité, subsidiairement à reprendre le paiement des soins médicaux et des indemnités journalières.

Dans un rapport d'examen du 7 février 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr F.\_\_\_\_\_ avait constaté l'absence d'atrophie musculaire à l'IRM ainsi que l'intégrité du tendon du biceps dans sa gouttière, ce qui relativisait l'hypothèse du Dr E.\_\_\_\_\_ concernant la nécessité de la réparation d'une lésion du long chef du biceps et du sous-scapulaire droit. Faisant siennes les conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_ concluait dès lors qu'il n'y avait pas d'indication à un traitement chirurgical et qu'en l'absence d'un traitement susceptible d'améliorer de façon notable l'état de l'assuré, le cas devait être considéré comme stabilisé.

**h)** Par décision du 25 mai 2007, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 33%, avec effet dès le 1<sup>er</sup> février 2007. Suite à l'opposition formée par l'assuré, puis à un recours contre une décision sur opposition du 29 août 2007, un jugement a été rendu le 3 juillet 2008 par le Tribunal des assurances (AA 121/07).

Dans le cadre de l'instruction de ce recours par le juge instructeur, le Dr F.\_\_\_\_\_ a précisé, le 3 avril 2008, que l'arthro-IRM de l'épaule réalisée le 22 juin 2001 mettait en évidence avec une grande probabilité une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire droit, associée à une tendinopathie du long biceps dans la partie haute de la gouttière bicipitale. Il relevait en revanche que la seconde IRM « simple » du 7 décembre 2005 ne permettait pas de déterminer clairement si les lésions figurant sur l'arthro-IRM étaient toujours présentes. Il rappelait avoir préconisé une intervention sous la forme d'une ténodèse du long biceps en avril 2002 et supposait qu'au vu du rapport opératoire du Dr R.\_\_\_\_\_, mentionnant une réparation du sous-scapulaire et une acromioplastie, la thérapie proposée avait probablement été appliquée.

**i)** Par courrier du 21 avril 2008, le recourant a produit un rapport établi la veille par le Dr E.\_\_\_\_\_, à qui les indications du Dr F.\_\_\_\_\_ avaient été soumises pour détermination. Le Dr E.\_\_\_\_\_ relevait notamment que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'avait pu exclure la persistance des lésions initiales ensuite de l'intervention pratiquée par le Dr R.\_\_\_\_\_, précisant qu'il était à cet égard « inconcevable de ne pas mentionner une

ténodèse du biceps dans un protocole » ; ce geste n'avait donc à son sens pas été réalisé. Il constatait en outre que le protocole opératoire mentionnait « une déchirure partielle longitudinale [...] fermée par 2 points inversés de Vicryl 0 » et que cette description ne correspondait aucunement à celle attendue normalement dans la gestion de la lésion initiale, les ruptures du sous-scapulaires étant en particulier transverses et non longitudinales, d'une part, l'utilisation d'un fil Vicryl 0 n'étant pas adaptée à une telle intervention, d'autre part. Se référant à cette dernière appréciation du Dr E. \_\_\_\_\_, le recourant proposait en conséquence qu'il soit procédé à un complément d'instruction, par le biais d'une demande de clarification auprès du Dr R. \_\_\_\_\_ et/ou de la mise en œuvre d'un nouvel examen par arthro-IRM.

**j)** Dans son jugement du 3 juillet 2008 (cf. supra, let. B.h), le Tribunal des assurances a retenu, « au degré de vraisemblance prépondérante, que le recourant présent[ait], au titre des conséquences de l'événement du 9 mai 2001, des lésions non traitées du sous-scapulaire et du long chef du biceps, ainsi qu'une capsulite rétractile » (cf. jugement p. 35). Le tribunal a retenu l'existence de cervicalgies, respectivement des cervico-brachialgies, mais a estimé que celles-ci ne sauraient, au degré de vraisemblance requis, être considérées comme en relation de causalité probable avec l'accident du 9 mai 2001 (cf. jugement p. 34). Il a également relevé que l'assuré présentait un œil gauche aphake, quelques lésions rétinienne ainsi qu'un strabisme engendrant une diplopie, alors en cours de traitement, ces atteintes n'étant toutefois pas non plus en relation de causalité avec l'accident du 9 mai 2001 et n'ayant donc pas à être prises en compte dans le cadre du litige LAA. Il en était de même des plaintes de l'intéressé concernant des céphalées, vertiges et autres maux d'oreilles (cf. jugement p. 35).

Concernant les limitations fonctionnelles en relation de causalité avec l'événement accidentel du 9 mai 2001, le Tribunal des assurances s'est fondé sur le rapport d'examen du Dr C. \_\_\_\_\_ du 10 novembre 2003 et a considéré l'assuré comme apte à exercer une activité n'exigeant ni sollicitations du bras au-dessus de l'horizontale, ni

manutentions à deux mains ou dépassant le poids de 10 kg (cf. jugement p. 37). Cela étant, le tribunal a retenu que le revenu sans invalidité à prendre en considération, soit pour l'année 2007, s'élevait à 6'957 fr. (cf. jugement p. 38). Quant au revenu d'invalidé, le tribunal a renvoyé le dossier à la CNA, estimant n'avoir pas acquis la conviction que les conditions posées pour l'application des descriptions de postes de travail (DPT) étaient remplies en l'espèce, l'intimée étant en conséquence invitée à recalculer le degré d'invalidité de l'assuré (cf. jugement p. 39).

**k)** Après avoir repris l'instruction du cas, la CNA a rendu, le 16 juillet 2009, une décision par laquelle, retenant un revenu d'invalidé de 54'000 fr. par an sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et compte tenu d'un abattement de 10% sur le revenu résultant des données statistiques à cause des limitations fonctionnelles, elle a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 35% dès le 1<sup>er</sup> février 2007.

L'assuré a formé opposition contre cette décision par acte du 14 septembre 2009, en réclamant un abattement de 25% au lieu de 10% sur le revenu d'invalidé et en concluant ainsi à l'octroi d'une rente d'invalidité de 46 pour-cent.

**l)** Dans un avis médical du 1<sup>er</sup> mai 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a précisé, s'agissant des cervicobrachialgies mentionnées par le Tribunal des assurances dans son jugement du 3 juillet 2008 (cf. supra, let. B.j), que les limitations fonctionnelles retenues pour l'épaule étaient les mêmes qu'en cas de cervicobrachialgies et que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles. Le 16 juillet 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ a encore précisé ce qui suit :

« En ce qui concerne les "céphalées, vertiges et autres maux d'oreilles" mentionnés dans le jugement comme sans lien avec l'accident de 2001, il faut relever qu'il s'agit de plaintes subjectives de l'assuré, inconstantes puisqu'elles ne sont mentionnées qu'occasionnellement, et notamment ne figurent pas dans l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_, pourtant réalisée pour le conseil de l'assuré. Le seul élément objectif qui serait éventuellement en rapport avec les céphalées est l'aphakie de l'œil gauche entraînant une diplopie (rapport du 06.05.2006 Dresse B.\_\_\_\_\_, ophtalmologue, cité dans le jugement du TCA) ; il faut à ce propos relever que cette atteinte oculaire date de 1970 (avec en 1984

opération de cataracte secondaire) (rapport médical Dr W.\_\_\_\_\_, 08.10.2003) et qu'elle n'a pas empêché l'assuré de travailler à 100%. Ces plaintes subjectives n'entraînent pas de limitations fonctionnelles ».

**m)** Le 6 août 2009, l'OAI a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 1<sup>er</sup> juin 2006 (cf. supra, let. B.a), considérant que l'assuré conservait une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il se référait aux conclusions des Drs C.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, ainsi qu'à l'avis du SMR et aux constatations du CIP. Après comparaison des revenus sans invalidité (80'015 fr.) et avec invalidité (49'135 fr. 25), calculé sur la base des données statistiques et compte tenu d'un abattement de 15% au vu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, l'OAI obtenait un degré d'invalidité de 38,6%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il était néanmoins précisé que l'examen de la mise en œuvre d'une mesure professionnelle pouvait être repris sur demande de l'intéressé.

**C. a)** L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 15 septembre 2009, en concluant à sa réforme dans le sens de la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité dès l'année 2003, subsidiairement à une rente partielle. Il conteste le calcul du taux d'invalidité opéré par l'OAI, en particulier le revenu d'invalidité et le taux d'abattement retenus. Il soutient que sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée n'est pas supérieure à 50% au vu de l'ensemble des pathologies dont il souffre, en se prévalant du jugement rendu le 3 juillet 2008 par le Tribunal des assurances dans la cause qui l'opposait à la CNA, ainsi que des constatations des Drs C.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ et de l'Hôpital ophtalmique O.\_\_\_\_\_. Il soutient en outre que le taux d'abattement de 15% retenu par l'OAI ne tient pas suffisamment compte des circonstances personnelles et professionnelles, à savoir des limitations liées à son handicap, de son âge, de ses nombreuses années de service auprès du même employeur, de sa nationalité et de son taux d'occupation, et qu'il se justifie de retenir une déduction globale de 25%, de sorte que le revenu annuel d'invalidité devrait être fixé au maximum à 43'354 fr. 63, ouvrant ainsi le droit à une rente.

**b)** Dans sa réponse du 2 novembre 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que l'abattement de 15% opéré sur le revenu d'invalidé tient suffisamment compte tant des limitations fonctionnelles que de l'âge du recourant et qu'il ne se justifie pas prendre d'autres facteurs de réduction en considération. Il rappelle également que si l'assuré s'était investi dans la poursuite des mesures d'ordre professionnel, il aurait pu prétendre à un poste de travail semi-qualifié à moyen terme et réaliser ainsi un revenu annuel de 58'500 fr., de sorte que son préjudice économique aurait été de 27% seulement. A l'appui de sa réponse, l'OAI a produit un avis médical établi le 27 octobre 2009 par le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR, auquel il déclare se rallier et dont la teneur est la suivante :

« A la lecture du [rapport médical] de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 06.05.2005, il est relevé que l'assuré est à considérer comme monoculaire des suites d'une cataracte traumatique développée dans les années 1980. L'assuré peut travailler sur ordinateur, mais avec une fatigabilité visuelle accrue. Avec une mesure de correction de la diplopie, des céphalées ne seraient pas à mettre en relation avec l'atteinte ophtalmologique.

En ce qui concerne le [rapport médical] du Dr E.\_\_\_\_\_ du 20.09.2007, les éléments relevés sont essentiellement des précisions concernant l'atteinte de l'épaule.

En prenant en considération les éléments ci-dessus, l'on relève que d'une part, les difficultés visuelles de l'assuré ne l'ont pas empêché jusqu'alors d'exercer une activité à plein temps en tant que chef d'équipe maçon, d'autre part, dans une activité adaptée à cette problématique, celles-ci peuvent être d'autant respectées et prises en compte. Concernant l'atteinte de l'épaule, les précisions apportées ne modifient pas les [limitations fonctionnelles] déjà retenues pour cette atteinte.

En conclusion et au vu de ce qui précède, l'on peut retenir qu'une [capacité de travail] entière peut être exigible dans une activité adaptée respectant les [limitations fonctionnelles], à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ».

**c)** Dans sa réplique du 7 janvier 2009, le recourant soutient que son acuité visuelle s'est détériorée depuis le rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 6 mai 2005 et que toute activité nécessitant beaucoup de travail sur ordinateur n'est donc plus adaptée à son état de santé. Il se réfère à un rapport médical de l'Hôpital ophtalmique O.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2009, dont il ressort ce qui suit :

« Diagnostic :

Aphakie de l'œil gauche suite à une cataracte traumatique opérée en mai 1985.

Exotropie secondaire de l'œil gauche opérée en décembre 2003.

Strabisme divergent hypertropique [de l'œil gauche] résiduel.

Astigmatisme hypermétropique de l'œil droit.

Cataracte débutante de l'œil droit.

Presbytie.

Status oculaire :

Acuité visuelle de loin : [œil droit] : 80% avec une correction de + 1.0 = -0.75/10 de loin.

Acuité visuelle de près : [œil droit] : 80% avec une addition de + 2.50.

Acuité visuelle : [œil gauche] : perception des mouvements de la main.

[...]

Appréciation:

Ce patient a présenté un traumatisme de l'[œil gauche] avec perte de l'acuité visuelle et aucune possibilité d'amélioration. Par contre l'[œil droit] présente un astigmatisme hypermétropique et une presbytie qui est corrigéable par prescription de verres progressifs.

Concernant le degré de capacité de travail le patient est en mesure de travailler au moins à 50% si le travail concerné ne met pas trop à contribution son acuité visuelle. Le patient peut tout à fait travailler sur un ordinateur mais, étant donné qu'il est monoculaire, il aura une fatigabilité visuelle accrue. Il est difficile de chiffrer le temps qu'un patient peut passer devant son ordinateur, car ceci dépend beaucoup du patient lui-même. Il en est de même pour la lecture.

Les troubles n'entraînent pas de maux de tête car le patient ne présente actuellement pas de diplopie ».

**d)** Dans sa duplique du 26 janvier 2010, l'OAI indique que les nouveaux arguments développés par le recourant ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée. Il se réfère à un nouvel avis médical du SMR du 19 janvier 2010, dans lequel le Dr M. \_\_\_\_\_ expose qu'il avait bel et bien tenu compte de la fatigabilité visuelle accrue de l'intéressé dans son précédent avis du 27 octobre 2009. L'OAI ajoute qu'au regard du large éventail d'activités que recouvrent les secteurs de la production et des services, un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

**e)** Le 9 février 2010, le juge instructeur a informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un jugement serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

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

**1.** Interjeté en temps utile, compte tenu des férias d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), devant le tribunal compétent contre la décision sur opposition rendue le 6 août 2009 – en application de l'ancien droit qui prévoyait une procédure d'opposition contre les décisions des offices AI – par l'OAI, le recours est recevable en la forme.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ainsi que sur l'abattement opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidé évalué sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, dont le calcul – avant abattement – n'est pas contesté par le recourant.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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.

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. 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 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références citées).

Le juge des assurances sociales 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_92/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1).

**c)** En l'espèce, le recourant ne remet pas en cause la constatation, opérée également par le Tribunal des assurances du canton de Vaud dans son jugement du 3 juillet 2008 (cf. supra, let. B.j), selon laquelle les seules atteintes retenues comme suites de l'accident du 9 mai 2001 (à savoir des lésions du sous-scapulaire et du long chef du biceps, ainsi qu'une capsulite rétractile), respectivement les limitations fonctionnelles qui en découlent, laissent subsister une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant l'alternance des positions et évitant le port de charges, les mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale ainsi que les mouvements de rotation répétitifs du membre supérieur droit.

La question est donc de savoir si les autres atteintes à la santé - sans lien de causalité avec l'accident du 9 mai 2001 - que présente le recourant selon les avis médicaux au dossier, et qui ont également été admises par le Tribunal des assurances dans son jugement du 3 juillet 2008 (cf. supra, let. B.j), à savoir des cervicalgies ainsi que des lésions oculaires, entraînent une diminution de sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

**d)** Les cervicalgies, respectivement les cervico-brachialgies, sont relevées notamment dans le rapport médical établi le 31 août 2006 par le Dr C.\_\_\_\_\_ (cf. supra, let. B.d) ainsi que dans celui établi le 24 novembre 2006 par le Dr F.\_\_\_\_\_, lequel a relevé une discordance importante entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives (cf. supra, let. B.f). Il ne résulte toutefois d'aucun des avis médicaux au dossier que cette pathologie aurait une influence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Au contraire, dans son rapport d'examen du 9 novembre 2005, le Dr V.\_\_\_\_\_ du SMR a exposé que les cervico-brachialgies, qui constituaient une pathologie associée à l'atteinte principale à la santé résultant de l'accident, n'influençaient pas la capacité de travail (cf. supra, let. A.l). Dans un avis médical du 1<sup>er</sup> mai 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé, s'agissant de ces cervico-brachialgies, que les limitations fonctionnelles retenues pour l'épaule étaient celles que l'on retenait aussi pour un problème de cervicobrachialgies et que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles (cf. supra, let. B.l).

Quant aux « céphalées, vertiges et autres maux d'oreilles » mentionnés dans le jugement du Tribunal des assurances du 3 juillet 2008 comme sans lien avec l'accident de 2001, le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé dans son avis médical SMR du 16 juillet 2009 qu'il s'agit de plaintes subjectives de l'assuré, inconstantes puisqu'elles ne sont mentionnées qu'occasionnellement, et notamment ne figurent pas dans l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ (cf. supra, let. B.l). Partant, ces plaintes, qui n'entraînent pas de limitations fonctionnelles, ne sauraient être retenues comme facteurs de diminution de la capacité de travail du recourant.

**e)** Il ressort des rapports médicaux de l'Hôpital ophtalmique O.\_\_\_\_\_ du 6 mai 2005 (cf. supra, let. A.k) et du 14 décembre 2009 (cf. supra, let. C.c) que le recourant a présenté une cataracte post-traumatique de l'œil gauche en 1985 avec perte de l'acuité visuelle, sans aucune possibilité d'amélioration, et que l'œil droit présente un astigmatisme hypermétropique et une presbytie qui est corrigeable par prescription de verres progressifs. Selon le rapport du 14 décembre 2009,

le recourant peut tout à fait travailler sur un ordinateur mais, étant donné qu'il est monoculaire, il aura une fatigabilité visuelle accrue ; les troubles n'entraînent pas de maux de tête, car le patient ne présente actuellement pas de diplopie.

Dans son avis médical du 27 octobre 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que si la vision monoculaire entraîne une fatigabilité visuelle accrue sur l'ordinateur, les difficultés visuelles de l'assuré, qui remontent aux années 1980, ne l'ont pas empêché jusqu'alors d'exercer une activité à plein temps en tant que chef d'équipe maçon (cf. supra, let. C.b ; cf. aussi le rapport d'examen du Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR du 9 novembre 2005, let. A.I supra, et l'avis médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR du 1<sup>er</sup> mai 2009, let. B.I supra). Dans ces conditions, et au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. notamment TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010, consid. 7.1 et les références citées), il y a lieu de retenir que les lésions oculaires du recourant n'entraînent pas de limitation de sa capacité de travail dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

**f)** Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'elle fixe en conséquence le revenu d'invalidé sur la base d'un taux d'activité de 100 pour-cent.

**4. a)** Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé – second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGa (cf. supra, consid. 3a) – est déterminé sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1), le montant 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 ; ATF 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, le juge des assurances sociales ne pouvant substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C\_269/2010 du 7 octobre 2010, consid. 1.2). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; TF 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010, consid. 4.3).

**b)** En l'espèce, le recourant soutient que l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles, à savoir les limitations liées à son handicap, son âge, ses nombreuses années de service auprès du même employeur, sa nationalité espagnole et son taux d'occupation, justifierait d'opérer un abattement maximal de 25% (au lieu des 15% admis par l'OAI) sur le salaire statistique, de sorte que le revenu annuel d'invalidé pour 2003 devrait être fixé à 43'354 fr. 63, ce qui conduirait à retenir un degré d'invalidité de 46% ouvrant le droit à un quart de rente (cf. supra, let. C.a).

**c)** L'OAI a indiqué avoir tenu compte, pour opérer un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé ressortant des statistiques, des limitations fonctionnelles présentées par le recourant ainsi que de son âge (cf. supra, let. B.m).

S'agissant du critère de l'âge, il appert qu'au moment déterminant de l'ouverture du droit éventuel à la rente (TF U 11/07 du 27 février 2008, consid. 8.4), soit en avril 2003, le recourant, né le 13 mars 1955, était âgé de 48 ans. Selon la jurisprudence, un tel âge n'est en principe pas de nature à influencer négativement le revenu d'une activité lucrative (voir par exemple TF 8C\_292/2009 du 10 juin 2009, consid. 5.2.1, où aucun abattement n'a été admis dans le cas d'un assuré âgé de 54 ans). Au demeurant, le Tribunal fédéral a souligné que le critère de l'âge n'a que peu de poids en présence du niveau de qualification 4, dans la mesure où de telles catégories de travailleurs ne sont pas recherchées sur le marché du travail en fonction de leur âge et où leur salaire ne baisse pas de manière considérable entre 30 et 39 ans, ayant même tendance à augmenter à partir de ce dernier âge et ce jusqu'à l'âge de 63 ou 65 ans, ce qui signifie que les revenus réels perçus par les travailleurs les plus âgés dépassent les revenus hypothétiques définis par les statistiques (TF 8C\_249/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2010, consid. 7.3.1 ; TF U 11/07 du 27 février 2008, consid. 8.4).

De même, selon la jurisprudence, le critère des années de service - le recourant a travaillé chez [...] SA depuis 1976 puis chez [...] SA depuis 1999 - a d'autant moins d'importance que le niveau de qualification est bas et n'est donc pas déterminant en l'espèce s'agissant du niveau de qualification 4 (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; TF 8C\_292/2009 du 10 juin 2009, consid. 5.2.1 ; TF U 11/07 du 27 février 2008, consid. 8.4).

Dans ces conditions, un abattement global de 15% tenant compte à la fois des limitations fonctionnelles présentées par le recourant et de son âge, respectivement des années de service, ne procède pas d'un abus par l'OAI de son pouvoir d'appréciation, dès lors que les autres éléments invoqués par le recourant n'ont pas à être pris en considération.

En effet, s'agissant du critère de la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour, il est constant que le recourant, ressortissant espagnol, est au bénéfice d'un permis C, ce qui, selon la jurisprudence, a un effet positif sur la rémunération des hommes dans le niveau de

qualification 4 par rapport aux valeurs médianes qui ne distinguent pas selon la nationalité respectivement la catégorie d'autorisation de séjour (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; TF U 11/07 du 27 février 2008, consid. 8.4 ; TF 8C\_223/2007 du 2 novembre 2007, consid. 6.2.2). Par ailleurs, le recourant est venu en Suisse en 1973, à l'âge de 18 ans, de sorte qu'il a eu le temps de bien s'intégrer à la situation helvétique, raison pour laquelle il n'allègue d'ailleurs pas de difficultés particulières, liées à des problèmes d'intégration ou de langue.

Quant au taux d'occupation, il ne constitue pas un critère pertinent en l'espèce, au vu de la capacité entière de travail retenue dans une activité adaptée.

**d)** En définitive, il n'apparaît pas que l'OAI, en opérant un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, ait abusé de son pouvoir d'appréciation en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs. Le revenu sans invalidité et les autres éléments du calcul du revenu avec invalidité n'étant pas contestés, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient sur la base d'une comparaison entre le revenu de valide (80'015 fr.) et le revenu d'invalidé (49'135 fr. 25) un degré d'invalidité de 38,6%, qui, arrondi au nombre entier en pour-cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121), soit en l'espèce à 39%, est inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. supra, consid. 3a).

**5.** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant X.\_\_\_\_\_.
- 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 Irène Wettstein Martin, avocate (pour X.\_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :